



Beroerd, een depressie.

Mart Wegerif

S 1016348

Welke thema's binnen de Psychomotorische therapie kunnen bijdragen aan het verwerken van een post-cva depressie.

Naam begeleider. Ad vd Ven.
Naam beoordelaar. Lia van der Maas.
School & opleiding. Windesheim.
School of human movement and sports.
Bewegingsagogie
&
Psychomotorische therapie.

Voorwoord.

Op mijn stage in het derde jaar en tijdens mijn eindstage, beide in de revalidatie, ben ik veel in aanraking gekomen met patiënten die revalideerden van een cerebro vasculair accident (CVA). Wat ik vooral zag was dat tijdens de actieve therapie als fysiotherapie, ergotherapie en bewegingsagogie de therapie vooral gericht was om het bewegingsapparaat weer zoveel mogelijk te herstellen. Maar ook zag ik dat veel patiënten worstelen met de veranderingen die het met zich mee bracht. Velen waren een ander mens geworden qua gedrag of gedachten en hadden het gevoel in een ander lichaam te zitten. Dit gaf bij velen een depressieve kijk op het verdere gevolg van het leven. Ik was altijd van mening dat wij daar als psychomotorische therapeuten wat mee moesten doen.

In dit onderzoek heb ik onderzocht welke thema's bij kunnen dragen aan het verwerken van deze depressie, ook wel een post-cva depressie genoemd. Ik ben er tegen aangelopen dat je als therapeut vaak van meerdere thema's een onderdeel in je therapie verpakt. Omdat het in dit onderzoek ging om de thema's uit elkaar te halen was het van groot belang dat ik interventies pleegde die alleen bij het gekozen thema hoorde. In het begin vond ik dit ook lastig omdat je als therapeut vooral inzet om de cliënt te helpen zijn/haar kwaliteit van leven te verbeteren. Ik vond het moeilijk om activiteiten te doen waarvan ik wist dat er bij enkele patiënten emoties naar boven zouden komen die ze liever niet lieten zien. Dit omdat dit toch voor confrontatie kan zorgen en lastige momenten kan opleveren. Ik wil de revalidanten vanuit Via Reva bedanken waarbij ik de gekozen activiteiten heb mogen en kunnen uitvoeren.

Ik vind dat mijn onderzoek geëindigd is in een mooi resultaat. Er zijn thema's uitgekomen die goed gebruikt kunnen worden bij het verwerken van een post-CVA depressie. Ook ben ik van mening dat er een mooie combinatie tussen theorie, onderzoek en resultaat is geboekt.

Samenvatting.

Aanleiding van dit onderzoek is dat er binnen de revalidatie na een cva, naar mening van de auteur, weinig gebruik wordt gemaakt van psychomotorische therapie. Specifiek bij verwerking van een post-cva depressie.

Ieder jaar krijgt een groot aantal Nederlanders een cva. Een cva kan veel nadelige gevolgen met zich meebrengen. Deze gevolgen worden als beperking gezien en kunnen voor depressieve klachten zorgen. Deze depressie is de meest voorkomende psychische stoornis na een cva. In de opvattingen over het ontstaan van de psychische stoornissen worden twee hoofdlijnen onderscheiden, de directe en de indirecte benadering.

Binnen de psychomotorische therapie wordt gekeken naar gedrag, gevoelens en gedachten. Er wordt gekeken naar de verschillende contexten waarin problemen kunnen ontstaan. Binnen psychomotorische therapie wordt gewerkt met 7 thema's. In dit onderzoek wordt gekeken welk thema het best bij kan dragen aan het verwerken van een post-cva depressie.

Tijdens dit onderzoek komen de 7 thema's aan bod met daarbij behorende activiteiten. Deze activiteiten zijn ontworpen door de auteur.

Resultaten van het onderzoek zijn door middel van evaluatie met de cliënt naar voren gekomen.

Uit het onderzoek is gekomen dat binnen de psychomotorische therapie de thema's lichaamsbeleving of relaxatie als beste uit de test komen. Deze kunnen het beste bijdragen aan het verwerken van een post-cva depressie.

Dit onderzoek is een onderdeel van de afstudeerprocedure bij de HBO opleiding Bewegingsagogie en Psychomotorische therapie van de Christelijke Academie Lichamelijke Opvoeding op Windesheim.

Inhoudsopgave.

<u>Inhoud.</u>	<u>Pagina.</u>
Voorwoord.	2.
Samenvatting.	3.
Inhoudsopgave.	4.
Inleiding.	5.
Hoofdstuk 1. CVA.	6.
Hoofdstuk 2. Depressie na CVA.	8.
Hoofdstuk 3. Psychomotorische therapie.	12.
Methode.	13.
Resultaten.	14.
Discussie.	20.
Conclusie.	21.
Aanbevelingen.	22.
Literatuurlijst.	23.
 Bijlagen.	

Inleiding.

De aanleiding voor het onderzoek in deze scriptie is dat in de actieve therapie tijdens revalidatie veelal geoefend wordt met de lichamelijke gebreken en/of functionaliteit na een cva. De psychische klachten worden vooral besproken bij psycholoog en maatschappelijk werk maar deze worden voor het merendeel beperkt tot praat sessies. Vele patiënten houden na een cva een depressie over aan deze ingrijpende gebeurtenis. Ongeveer de helft van de cva-patiënten lijdt aan een zogenaamde post-cva depressie. Ook zijn er meer patiënten waar een depressie optreedt na een cva dan patiënten met vergelijkbare aandoeningen van het bewegingsapparaat. Dit doet vermoeden dat een depressie een meer specifieke complicatie is na een cva (Hochstenbach, 1999).

De gesprekken met maatschappelijk werk en de psycholoog zijn zeker belangrijk en helpen de patiënten door over de gebeurtenis te praten. Echter zou psychomotorische therapie een belangrijke bijdrage kunnen hebben aan de verwerking hiervan en het resultaat vergroten. Een psychomotorisch therapeut werkt met de cliënt veelal vanuit beweging en in contact met een ander of zichzelf. Het gedrag van een persoon is in beweegsituatie anders dan in een gespreksituatie. Vaak kan in een beweegsituatie ook eerder het primaire gedrag naar voren worden gehaald. Een voorbeeld is wanneer je over een bank moet lopen met gesloten ogen. Wanneer je dit doet ervaar je meer dan wanneer je er alleen over na denkt. Aangezien veel patiënten met een cva te kampen hebben met psychische problemen en mede hierdoor vertraagd herstellen, zijn passende behandelingsmethoden nodig (Naarding, van den Broek & Koudstaal 1997).

Om duidelijk te maken op welke manier psychomotorische therapie kan bijdragen aan het verwerken van een post-cva depressie komen verschillende onderwerpen naar voren. Onder andere naar voren komen de volgende onderwerpen; ten eerste wordt er informatie gegeven over wat een cva inhoud. Ten tweede wordt uitgelegd wat een post-cva depressie is. Ten derde worden de PMT-thema's uitgelegd.

Wanneer deze onderwerpen zijn besproken en duidelijk zijn geworden komen we bij de hoofdvraag. Deze luidt als volgt; *Welke PMT-thema's kunnen bijdragen aan het verwerken van een post-cva depressie?* De uitleg over hoe het onderzoek is vergaan wordt gegeven in het hoofdstuk methode waarna gevolgd wordt met de resultaten.

In de conclusie staat beschreven welke PMT-thema's het beste resultaat opleveren en dus het best bruikbaar zijn in de therapie. Ook worden er enkele aanbevelingen gedaan met betrekking op psychomotorische therapie en post-cva depressie.

Hoofdstuk 1

CVA.

Ieder jaar krijgt een groot aantal Nederlanders een cerebro vasculair accident (CVA) (Koudstaal & Vermeulen 1998). Een cerebro vasculair accident betekent letterlijk, 'een ongeluk in de bloedvaten van de hersenen'. In de volksmond wordt het ook wel een beroerte genoemd.

Een groot aantal van de beroertes ontstaan door zuurstoftekort doordat een slagader of ader verstopt raakt. Één van de meest voorkomende oorzaken van dit verstopt raken is trombose. Bij trombose wordt meestal vet en kalk afgezet in de wand van een slagader. Dit kan er voor zorgen dat de ader volledig verstopt raakt.

Een andere vorm van beroerten kan worden veroorzaakt door een zogenaamd embolus. Dit betekent dat vanuit het hart of vanuit grote bloedvaten een bloedpropje loskomt en de bloedbaan naar de hersenen belemmert (Hersenstichting Nederland).

De beroerte kan ook worden veroorzaakt door een bloeding in de hersenen, de zogenaamde subarachnoïdale bloeding. Een subarachnoïdale bloeding is een bloeding die plots optreedt rondom de hersenen. Vrijwel altijd is deze bloeding een gevolg van een gebarsten aneurysma. Een aneurysma is een uitstulping van de wand in een slagader van de hersenen (Neurochirurgie-Zwolle 2004).

Na een CVA kunnen mensen hinder blijven ondervinden van de gevolgen. De lichamelijke, functionele beperkingen vallen de meeste mensen vaak direct op. De 'onzichtbare' gevolgen zijn minder opvallend en komen vaak pas na enige tijd tot uiting.

Naast de lichamelijke verschijnselen kunnen er ook cognitieve problemen ontstaan na een CVA, waardoor de kwaliteit van leven in belangrijke mate afneemt. Deze cognitieve problemen kunnen liggen op het gebied van oriëntatie, geheugen, aandachtstoornissen, visueel ruimtelijke problemen, stoornissen in de informatieverwerking en taalproblemen gerapporteerd (Hochstenbach 1999).

Naast de lichamelijke en cognitieve klachten worden er bij de helft van de patiënten ook emotionele problemen gerapporteerd (Hochstenbach 1999).

Deze gevolgen kunnen een depressie veroorzaken daarom wordt hieronder een schematische weergave van zichtbare en onzichtbare gevolgen gegeven.

Zichtbare gevolgen.
<i>Lichamelijke gevolgen.</i>
<i>Verlamming:</i> hemiplegie: verlamming van één zijde van het lichaam. hemiparese: gedeeltelijke verlamming of verlies van spierkracht aan één zijde van het lichaam. halfzijdige gevoelsstoornissen (vrijwel altijd aan de kant van de verlamming). Per persoon kan het verschillen welk gevoel verminderd is (pijn, warmte, koude, houding, beweging, tast).
Hemianopsie: één helft van het gezichtsveld is uitgevallen. De oorzaak ligt in de hersenbeschadiging, er is niets mis met de ogen.
Incontinentie of niet goed uit kunnen plassen
Epilepsie: de grootste kans hierop bestaat in de eerste maanden na het CVA. De aanvallen kunnen zowel geheel als gedeeltelijk zijn

Fig. 1.1. In deze figuur zijn de zichtbare gevolgen van een CVA weergegeven. Dit zijn de veelvoorkomende gevolgen zoals de hersenstichting Nederland ze aandraagt.

Onzichtbare gevolgen.
<i>Cognitieve gevolgen.</i>
Aandacht- en concentratiestoornissen: moeite met concentreren en verdelen van aandacht; tragere snelheid van denken en informatieverwerking.
Geheugenstoornissen: opgeslagen informatie niet meer (goed) kunnen oproepen; problemen met opslaan van informatie in het korte termijn- en/of lange termijngeheugen, voorwerpen of gezichten niet meer kunnen herkennen (agnosie).
Stoornissen in de planning en uitvoering van doelgerichte activiteiten: problemen met het formuleren van doelen; moeite met meervoudige dagelijkse activiteiten zoals koffiezetten of koken (apraxie).
Constante vermoeidheid: 70 procent van de getroffen personen heeft last van vermoeidheid, die ongewoon en extreem is. Deze vermoeidheid kan niet in verband gebracht worden met inspanning en is van lange duur.
<i>Gevolgen op het gebied van Communicatie.</i>
Spraakstoornissen: als de spieren van de mond verlamd zijn of niet gecoördineerd kunnen bewegen, wordt de spraak moeilijk verstaanbaar (dysartrie).
Taalstoornissen: moeite met vinden van woorden, problemen met het vormen of begrijpen van taal (afasie); gebruik van rare woorden en zinnen; gebruik van lange zinnen of te veel praten; informatie letterlijk nemen in plaats van figuurlijk.
<i>Gevolgen op het gebied van gedrag.</i>
Niet kunnen leren van ervaringen: geen of verminderd ziekte-inzicht kan leiden tot overmoedig en riskant gedrag; zelfoverschatting.
Verstoorde controle: ongeduldig; impulsief; rusteloos of gejaagd; prikkelbaar; agressief.
<i>Emotionele gevolgen.</i>
Als direct resultaat van de schade die het cva aan de hersenen heeft veroorzaakt: vaak is er een depressieve stemming, soms een overmatige vrolijkheid. Andere karakterveranderingen die kunnen optreden: sociaal onaangepast gedrag; vloeken en agressiviteit; snel huilen; verhoogde prikkelbaarheid; veranderd gevoel voor humor.

Fig. 1.2. In deze figuur zijn de onzichtbare gevolgen van een cva weergegeven. Dit zijn de veelvoorkomende gevolgen zoals de hersenstichting Nederland ze aandraagt.

Twee derde van de mensen die een CVA hebben overleefd hebben ook op de lange termijn nog last van deze psychische en fysieke restverschijnselen en zijn er in meerder of mindere mate door gehandicapt. (Chemerinski & Robinson 2000). Door deze beperkingen zijn veel cva patiënten afhankelijk van hun omgeving geworden bij het uitoefenen van de dagelijkse bezigheden. Het verlies van de functionele onafhankelijkheid kan ernstige gevolgen hebben voor het zelfbeeld van de patiënt. (Palmer & Glass 2003).

Hoofdstuk 2.

Depressie na een CVA.

Zoals eerder is gelezen wordt er gesproken van specifieke klinische stoornissen maar ook van psychische problemen in het omgaan met de gevolgen van een cva.

Een depressie is de meest voorkomende psychische stoornis na een cva. Het is belangrijk om een depressie in een zo vroeg mogelijk stadium te identificeren omdat de aandoening een grote invloed heeft op het herstel. Mensen die depressief zijn worden vaak passief. Dit wil zeggen dat ze tot weinig toe te zetten zijn want een negatief effect heeft op de revalidatie en het herstel.

De associatie tussen depressie en cva wordt al 100 jaar gelegd, maar is pas 25 jaar geleden wetenschappelijk aangetoond. (Robinson 2003).

In de opvattingen over het ontstaan van psychische en emotionele stoornissen na een cva worden twee hoofdlijnen onderscheiden. Yudofsky en Hales (1994) schrijven de indirecte benadering toe aan de emotionele stoornis. De emotionele stoornis heeft een begrijpelijke psychische relatie met de verslechterende eigenschappen van een patiënt. (Yudovsky & Hales 1994). De directe benadering veronderstelt een belangrijke relatie en gevolg tussen het cva en de psychische stoornis, vooral door waar het cva heeft plaatsgevonden. Bij deze directe benadering zijn de emotionele stoornissen het gevolg van de door het cva neurale circuit die van invloed zijn op de emotieregulatie.

De directe benadering.

Emotionele stoornissen zouden een direct gevolg kunnen zijn van het ondergane cva. In dit geval is het cva de directe oorzaak van de aandoening in de hersenen. De plaats waar de hersenen beschadigd is, is hiervoor bepalend. In verscheidene onderzoeken wordt ervan uitgegaan dat de plaats van de laesie in de hersenen de aard van de veranderingen in emotie en gedrag bepaalt. Dit is bijvoorbeeld te lezen in het onderzoek van King (1996).

Een belangrijk argument voor de directe benadering wordt gegeven door Robinson (2003). In zijn onderzoek laat hij zien dat een post cva depressie voornamelijk optreedt bij een specifieke hemisferische laesies en dan met name in de linker anterior en linker basale ganglia. Robinson (2003) stelt dat depressie veel vaker optreedt na een cva dan na andere fysieke stoornissen met dezelfde niveaus van lichamelijke handicap. Hieruit zou blijken dat de depressie niet enkel een reactie is op de gebeurtenis en de gevolgen hiervan (de indirecte benadering).

De indirecte benadering.

Hier wordt van uitgegaan dat emotionele stoornissen ook een indirect gevolg kunnen zijn van het ondergane cva. De emotionele stoornissen worden bij deze benadering gezien als het begrijpelijke psychische reactie op de gebeurtenis zelf, of aan een reactie op de gevolgen van het cva zoals het moeilijk om kunnen gaan met de lichamelijke of cognitieve problemen.

Argumenten voor de indirecte benadering.

Als argument voor de indirecte benadering geven Whyte en Mulsant (2002) aan dat de biologische verklaring voor het ontstaan van een post cva depressie niet constant is aangetoond. Zo zijn er studies die aantonen dat depressieve klachten na een cva niet vaker optreden dan na andere lichamelijke ziektes met een, eventueel tijdelijke, handicap. Ook de associatie tussen specifieke laesie gebieden en een post cva depressie werd door andere onderzoeksgroepen niet gevonden. (Cupido 2004).

Een ander argument tegen de directe verklaring is volgens Whyte en Mulsant (2002) de sterke overeenkomst tussen post-cva depressie en 'functionele' depressie. Aangezien de post-cva depressie volgens hen vaak wordt gezien als subtype van 'vasculaire depressie' zouden de symptomen en het effect van de behandeling in het geval van een directe relatie tussen CVA en depressie meer moeten lijken op de symptomen en het effect van behandeling van vasculaire depressie dan op die van functionele depressie. Uit onderzoek van Whyte en Mulsant (2002) blijkt dit echter niet het geval te zijn.

Coping.

De verslechtering van de kwaliteit van leven na het cva lijkt in veel gevallen te worden bepaald door de manier waarop men omgaat met de gevolgen van het cva. Patiënten die de verandering na een beroerte in zekere mate konden accepteren, gaven een positiever oordeel over hun kwaliteit van leven dan patiënten die dezelfde doelen nastreefden als voor het cva. Dit is in een pilotstudie onderzocht door Smout, Koudstaal, Ribbers, Janssen, & Passchier in 2001.

Coping is de manier waarop iemand met problemen of tegenslagen omgaat. Hieronder vallen ook hevige gedachten en gevoelens. Mensen met een juist gekozen copingstijl hebben over het algemeen minder last van stress. (Bindels 2002).

Patiënten kunnen vaak niet meer hetzelfde werk uitvoeren of in dezelfde mate deelnemen aan sociale activiteiten als sport, familie bezoek of verjaardagen.

Dit komt in grote mate door de lichamelijke, cognitieve of psychische gevolgen van het cva. Het omgaan met de problemen die deze situatie ontstaan is een reactie op het cva. Dit is dus een vorm van coping.

Hager en Ziegler (1998) vergelijken de psychische verschijnselen na het cva met de fasen van het rouwen. Het rouwproces van cva -patiënten lijkt te worden gekenmerkt door het onvermogen om de gevolgen van het cva te accepteren. Deze acceptatie zou in Kübbler-Ross (figuur 2.1) vergeleken kunnen worden met de ontkenning (figuur 2.1, fase I). Veel moeite hebben met afscheid nemen van het verleden, waarbij woede en veel emotie komt kijken. De problemen die ontstaan met het vinden van een nieuwe 'ik' waarbij geleidelijk besef (figuur 2.1, tussen fase III en IV) ontstaat. Het zoeken van nieuwe doelen en perspectieven voor de toekomst waar de aanvaarding komt en het zelfvertrouwen deels weer terug kan keren (figuur 2.1 fase V). Cva -patiënten hebben eerder de neiging met plotselinge emotionele uitbarstingen te reageren dan dat zij daadwerkelijk kunnen rouwen (Hager & Ziegler 1998). Dit kan in de fasen van rouwverwerking van Kübler-Ross gezien worden als de tweede fase, woede (figuur 2.1, fase II).

Dat er tijdens het verwerken het onvermogen is om de gevolgen te accepteren maakt dat de patiënten blijven hangen in het onderdeel depressie van de rouwverwerking. Onderzoek toont aan dat er bij een post-cva depressie eerder sprake is van een psychologische reactie op een schokkende gebeurtenis (Gianotti, Azzoni, Razzano, Lanzilotta, Marra, Gasparini 1997).

Afweermechanismen als verdringing en bagatellisering worden genoemd als een afweer van de rouw.

Elisabeth Kübler Ross is een psychiater die vijf fasen heeft beschreven binnen het rouwproces. Deze fasen worden deels of geheel doorlopen na een traumatische ervaring voor ze weer tot rust komen. De fasen van dit rouwproces zijn niet voor een ieder even intens en ook de volgorde ervan kan verschillen. Dit kan verschillen omdat ieder op een verschillende manier met de rouwverwerking omgaat.

De punten I t/m V zijn in de tekst hierboven benoemd bij het bijbehorende moment van de post-cva depressie.

Hieronder wordt in een afbeelding de fasen van rouwverwerking volgens Kübler-Ross weergegeven.

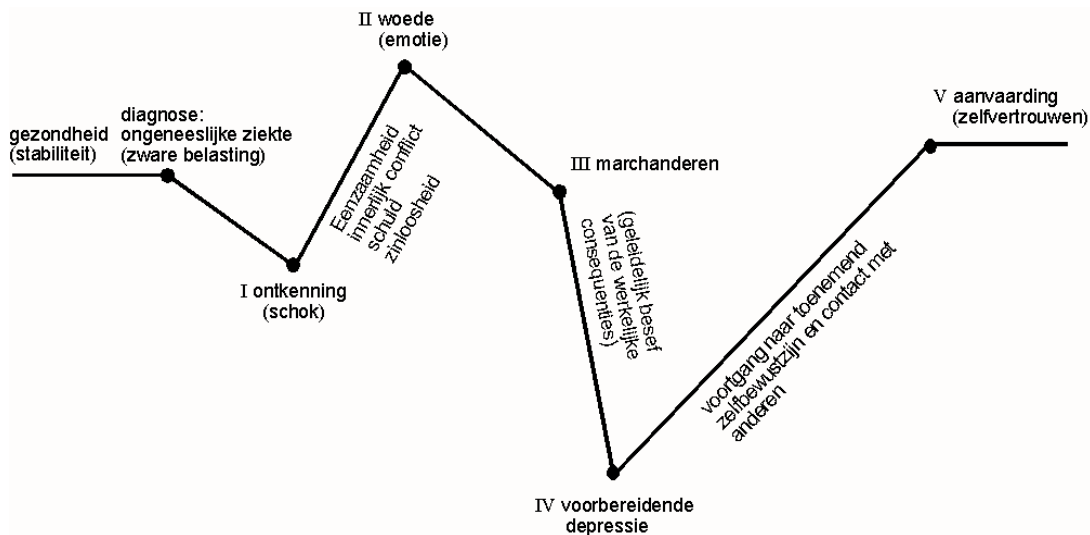


Fig. 2.1 Fasen van rouwverwerking volgens Kübler-Ross. (Van Schuylenburg-Meijer G, (2002) Alleen en niet alleen. Verkregen op 28 november 2011 van <http://www.rouwen.berseba.nl>)

Behandeling van een depressie (na een cva).

Vaak wordt er wel voorlichting gegeven over wat een cva inhoudt en wat de gevolgen hiervan zijn in de eerste periode na een cva. Bij de psycholoog zijn er vooral praatsessies. In deze praatsessies wordt stilgestaan wat de ervaringen van de patiënt zijn en hoe hij/zij hier mee om kan leren gaan. Bij maatschappelijk werk wordt er vooral gepraat over hoe de het leven er nu in de omgeving uit ziet. Dit zijn beide vooral passieve therapievormen. Toch is het dan al belangrijk om met een actieve vorm van begeleiding en therapie te starten.

Antidepressiva kunnen depressieve klachten doen verminderen, maar een volledige verbetering wordt vaak niet bereikt met uitsluitend medicatie. Hierbij komt ook het risico dat antidepressiva bij CVA-patiënten delier, epileptische insulpen en een verhoogd val risico kunnen veroorzaken. (Smits-Engelsman, Bekkering & Hendriks, 2001)

Een post-cva-depressie ontstaat overwegend in de eerste weken na een CVA en neigt ongeveer in de helft van de gevallen naar een chronisch beloop. (Aben *et al*, 2007)

De behandeling van een depressie is ook mogelijk zonder of minder medicatie. Daarom wordt mede in dit onderzoek gekeken naar andere therapieën zoals psychomotorische therapie. In dit onderzoek wordt specifiek de psychomotorische therapie bekeken. Psychomotorische therapie wordt ingezet om mensen met een depressie om te leren gaan met de klachten die deze depressie met zich mee brengt. Ook wordt doormiddel van de psychomotorische therapie inzicht gegeven in het eigen kunnen van deze mensen.

Psychomotorische therapie is een therapievorm waarbij de deelnemers in een vorm van bewegen inzicht wordt gegeven in eigen reactie op deze bewegingsactiviteit. Het grote verschil met bijvoorbeeld maatschappelijk werk of de psycholoog is, is dat de revalidant in beweging is. Tijdens deze beweging wordt de gedachtengang vaak naar een lager niveau gelegd omdat vooral de aandacht is gericht op de bewegingsactiviteit. In deze activiteit gebeurt vaak van alles met de revalidant. Deze gebeurtenissen kunnen vervolgens weer besproken worden en gekoppeld worden naar andere contexten.

Hoofdstuk 3.

Psychomotorische therapie.

Psychomotorische therapie is een vorm van psychologische hulpverlening met als doel, het te komen tot gedragsverandering en toename van zelfinzicht. Binnen de Psychomotorische therapie wordt veelal gewerkt met bewegingsactiviteiten en er wordt gewerkt vanuit lichaam en geest.

Psychomotorische therapie is veel omvattend, er wordt daarom houvast geboden door thema's. De thema's kunnen gebruikt worden om een behandelgoal een kader te bieden.

Psychomotorische therapie is therapie die gericht is op psychische, psychosociale en psychosomatische problemen. Er wordt gekeken naar gedrag, gevoelens en gedachten. Er wordt gekeken naar hoe iemand met zichzelf en met de omgeving omgaat. Ook wordt er gekeken naar hoe de deelnemers met de problemen omgaan die in verschillende contexten ontstaan. De psychomotorische therapie biedt een veilige plek om gevoelens, gedachten en gedrag te onderzoeken. Hiermee nieuwe ervaringen op te doen en te experimenteren met een ander gedrag. Er wordt een verband gelegd tussen het gedrag dat iemand vertoont in de context van de therapie en de contexten van het dagelijks leven. Wanneer het nodig is worden ook contexten vanuit vroeger naar voren gehaald.

Binnen psychomotorische therapie wordt gepraat, maar vooral gedaan. De activiteiten die gedaan worden liggen onder andere op het gebied van beweging en ervaring van eigen lichaam. De ervaring is op het gedachten, voelen en gedrag. In de PMT wordt dan gesproken over denken, voelen, handelen.

Bij beweging kan gedacht worden aan spel of een sportieve activiteit. Het bewegen wordt gezien als een middel om een doel te bereiken. Een doel hierbij kan het opdoen van nieuwe leerervaringen zijn. Wanneer bijvoorbeeld in het dagelijks leven iemand moeite heeft om aan anderen duidelijk te maken diegene wilt dan kan hiermee binnen een spelvorm op een veilige manier geëxperimenteerd en geoefend worden.

De zeven thema's van PMT.

Binnen de Psychomotorische Therapie wordt gewerkt met 7 verschillende thema's dit zijn op zich zelf staande thema's ontwikkeld door Hekking. Om verheldering te geven over welke thema's er zijn en wat deze thema's betreft volgt nu een beknopte uitleg van de zeven thema's binnen de psychomotorische therapie. Deze thema's worden genoemd aan de hand van hoe deze kenbaar worden gemaakt binnen het 7 thema concept. Dit concept is leidraad op de opleiding voor Bewegingsagogie en Psychomotorische therapie, de Calo te Zwolle.

Motorische instrumentele sensibiteit.

Motorische instrumentele sensibiteit betekent de gevoeligheid van iemand voor het materiële, voor de voorwerpen (het andere) om hem heen.

Motorische sociale sensibiteit.

Binnen motorische sociale sensibiteit gaat het over de gevoeligheid die iemand heeft voor de sociale context om hem heen. Het gaat dan over de andere mensen om hem of haar heen.

Ruimte.

Hierbij gaat het om het (durven) innemen van ruimte, het delen van ruimte, het bewegen door ruimte, het maken van een eigen plek, het opeisen van ruimte en dergelijke. Er zijn mensen die veel ruimte innemen tijdens een activiteit maar er zijn ook mensen die vooral op zichzelf zijn binnen ruimte.

Kracht.

Binnen het thema kracht wordt er gewerkt aan het doseren van kracht of het leveren van kracht, ook kan het gaan om het (durven) inzetten van kracht.

Lichaamsbeleving.

Het gaat hierbij om hetgeen wat je aan, en van je lijf kan beleven, waarnemen en betekenis kan geven tijdens het bewegen en/of handelen.

Vertrouwen.

Hierbij gaat het om zowel vertrouwen in jezelf maar ook om vertrouwen in de ander en het andere.

Binnen vertrouwen wordt er ook gekeken naar wantrouwen.

Relaxatie.

Relaxatie is een ander woord voor ontspanning en heeft dan ook alles te maken met het wel/niet, meer of minder ontspannen zijn. Het kunnen ontspannen, het weten wanneer spanning of ontspanning goed of juist slecht voor je is.

Methode.

Tijdens dit onderzoek komen alle zeven thema's aan bod met daarbij behorende activiteiten. Er wordt gekeken welke thema's het best passen bij het verwerken van een post-cva depressie. Het is nodig dat alle thema's aan bod komen omdat de resultaten tegen elkaar op moeten worden gezet om er op deze manier achter te komen welk thema het best zou passen bij het verwerken van de post-cva depressie.

Aan dit onderzoek hebben 8 revalidanten van Via Reva in Apeldoorn meegewerkt. Het ging om 5 heren en 3 dames. Deze Revalidanten varieerden in leeftijd van 42 tot 57 jaar en zijn allen klinisch opgenomen. Bij deze revalidanten is niet bij iedereen vastgesteld dat ze lijden aan een post-cva depressie.

Bij de zeven PMT-thema's is een aantal activiteiten ontworpen. De activiteiten zijn door de auteur zelf gekozen en ontworpen vanuit eigen ervaring. Deze activiteiten binnen ieder thema zouden bij kunnen dragen aan het verwerken van een post-cva depressie. Om erachter te komen welke thema's hier aan bij kunnen dragen is bij ieder thema een tweetal activiteiten ontworpen. Er is gekozen voor twee zoveel mogelijk verschillende activiteiten per thema. De activiteiten zijn met verschillende cliënten uitgevoerd om een zo goed mogelijk resultaat te behalen. De activiteiten zijn tijdens de therapiemomenten van de revalidanten uitgevoerd. Wanneer er een activiteit was waarbij twee, of meerdere deelnemers aan bod kwamen is een combi-behandeling gepland.

Resultaten.

Nu worden de resultaten beschreven van het onderzoek. De resultaten zijn door middel van evaluatie van de activiteiten met de cliënt naar voren gekomen. Door in gesprek te gaan met de cliënt zijn de bevindingen helder geworden en is er zo achter gekomen welk thema het best zou kunnen bijdragen aan het verwerken van een post-CVA depressie.

Activiteiten behorende bij Motorische Instrumentele Sensibiliteit.

Activiteit 1.

Activiteit: De cliënt loopt door een parcours van aan het plafond hangende touwen.
Verwachting: *Hoe beweegt hij/zij zich door het parcours heen? Lukt het om de touwen niet te raken?*

Uitbouw Activiteit: De volgende stap is om de touwen te laten bewegen. Lukt het dan ook nog om in te schatten hoe de touwen bewegen en er tussendoor te lopen?

Wat is er nu moeilijk geworden aan het tussen de touwen door lopen? Lukt het ook nu nog de touwen niet te raken?

Activiteit 2.

Activiteit: Het plaatsen van voorwerpen op andere voorwerpen.
Verschillende soorten ballen moeten op hoedjes, ringen en verschillende pionnen worden gelegd.

Gaat het om de ballen neer te leggen zonder dat ze er vanaf vallen?

De eerste keer dat de cliënt de activiteit doet gaat het om het lukken of niet lukken van de activiteit.

Uitbouw activiteit: *De tweede keer is het de bedoeling dat de tijd wordt bijgehouden en de derde keer is het de bedoeling dat de cliënt zijn of haar tijd verbeterd ten opzichte van de eerste tijd die is neergezet.*

Doel activiteiten. Met deze activiteiten is de bedoeling dat de cliënt ervaart hoe het is om rekening te houden met dingen om hem of haar heen. Hoe is het om je langs bewegende objecten te verplaatsen. Ook wordt er aandacht gelegd om controle te houden over de materialen, de fijne motoriek komt hier in grote mate bij kijken.
Op deze manier ervaren de deelnemers hoe het gevoel is om met verschillende materialen om te gaan.

Uitkomst: De activiteiten van het thema motorische instrumentele sensibiliteit gaven bij de cliënten momenten van frustratie. Vooral het niet lukken van een activiteit kan confronterend zijn voor de deelnemers. Cliënten ervaren vooral de problemen die de activiteiten met zich mee brachten als confronterend. Waar vooral tegen aan werd gelopen waren de problemen met motoriek, evenwicht of de snelheid van bewegingen.

Activiteiten motorische sociale sensibiliteit.

Activiteit 1.

- Activiteit: Met twee personen op een vlak, (dit kan een stoel, matje of laken zijn) naar de overkant van de ruimte zien te komen.
De eerste keer mogen de ogen open blijven en gaat het vooral om het ervaren van de activiteit.
- Uitbouw activiteit: De tweede keer mag één van beiden de ogen sluiten. Er wordt geen blinddoek omgedaan omdat de ogen dan altijd weer geopend kunnen worden in situaties dat het te spannend dreigt te worden.

Het gaat hierbij vooral om wie neemt de leiding en lukt het om leiding te geven of om juist de ander te volgen. Wordt er rekening gehouden met elkaar, is er een goede samenwerking? Ook komt er bij deze activiteit een stukje assertiviteit kijken. Verteld de cliënt wanneer het voor hem of haar te spannen wordt of laat diegene het gewoon gebeuren.

Activiteit 2.

- Activiteit: Een spelactiviteit waarbij er in een team wordt gespeeld.
Dit kunnen echter verschillende spelvormen zijn. Er is gekozen voor bouncebal. Dit hadden bijvoorbeeld ook activiteiten als bankvoetbal, hockey, basketbal en dergelijke kunnen zijn.
- Waar in deze activiteit vooral op gelet zal worden is of er samen wordt gespeeld of wordt er veel alleen gespeeld. Er wordt gekeken of er rekening wordt gehouden met andere spelers. Dit op het gebied van spelinzicht maar ook op het gebied van rekening houden met de ander.*

- Doel activiteiten: Het doel van de activiteiten is om te kijken hoe een deelnemer reageert in een situatie waarin hij of zij deelneemt in een groepsproces. Ieder mens reageert hier anders op. Sommigen zullen zich in deze situaties prettig voelen en sommigen vinden het wellicht erg spannend.
Is het voor een iemand met een post-cva depressie prettig of onprettig om met anderen een activiteit te doen.

- Uitkomst: De oefeningen van motorische sociale sensibiliteit worden door de deelnemers als prettig ervaren. Ook het idee dat er een activiteit wordt gedaan met anderen, lees lotgenoten, was voor velen prettig. Door de sociale context in te voegen in de therapie ontstaat direct contact op vele manieren. Waar de één meer in contact komt neemt de ander een wat meer afwachthende houding aan.
Zoals hiervoor al is genoemd wordt vooral het samen bezig zijn als zeer prettig ervaren.

Activiteiten bij ruimte.

Activiteit 1.

- Activiteit: In groepsverband een partijtje voetbal spelen.
Het potje voetbal wordt gespeeld op een veld gespeeld ten grootte van een volleybalveld. 4 tegen 4 met kleine goaltjes
Tijdens het spelen wordt niet te scherp op de regels gelet omdat deze van ondergeschikt belang zijn.

Hoe gaat iemand om met de ruimte die in het veld genomen wordt. Kiest iemand voor de drukte of begeeft iemand zich juist aan het mindere drukke buitenzijde van het veld.

Activiteit: Bij iemand op bezoek komen.
Iemand mag voor zichzelf een ruimte maken met materialen. Deze ruimte moet een woonkamer voor stellen. De persoon mag zelf invullen hoe deze in te richten. Veel of weinig ruimte en hoe de meubels in het huis moeten komen te staan zijn enkele keuzes die kunnen worden gemaakt.
Mag er iemand op bezoek komen en hoe zal de cliënt het bezoek in willen vullen.

Wat is er voor deze persoon nodig waardoor het wel mogelijk is om bezoek te ontvangen. Het kan hierbij nodig zijn om interventies te plegen door bijvoorbeeld de ruimte te vergroten of anders in te delen.

Doel activiteiten: Het doel bij deze activiteiten is om te zien hoe een iemand omgaat in of met een bepaalde ruimte. Lukt het om een eigen ruimte in te nemen en wat doet dit met de gevoelens bij de depressie. Versterken deze gevoelens, worden deze minder of is er geen verschil. Ook wordt hierbij de vraag gesteld of het iemand lukt om voor zichzelf een ruimte in te schatten en deze te nemen.

Uitkomst: Bij het thema ruimte zijn twee totaal verschillende activiteiten te zien. Het onder waarbij een potje voetbal wordt gespeeld is een activiteit met anderen. Wat hier vooral als groot verschil kon worden opgemerkt is hoe de deelnemers in het veld stonden opgesteld. Een aantal speelt actief mee maar er is echter ook een aantal dat de rustige buitenkant kiest.
De activiteit waarbij iemand bij de cliënt op bezoek komt is een thema waarbij diegene veel meer op zichzelf is aangewezen. De één deelt de huiskamer zo in dat het bezoek relatief dicht bij kan komen. De ander maakt de ruimte groter zodat er een afstand tussen beide is. Wanneer er wordt gevraagd waarom hiervoor gekozen wordt vind de cliënt het prettig dat de ander niet te dichtbij komt. Dit kan een spanning opleveren waardoor de cliënt zich niet op zijn/haar gemak voelt.

Activiteiten kracht.

Activiteit 1.

Activiteit: Medicijnballen van de grond pakken en deze vervolgens overgooien. Dan de bal weer terugleggen en naar de volgende bal gaan en hiermee hetzelfde weer doen. Dit vervolgens herhalen.
De activiteit wordt gestopt wanneer de therapeut denkt dat het genoeg is of wanneer de cliënt aangeeft dat zijn of haar grens bereikt is.

Het gaat hierbij om het leveren, inzetten en doseren van kracht. De zware bal moet worden opgetild, op deze manier wordt het leveren van kracht bekeken. Wanneer de bal moet worden gegooid naar de ander moet kracht gedoseerd worden. Met het vangen wordt kracht ook als inzet gebruikt. Je gebruikt kracht dan om de bal te stoppen.

Activiteit 2.

Activiteit: Verschillende materialen zover mogelijk weggooien of wegslaan. Proberen om pittenzakjes, shuttles, ballen zover mogelijk weg te gooien. Voor een variant wordt er gekozen om een tennisbal met een knuppel of plankje van het statief te slaan.

Het gaat hier vooral om het inzetten en leveren van kracht. Een voorwerp zover mogelijk van je af zien te krijgen gaat vaak met je maximale krachtsinspanning.

Doel activiteiten: Wat gebeurt er bij iemand met een post-cva depressie wanneer er kracht moet worden ingezet. Vooral wat gebeurt er met de gevoelens die de persoon heeft. Lukt het om de gevoelens onder controle te houden of verliest iemand zich in de activiteit.

Uitkomst: Bij het thema kracht is het vooral de inspanning die geleverd moet worden een bepalende factor. Bij de eerste activiteit is op te merken dat er deelnemers tegen op zagen om de activiteit te starten. Eenmaal gestart wordt opgemerkt dat de deelnemers fanatiek worden en het tempo op proberen te voeren. De activiteit lokt vooral fanatisme uit. Bij de andere activiteit is een veel explosievere vorm van kracht van toepassing. De kracht moet in één keer in worden gezet. Het resultaat is dat gedachten maar kort bij de activiteit liggen. De vorm van de prestatie om zover mogelijk te gooien of te slaan nodigt ook uit tot fanatieke deelname.

Activiteiten lichaamsbeleving.

Voordat we aan de activiteit beginnen wil wordt met de cliënt een bodyscan uit gevoerd. Vervolgens een activiteit doen waarbij een cliënt vermoeid kan raken. Na deze activiteit wordt de bodyscan nogmaals uitvoeren om zo tot een beleving van het lichaam te komen. Zo wordt er nagegaan of er wat veranderd is in het lichaam en hoe dit door de deelnemers aan het lijf opgemerkt kan worden.

Activiteit 1.

Activiteit: Dynamic tennis.
Deze activiteit kun je goed aanpassen wat betreft intensiteit zodat deze goed aan sluit bij de cliënt.
Er wordt 10 minuten gespeeld waarbij de ballen zo worden gespeeld dat de cliënt wel constant in beweging is.

Uitbouw Activiteit. Na deze tien minuten word een bodyscan uitgevoerd. Wanneer het lukt om signalen van het lijf te benoemen worden deze besproken. Lukt het nog om verder te spelen, is een pauze nodig of is het zelfs nodig om de activiteit te stoppen.

Activiteit 2.

Activiteit: Fietsen op een hometrainer.
De activiteit waarbij er gefietst wordt op de hometrainer verschilt in dusverre van de eerste activiteit omdat het een individuele activiteit is en het is een duuractiviteit. De activiteit wordt gestart op level 6 van het “quick start” programma.
Om de intensiteit tijdens de activiteit wat aan te passen wordt per halve minuut het niveau met één level verzwaaard.
Na 5 minuten gefietst te hebben wordt de tweede bodyscan uitgevoerd. Wat wordt er opgemerkt door de cliënt.

Door deze lichaamssignalen te verkennen, te herkennen en te erkennen kan de cliënt hier zijn of haar grenzen mee aangeven.

Doel activiteiten: Bij deze activiteiten is het doel vooral om te onderzoeken of het iemand met een post-cva depressie lukt om naar het eigen lichaam te luisteren en te voelen wat er veranderd in het lichaam. Lukt het vervolgens om naar deze veranderingen te luisteren en te beslissen om nog door te gaan of dat het nodig is een pauze in te nemen. Wanneer dit lukt of niet lukt kan er gekeken worden naar wat dit met een deelnemer doet.

Uitkomst: Bij lichaamsbeleving wordt opgemerkt dat velen het lastig vinden om naar lichaamssignalen te luisteren. Tijdens de eerste activiteit gaan de deelnemers op in het spel. Hierdoor is het lastig om stil te staan bij de lichaamssignalen. Wanneer de bodyscan gedaan wordt gaat het beter om de lichaamssignalen te benoemen. Het voordeel hiervan is dat de cliënten zich meer bewust raken van signalen die het lijf afgeeft na of tijdens een inspanning.
Bij de activiteit op de hometrainer is het gemakkelijker om ook tijdens de activiteit aandacht te geven aan de lichaamssignalen. Cliënten geven aan dat ze nu beter aanvoelen komen dat het zwaarder wordt. Ook bemerken ze dat het opvoeren van het level waarop gefietst wordt goed te op te merken is. Het ontbreken van het spelelement wordt ook als oorzaak gegeven waardoor het makkelijker is dingen op te merken.

Activiteiten vertrouwen.

Activiteit 1.

Activiteit: Leiden en volgen.
Met de cliënt samen een stok tussen de handen te houden. Aan de cliënt wordt gevraagd welke rol als eerste wil worden vervuld. Wordt eerst de leiding genomen of wordt eerst gekozen voor de rol van de volger.
Uitbouw activiteit: Er wordt door de zaal bewogen waarbij de volger zijn ogen gesloten heeft. Lukt het om de ogen gesloten te houden en is er goed vertrouwen of moet er toch even gekeken worden.

Bij deze activiteiten gaat het vooral om vertrouwen dat iemand heeft en hoe laat iemand zich leiden door dit vertrouwen.

Activiteit 2.

- Activiteit: Geblinddoekt door de zal worden gestuurd.
De cliënt krijgt een blindenbril op en moet van punt A naar punt B worden geleid in de zaal. Dit leiden mag verbaal en non-verbaal worden gedaan. Eerst wordt er voor gekozen om diegene aan de hand te begeleiden en met woorden te sturen. Dit omdat er zo nog goed contact is.
- Uitbouw activiteit: De stap hier opvolgend is om alleen met woorden de ander te begeleiden.
Deze activiteiten hebben vooral te maken met vertrouwen in de ander en hoe wordt er met dit vertrouwen om gegaan.
- Doel activiteiten: Wat doen activiteiten die betrekking hebben op vertrouwen met de deelnemers. Hebben de activiteiten een positieve invloed op de gemoedstoestand bij een post-cva depressie? Ook wordt er gekeken naar hoe iemand deze activiteiten aangaat en of het binnen eigen grenzen blijft.
- Uitkomst: Het onderdeel vertrouwen is voor de cliënten een lastig onderdeel. Velen geven aan eigen lijf nog niet goed te kennen na het CVA. Dit maakt dat het vertrouwen in de ander ook nog wel erg lastig is. Het gevoel van niet goed je eigen te vertrouwen geeft veel spanning wat zelfs kan leiden tot frustratie. Ook zijn er deelnemers die zichzelf overschatten en daardoor geconfronteerd kunnen worden met bijvoorbeeld een botsing.

Activiteiten relaxatie.

Activiteit 1.

- Activiteit: Ai Chi.
Ai Chi is een oosterse ontspannings kunst. Er worden hierbij bewegingen gemaakt door het water op muziek. Het zijn veelal rustige vloeiende bewegingen. Het doel is om te ontspannen door de combinatie van beweging, muziek en het gevoel van het water.
(De oefeningen van Ai Chi zijn zichtbaar in de bijlagen. Het aantal oefeningen kan veelal in een half uur worden gedaan.)
- Ai Chi heeft vaak een ontspannen werking op de cliënten. Het water is hier ook een belangrijk hulpmiddel bij. Het is dan wel belangrijk dat het water een prettige temperatuur heeft. De temperatuur van het water in het zwembad is hier 34°C.*

Activiteit 2.

- Activiteit: Potje badminton.
Er is gekozen voor een activiteit waarbij een cliënt actief kan zijn maar waarbij ook ontspanning kan worden gezocht. Tijdens de activiteit is er geen wedstrijdelement dit omdat winnen of verliezen spanning op kan leveren. Er wordt ontspannen overgeslagen en er is tijdens de activiteit tijd voor een praatje.
- Vaak vinden mensen het heerlijk om even lekker te “meppen” en hierdoor even andere dingen om hen heen te vergeten.*
- Doel activiteiten: Lukt het om te ontspannen bij een post-cva depressie en wat doet dit met de deelnemers? Heeft deze ontspanning een positieve werking of versterkt het de depressie?

Uitkomst: Het onderdeel relaxatie is vooral gericht op ontspanning. De ontspanningsvorm Ai-chi hebben we gedaan in water van 34°C. Deze aangename temperatuur zorgt bij velen al voor een stuk ontspanning. Ook de muziek die bij de bewegingen hoort wordt door cliënten als ontspannen ervaren. De combinatie van het water, de temperatuur van het water, de muziek en de bewegingen maakt dat Ai-Chi bij de deelnemers voor ontspanning zorgt. Er wordt ook teruggegeven dat het erg prettig is om in het water te bewegen. Hier wordt toch een vrijere vorm van bewegen ervaren. Het potje badminton maakt ook bij cliënten een ontspannen vorm van bewegen los. Velen geven aan het prettig te vinden de zinnen even te kunnen verzetten en “lekker te kunnen slaan”. Ook het samen bezig zijn wordt als plezierig terug gegeven.

Discussie.

Het onderzoek is op een kleinschalige methode uitgevoerd. Wanneer er op een grotere groep deelnemers gekeken zal worden is het resultaat wellicht krachtiger. Hoe meer deelnemers er zijn hoe betrouwbaarder het resultaat is. Een andere uitbreiding voor dit onderzoek zou ook kunnen zijn om meer activiteiten per thema in te zetten. Nu worden er per thema twee activiteiten aangeboden. Ook hier geldt wanneer er meerdere activiteiten in worden gezet er een bredere kijk op het onderzoek wordt gedaan. Resultaten worden hier ook standvastiger door.

In dit onderzoek zijn verschillende revalidanten gevraagd bij geen van deze revalidanten is officieel vast gesteld dat geleden wordt aan een post-cva depressie. Veelal wordt deze post-cva depressie na langere tijd vast gesteld. Dit zou een punt kunnen zijn waarbij in een verdergaand onderzoek aandacht aan kan worden gegeven. Er is voor gekozen om dit bij deze revalidanten uit te voeren omdat deze vooral aanwezig waren in het centrum waar het onderzoek heeft plaatsgevonden.

Ook kan er kritisch gekeken worden naar de activiteiten die gekozen zijn. Voor de ene revalidant is het een activiteit die wel degelijk kan bijdragen aan het verwerken waarbij het voor anderen juist het tegenovergestelde kan zijn. Dit omdat er mensen zijn die graag deelnemen aan een actieve vorm van bewegen terwijl anderen kunnen genieten van een rustige activiteit. Voor iemand kan een activiteit dus frustrerend werken maar voor de ander een positieve bijdrage leveren aan de gemoedstoestand. Een andere kanttekening is dat er voorafgaand activiteiten zijn gekozen en er niet eerst wordt gekeken naar de hulpvraag van de cliënt. Wanneer er gekeken wordt naar wat de hulpvraag is kan er waarschijnlijk een meer client gerichte therapie worden gegeven. Hierbij is het mogelijk om de cliënt zorg op maat te bieden. Er is gekozen om eerst de activiteiten te ontwerpen zodat er een duidelijk plan van aanpak zou zijn en de activiteiten bij ieder hetzelfde zouden zijn. Om zo een zo breed mogelijke kijk op de activiteiten te krijgen. Ook stond de ervaring van de deelnemers centraal en niet het ontwerp van de activiteiten. Dit ook om het overzichtelijk te houden en niet een erg groot aanbod van verschillende activiteiten te krijgen.

Wat ook een punt van discussie kan zijn is hoe er gekeken wordt naar een post-cva depressie. Wanneer er gekeken wordt naar de directe benadering dan is de plaats van de laesie bepalend voor de depressie. Dan zal een behandeling van psychomotorische therapie weinig tot geen resultaat kunnen bieden. Wordt er gekeken naar een indirecte benadering, dan kan een behandeling middels PMT wel degelijk bijdragen aan het verwerken van een post-cva depressie.

Conclusie.

Tijdens de activiteiten waarbij een cliënt geconfronteerd wordt met negatieve ervaringen treedt vooral teleurstelling en frustratie op. Er wordt genoemd dat het eerder de negatieve kenmerken verergerd. Het thema motorische instrumentele sensibiliteit was hier een voorbeeld van.

Contact met anderen wat naar voren komt bij motorische sociale sensibiliteit is iets wat voor meer vreugde bij de deelnemers zorgt. Ook is hier genoemd dat het contact met lotgenoten bijdraagt aan een positieve gemoedstoestand. Het sociale contact met de anderen biedt gezelligheid, speelvreugde en plezier. Dit zijn drie belangrijke onderdelen die kunnen bijdragen aan het verwerken van een depressie. In een groep worden de deelnemers ook eerder gestimuleerd om tot bewegen te komen. Bewegen zorgt er over het algemeen voor dat je je beter voelt.

In het thema ruimte kozen mensen er veelal voor zich af te zonderen. Voor sommigen heeft dit natuurlijk een positief effect omdat ze zo rustig de activiteit op zich af kunnen laten komen. Een negatieve kanttekening hierbij zou kunnen zijn dat deze groep erg teruggetrokken wordt en zich isoleert van de groep. Mensen stonden veelal op zichzelf.

Het thema lichaamsbeleving bied deelnemers vooral inzicht in eigen kunnen. Ook kan door dit inzicht beter worden gekeken naar wanneer bijvoorbeeld een pauze moet worden genomen.

Bij het thema kracht waren het ook vooral de frustraties die naar voren kwamen bij deelnemers. De geleverde kracht sloeg om in het afreageren op iets. Dan kon de frustratie hier nog wel eens de boventoon voeren.

Vertrouwen is bij veel cliënten ook nog minimaal, het vertrouwen in eigen lichaam maar ook vertrouwen van anderen is een nog erg lastig onderdeel. Waarbij overschatting van zichzelf of de ander naar voren kwam is dat de deelnemers geconfronteerd werden met negatieve gedachten. Cliënten gaven aan van de activiteiten bijbehorende het thema relaxatie vooral meer rust en ontspanning te krijgen. Door deze vorm van rust wordt minder frustratie en boosheid ervaren. Ook het kunnen ontspannen en de zinnen kunnen verzetten wordt als zeer prettig ervaren.

Wat in het onderzoek naar voren is gekomen is dat er drie van de zeven thema's bij kunnen dragen aan het verwerken van een post-cva depressie. De thema's Motorische sociale sensibiliteit, lichaamsbeleving en relaxatie waren de thema's met de meest positieve ervaringen.

Echter zijn er twee thema's die het best bij kunnen dragen aan de verwerking. Deze twee zijn relaxatie en lichaamsbeleving. Deze twee onderscheiden zich van motorische sociale sensibiliteit omdat lichaamsbeleving en relaxatie veel inzicht en rust geven. Bij motorische sociale sensibiliteit wordt er vooral genoemd dat het verzetten van de zinnen een prettig gevoel geeft. Dit wordt als prettig ervaren maar een echte verwerking of verandering is bij dit thema niet van pas. De verwerking van het cva of het inzicht geven in de "nieuwe ik" wordt er in dit thema niet behaald. Dat maakt dat dit thema afvalt van de komende twee thema's.

Lichaamsbeleving komt als beste naar voren omdat de cliënten veel inzicht verkrijgen in eigen kunnen. Dit zorgt ervoor dat ze niet snel over eigen grenzen heengaan en minder tegen dingen aanlopen die moeilijkheden opleveren. Er wordt inzicht gegeven in eigen grenzen zodat deze niet overschreden worden. Hierbij wordt dus een eigen manier van coping ontwikkeld.

Het thema relaxatie geeft de cliënten ontspanning die nodig is om de negatieve gevoelens van de depressie (tijdelijk) uit te schakelen. Ook kan relaxatie bijdragen aan het bieden van meer rust aan de cliënt. Hier zou je een koppeling kunnen maken naar rouw en verwerking. Op een goede manier omgang vinden om met de beperkingen om te gaan of emoties even aan de kant te zetten. Het is belangrijk dat de cliënt hier goed mee om leert gaan zodat er niet met stress op het cva gereageerd wordt. Klinische ervaring heeft aangetoond dat dit stress een belangrijke oorzaak voor een depressie kan zijn (Godderis, 1987). Ontspanning en stressverminderende activiteiten zijn dus van groot belang.

Als beste komen dus relaxatie en lichaamsbeleving naar voren.

Aanbevelingen.

Wanneer er iemand voor therapie komt met een post-cva depressie word aangeraden om een thema als relaxatie of lichaamsbeleving te gebruiken. Het is goed om binnen deze thema's een activiteit te ontwerpen en deze in de therapie naar voren te laten komen. Belangrijk is dan ook de kenmerken van het thema steeds in het achterhoofd te houden zodat je met de activiteiten binnen het gekozen thema blijft. Wanneer dit niet gebeurt ontstaat er de mogelijkheid dat de activiteit kan overlopen in een ander thema. Dit kan er weer voor zorgen dat je niet het gewenste resultaat behaald met de activiteit

Het is belangrijk om goed met de cliënt de activiteiten te evalueren zodat er een juist beeld ontstaat van wat een activiteit gedaan heeft met de cliënt.

Voor verder onderzoek is het mogelijk om een soort gelijk onderzoek ook eens met ex-revalidanten te doen die langer dan een jaar zijn uitbehandeld. Hoe ervaren zij de activiteiten van verschillende thema's. Ook het onderzoek te doen bij mensen bij wie een post-cva depressie ook daadwerkelijk is vastgesteld zou ook een volgende stap kunnen zijn. Door deze twee opvolgende stappen uit te kunnen voeren zou er een nog duidelijker beeld kunnen komen van welke PMT thema's bij zouden kunnen dragen bij het verwerken van een post-cva depressie.

Ook kan er in een vervolg op dit onderzoek gekeken worden naar wat het verschil is tussen groepsactiviteiten of individuele activiteiten. Omdat er toch gebleken is dat activiteiten in groepsverband een positieve bijdrage leveren aan het verwerkingsproces zou dit goed nog beter onderzocht kunnen worden.

Zoals ook in de discussie al vermeld is kan het onderzoek nog verbeterd worden door meer activiteiten bij de thema's aan te bieden. Het onderzoek wordt hierdoor uitgebreider en de resultaten betrouwbaarder. Door ook het aantal deelnemers te vergroten worden de resultaten sterker onderbouwd. Hoe meer deelnemers er met een onderzoek mee doen des te betrouwbaarder worden de resultaten.

Literatuur.

Aben I, Bour A.M.J.J. en Verhey F.R.J. 2007; Depressie na een beroerte: samenspel tussen neurobiologische en psychosociale factoren; Tijdschrift voor neurologie en neurochirurgie, vol.1 108 nr. p3-8.

Aben I, Verhey F, Honig A, Lodder J, Lousberg R, Maes, M. 2001. *Research into the specificity of depression after stroke: a review on an unsolved issue*. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 25. P671-689

Bindels P, (2002) Coping, omgaan met problemen. Verkregen op 28 november 2011 van <http://www.ipt-site.nl/int-3.html>.

Chemerinski, E., & Robinson, R.G. (2000). The neuropsychiatry of stroke. *Psychosomatics*, 41, 5-14.

van Cranenburgh B. (1999). Neuropsychologie. Over de gevolgen van hersenbeschadiging. *Elsevier gezondheidszorg*, Maarssen.

Cupido B (2004). *CVA Psychische gevolgen en interventies*.

Folstein, M.F., R. Maiberger en P.R. McHugh (1977). Mood disorder as a specific complication of stroke. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 40, 1018-1020.

Gianotti G, Azzoni A, Razzano C, Lanzilotta M, Marra C, Gasparini F. (1997) The Post-Stroke Depression rating Scale: a test specifically devised to investigate affective disorders of stroke patients. *J of Clinical and Experimental Neuropsychology* 19 340-56

Godderis, J. (1987). De zogenaamde 'post-stroke' depressie. Beschouwingen omtrent het verband tussen een doorgemaakt cerebrovasculair accident en depressieve ontstemmingstoestanden. *Organiciteit in de psychiatrie*. Bureau Post Academisch Onderwijs Geneeskunde, Amsterdam, 53-68.

Hager, K., & Ziegler, K. (1998). Stadien der Krankheitsverarbeitung nach einem Schlaganfall. *Zeitschrift der Gerontologie und Geriatrie*, 31, 9-15.

Hersenstichting Nederland. *Alles over hersenen. Aandoening. Beroerte*. Verkregen op 16 januari 2012 van <https://www.hersenstichting.nl/alles-over-hersenen/hersenaandoeningen/beroerte.html>

Hekking, P.J.A.M. *Zeven thema's binnen Psychomotorische therapie. Reader BA/PMT*. (Zoals deze op de CALO aan worden geboden).

Hochstenbach, J.B.H. (1999). *The cognitive, emotional and behavioral consequences of stroke*. Nijmegen: Universiteit van Nijmegen.

King, R.B. (1996). Quality of life after stroke. *Stroke*, 27, 1467-1472

Naarding, P. van den Broek W.W. & Koudstaal P. (1997) Cerebrovasculaire laesies en depressies. *Tijdschrift voor gerontologie en geriatrie* 28. 254-259.

Neurochirurgie Zwolle (2004). *Hersenbloedingen*. Verkregen op 16 januari 2012 van <http://www.neurochirurgie-zwolle.nl/patienteninformatie/schedel-en-hersenen/hersenbloedingen>

Nevid JS, Rathus SA, Greene B. (1991). *Psychiatrie een inleiding*. Amsterdam. Pearson Benelux.

Koudstaal, P.J., & Vermeulen, M. (1998). Cerebrovasculaire aandoeningen. In A. Hijdra, P.J. Koudstaal, & R.A.C. Roos, *Neurologie*. Maarssen: *Elsevier gezondheidszorg*.

Palmer, S., & Glass, T.A. (2003). Family function and stroke recovery: A review. *Rehabilitation Psychology*, 48, 255-265.

Robinson, R.G. (2003). Poststroke depression: Prevalence, diagnosis, treatment, and disease progression. *Biological Psychiatry*, 54, 376-387.

Van Schuylenburg-Meijer G. (2002) Alleen en niet alleen. Verkregen op 28 november 2011 van <http://www.rouwen.berseba.nl>

Smits-Engelsman, B.C.M., Bekkering G.E. & Hendriks, H.J.M. (2001). *KNGF richtlijn Osteoporose*, 2.

Swaab D. (2010). *Wij zijn ons brein. Van baarmoeder tot alzheimer*. Amsterdam][Antwerpen: contact.

Whyte, A.M., & Mulsant, B.H. (2002). Post stroke depression: Epidemiology, pathophysiology and biological treatment. *Biological Psychiatry*, 52, 253-264).

Yudovsky, S.C., & Hales, R.E. (1994). *Synopsis of Neuropsychiatry*. Washington: American Psychiatric Press.