

Wordt onbegrepen begrepen?

Een case-study over video-feedback bij chronische pijn- cliënten

Student
Scriptiebegeleider
Scriptiebeoordelaar
Stagebegeleiders
Datum
Opleiding

Joyce Kemper
Mevr. H. Van der Meijden- van der Kolk
Dhr. C. Niks
Mevr. L. Wennemars & Mevr. N. Savonije
Januari 2009
Psychomotorische Therapie & Bewegingsagogie,
Calo Zwolle

Voorwoord

Bij dezen wil ik Lilian, Nardi en Romy van revalidatiecentrum 'Het Roessingh' uit Enschede bedanken voor de mogelijkheid om mijn verdiepende stage te lopen. Ik heb met meerdere collega's mee mogen lopen en heb van iedereen verschillende dingen eruit gepikt om er mijn eigen manier van therapie geven van te maken.

Ook wil ik alle cliënten bedanken die ik heb leren kennen en die bijgedragen hebben aan deze case-study.

Mede dank aan de mensen die deze scriptie mogelijk hebben gemaakt. Henriëtte bedankt voor de ondersteunende en kritische begeleiding tijdens het schrijven van mijn scriptie. Ik heb met plezier aan mijn scriptie gewerkt en ik hoop dat het eindresultaat prettig te lezen is.

Bedankt dat jullie allen van mij een beginnend therapeut hebben gemaakt.

Joyce Kemper

Inleiding

In deze case study wordt de mogelijke bijdrage van video-exposure bij een chronische pijncliënte beschreven. Deze cliënte heeft naast haar chronische pijn moeite om gedoseerd te bewegen.

Er wordt uitgegaan van de volgende vraagstelling:

Wat maakt video-feedback tot een geschikte interventie om een semiklinische pijncliënt meer inzicht te geven in haar eigen bewegingsonrust en onderliggende cognities?

De hypothese is als volgt:

Video- feedback is een geschikte interventie. Beelden zeggen meer dan woorden. De cliënt ziet zijn eigen bewegingsonrust en kan daar een eigen interpretatie over hebben. Het kan intern heel anders voelen dan dat het er daadwerkelijk uit ziet. Juist door de beelden te bespreken kun je tot meer inzicht komen om uiteindelijk de behandeldoelen te bewerkstelligen. Want een gedragsverandering begint bij inzicht in het eigen denken, handelen en voelen.

Chronische pijn is een actueel ziektebeeld dat veel door de wetenschap wordt onderzocht. Er zijn veel verschillende factoren hoe chronische pijn tot uiting kan komen. Het is in de behandeling vaak zo dat het niet alleen gericht is op het wegnemen van de pijn (Vlaeyen, Kule-Snijders, & van Eek, 1996). Er kan namelijk gewerkt worden aan de omgang van iemand met chronische pijn. Het doel is dat iemand ondanks de pijn toch veel kan ondernemen. Zodat de pijn niet de hele tijd centraal staat. Daarmee kun je de kwaliteit van leven verbeteren (Van der Meijden & Bosscher, 2007).

Bewegen is gedrag. Pmt is een mogelijkheid om te experimenteren met gedrag. Het is aangetoond dat ervaring de meest effectieve manier is om gedachten te beïnvloeden (J.S. Beck, 1995). Zodoende kan men experimenteren met nieuw gedrag op basis van veranderde cognities.

Gedrag komt voort uit het denken en voelen. Met andere woorden, op basis van wat men voelt of denkt kan iemand bepaald gedrag laten zien. Hiervoor is het belangrijk dat een cliënt het inzicht krijgt hiervoor in zijn eigen denken, voelen en handelen. Inzicht is een begin tot gedragsverandering, maar hoe kom je tot inzicht?

Om de kwaliteit van de behandeling te vergroten zou video- feedback een uitkomst kunnen zijn. Het kan voorkomen dat feedback van de Pmt-er tijdens een therapie niet altijd aangenomen wordt door de cliënt. Juist door videobeelden te bekijken na een bewegingssituaties, zou dit de woorden van de Pmt-er kunnen versterken en op den duur kunnen leiden tot gedragsverandering. Beelden kunnen tenslotte de woorden van de Pmt-er versterken en de cliënt kan zien hoe hij daadwerkelijk deelneemt.

In deze scriptie staat als eerste de casus beschreven. Vervolgens beschrijf ik in hoofdstuk twee chronische pijn precies is, zoals wat de oorzaken en gevolgen van chronische pijn zijn. Ook fibromyalgie wordt hierin beschreven, omdat deze aandoening betrekking heeft op de casus. In hoofdstuk 3 staat vermeld wat video- feedback inhoudt en wat de voor- en nadelen hiervan zijn. Vervolgens wordt er verder ingegaan op de diagnostiek van de casus. Dit wordt gedaan met behulp van DSM-IV-TR en het ICF-model. In hoofdstuk 5 wordt de praktijk geheel toegelicht. Daarin staat de opstart en het aanbieden vermeldt. De scriptie eindigt met tenslotte de conclusie waarin een antwoord op de hoofdvraag gegeven zal worden.

Inhoudsopgave

Verantwoording	4
1. Casusbeschrijving	5
2. Chronische pijn	6
2.1 Wat is chronische pijn	6
2.2 Oorzaken van chronische pijn	6
2.3 Gevolgen van chronische pijn	7
2.4 Fibromyalgie	8
2.5 Chronische pijn in de revalidatiecentrum ‘Het Roessingh’	9
2.6 De behandeling	11
2.7 Koppeling van theorie naar cliënt	11
3. Video-feedback	13
3.1 Wat is video-feedback	13
3.2 Voordelen van video- feedback	13
3.3 Nadelen van video- feedback	14
4. Diagnostiek	15
4.1 Diagnostiek met behulp van DSM-IV-TR	14
4.2 Hermeneutisch diagnostiek met behulp van het ICF model	14
4.3 Behandelstrategieën	16
4.4 Contra-indicaties van video-feedback	16
5. Praktijk	17
5.1 Mijn persoonlijke aanpak als Pmt/Ba	17
5.2 Uitkomst van de video- feedback	19
5.3 Bespreken van de evaluatie	20
5.4 Resultaat	20
6. Conclusie	21
Literatuurlijst	23
Bijlage 1: Observatielijst video-feedback volgens de PMT checklist C. Emck	24
Bijlage 2: Evaluatie video-feedback	25

Verantwoording

Voor deze case-study heb ik gekozen voor een cliënt die een pijnrevalidatiebehandeling volgens cognitief gedragsmatige principes volgt. Ze is semiklinisch in behandeling. Binnen de bewegingsagogie werken we aan de behandeldoelen van de cliënt waarin de cliënten vooral kunnen experimenteren met gedrag binnen bewegingssituaties.

Mijn keuze voor deze mevrouw kwam voort uit haar voorgeschiedenis en haar gedrag. Het was bij haar al snel duidelijk dat ze niet op een lijn lag met de doelstellingen binnen de bewegingsagogie. Het was te zien dat ze weinig van de therapeut aannam en dat ze haar eigen plan trok. Daarin was te zien dat ze erg fanatiek aan de activiteit deelnam. Ze nam weinig rust, had een hoge spierspanning en ze praatte niet over haar gevoel. Ze had cognities als: 'Binnen bewegingsactiviteiten moet ik altijd tot het uiterste gaan om er een voldaan gevoel aan over te houden.'

Haar doelstelling was om te leren om haar grenzen aan te geven en te doseren tijdens een bewegingsactiviteit. Zoals ze de eerste keer deelnam zou dit volgens mij niet lukken. Want ze bewoog erg onrustig en stopte pas als ze haar eigen gestelde doel had bereikt. Dit doel had ze voorafgaand de activiteit al in gedachten. Dit gestelde doel was haar drijfveer.

Juist aan haar deelname te zien was ze grenzeloos en ze was uitgeput na de therapie. Ik wilde een manier bedenken waarin ze zelf kon zien hoe haar deelname was in de hoop dat ze meer inzicht zou krijgen in haar eigen bewegingsonrust en onderliggende cognities.

Hierdoor kwam ik op het idee om haar te filmen. Ik wilde een context voor haar creëren waarin zij zelf haar gedachten bij kon stellen en om te experimenteren met nieuw gedrag. Ik verwachtte dat het nieuwe gedrag haar ook wat op zou leveren. Namelijk dat ze meer energie over had na de activiteit zodat ze de rest van de dag nog dingen kon gaan ondernemen.

Het voordeel van filmen is dat mensen over het algemeen visueel zijn ingesteld. Video-feedback zou hier naar mijn mening een goede interventie kunnen zijn. Want vaak dringen beelden veel beter door dan woorden. Door de beelden vervolgens na te bespreken met de client in een geheel andere context. Dit maakt dat de therapie nogmaals herhaald wordt en dat je er meer objectief naar kan kijken.

Door haar de opnames terug te laten zien confronteer ik haar met haar gedrag. Door dit met haar te bespreken en te evalueren verwachtte ik tot meer inzicht te komen bij deze cliënt.

Ik heb haar meerdere malen gefilmd. Ze heeft zowel individueel als met zijn tweeën therapie gehad. De semiklinische behandeling duurde 8 weken. Van 13 oktober tot 03 december 2008.

Het resultaat van de videobeelden staat beschreven in deze case-study.

1. Casus beschrijving

De hoofdpersoon is een vrouw van 37 jaar oud. Ze heeft een dochter van 4 jaar en is momenteel gescheiden. Ze heeft langdurige pijnklachten in de nek, schouders, rug, armen en benen. De pijnklachten zijn constant aanwezig, maar wel in wisselende intensiteit. De diagnose fibromyalgiesyndroom is bij haar vastgesteld. Naast haar pijnklachten ervaart ze ook stijfheid in haar gewrichten en vermoeidheid. Na enkele uren is de energie voor de rest van de dag op.

De verzorging van haar dochter en het huishouden doet ze zelf, maar het kost haar, in combinatie met andere activiteiten, steeds meer moeite.

Sinds april 2007 is ze in de ziektewet. Voorheen werkte ze als zorgcoördinator voor Humanitas.

Mevrouw heeft een aantal stressfactoren die ze als negatief ervaart. In haar verleden is ze emotioneel verwaarloost. Ze moest altijd de goede vrede bewaren en stil zijn. Ook heeft ze een moeilijke relatie achter de rug. Haar ex-partner had schulden en heeft haar bedreigd. Ze is bang voor de gevolgen van haar klachten ten aanzien van werk en inkomen. Ze is 5 jaar in de WAO geweest. 2 jaar geleden is ze volledig goedgekeurd. Het werken houdt ze echter niet fulltime vol, hoewel dat vanwege de financiën wel moet.

Ze wordt begeleid door een psychiater. Ze is meerdere malen geïndiceerd voor het pijnrevalidatie programma. Ze kwam hier in 2007 niet voor in aanmerking vanwege te veel actuele stressfactoren. Ook scoorde ze hoog voor depressieve gevoelens op de SCL-90, namelijk 278. Nu is de score gezakt naar 141.

Mevrouw heeft de neiging om alles goed te willen doen. Voor haar levert dit stress en overbelasting op. Als er meer vermoeidheid optreedt heeft ze een verminderde concentratie en geheugen. Ook heeft ze moeite om zich te ontspannen. Ze praat niet over de pijn. Maar ze kan prikkelbaar zijn door de pijn die ze heeft.

De doelen waar ze voornamelijk aan gaat werken zijn:

- grenshantering
- verdeling van belastende activiteiten: leren doseren
- accepteren van haar klachten en stressfactoren
- plezier ervaren en ontspannen met fitness, klimmen en wandelen.

2. Chronische pijn

2.1 Wat is chronische pijn?

Pijn is meestal een gevolg van beschadiging aan het lichaam of als er iets in het lichaam kapot is. Pijn is overigens subjectief, dat wil zeggen dat het persoonlijk is.

We spreken over chronische pijn als iemand pijn heeft die langer dan zes maanden duurt. (De Bruijn, 2004). Er bestaan verschillende soorten chronische pijn. Iemand kan chronische pijn hebben door een lichamelijke oorzaak, maar ook kun je chronische pijn ervaren als er geen lichamelijke oorzaak voor te vinden is. Deze scriptie gaat uit van chronische pijn waar geen lichamelijke oorzaak voor te vinden is.

2.2 Oorzaken van de pijn

Hoewel er tot nu toe aangegeven wordt dat chronische pijn geen lichamelijk aantoonbare oorzaak heeft, kan De Bruijn (2004) toch enkele oorzaken noemen die tot pijn kunnen leiden of die de pijn in stand kunnen houden.

Chronische pijn kan op verschillende vlakken toch nog een oorzaak hebben, namelijk lichamelijke en psychologische oorzaken. Bij lichamelijke oorzaken is er een verstoring in het brein of in andere delen van het lichaam. Bij psychologische oorzaken wordt vooral gekeken naar stressfactoren, familieomstandigheden en manier van denken. Deze oorzaken sluiten elkaar niet uit, maar versterken elkaar. Dit is namelijk een wisselwerking. Ook dit komt in paragraaf 2.3 aan de orde.

De Bruijn (2004), noemt een aantal oorzaken die kunnen leiden tot chronische pijn:

Fouten in het bewegingsapparaat of in het programma:

Hierbij is er geen lichamelijke oorzaak, maar wordt er een fout bedoeld, zoals een fout in de hersenen. Het programma is de manier van denken, gevoelens en levenservaringen. Bij een fout in het programma is het aangetoond dat negatieve gedachten en negatieve emoties de pijn versterken. En dat positieve gevoelens en manieren van denken de pijn verminderen. Bij dit laatste ga je je richten op het anders omgaan met de pijn.

Belasting en belastbaarheid:

Iemand met chronische pijn kan overbelast raken. Als iemand de druk verminderd, verdwijnen de klachten meestal ook. Als er maar door wordt gegaan en de pijn houdt voor lange tijd aan, neemt de belastbaarheid verder af. Rust is nodig om goed te kunnen herstellen. Tevens is het een middel om de belastbaarheid weer beter te maken.

Vaak is het zo dat mensen het niet kunnen accepteren dat hun niveau laag ligt en proberen om hun oude levensstijl/gedrag te behouden. Daarbij denken ze aan het verleden en niet aan wat ze in het hier en nu kunnen. Ze willen dan meer dan dat ze op het moment kunnen. Dit werkt averechts. Door deze aanpak neemt de pijn juist toe en de belastbaarheid af.

Acceptatie van verminderde belastbaarheid en geleidelijke opbouw van activiteiten kan deze spiraal doorbreken.

Pijn en stress:

Drukke of stress kan tot pijn leiden. Door de pijn kan iemand een verhoogde spierspanning ervaren. En door de pijn kan de spierspanning nog groter worden, omdat iemand de negatieve gevolgen in het dagelijkse leven kan merken door de pijn. Chronische pijn roept vaak gevoelens van machteloosheid en hulpeloosheid op. Iemand met chronische pijn kan in een

vicieuze cirkel raken: pijn roept spierspanning op, die weer meer pijn tot gevolg heeft, die leidt tot nog meer spanningen en pijn. Ontspanning kan de cirkel doorbreken.

Pijn en aandacht:

Veel van de aandacht kan naar de pijn gaan als je chronische pijn hebt. Aandacht werkt averechts voor de pijn. Concentratie op de pijnplek maakt iemand bewust van de pijn.

Aandacht is een van de factoren wat maakt dat de pijn eerder of erger voelt. Dit kan gevolgen hebben voor de pijnwaarneming.

Er zijn methoden om de aandacht af te leiden en te concentreren op andere dingen, wat een gunstige invloed heeft op pijn.

Pijn en gedrag:

Pijn lijden kan 'pijngedrag' worden. Bijna alles wat iemand met chronische pijn doet wordt bepaald door de pijn. Dit wordt duidelijker beschreven in paragraaf 2.3 bij het bio-psycho-sociaal model. Vermijden kan leiden tot een sociaal isolement en het wegvallen van positieve dingen, zoals werk of hobby.

De omgeving speelt ook een rol in 'pijngedrag'. Je kunt in je gedrag worden beloond of bestraft. Ook kun je pijn gebruiken om iets wat je niet wil doen, ook niet te hoeven doen. Op de korte termijn is vermijden misschien een opluchting. Op de lange termijn kan vermijden negatief zijn. Het kan leiden tot sociaal isolement.

Overgevoeligheid en pijn:

Bij chronische pijn kan overgevoeligheid (sensitisatie) van het zenuwstelsel ontstaan. Hierbij heeft pijn zijn oorspronkelijke waarschuwingfunctie verloren. Onder invloed van sensitisatie worden normale prikkels zoals aanraken of normaal bewegen als pijnlijk ervaren.

2.3 De gevolgen op langere termijn

Chronische pijn kan ervoor zorgen dat het functioneren van iemand achteruit gaat. Juist als er niet altijd een lichamelijke oorzaak wordt gevonden voor de pijn kan de pijn mogelijk een andere oorzaak hebben of een samenloop van omstandigheden zijn.

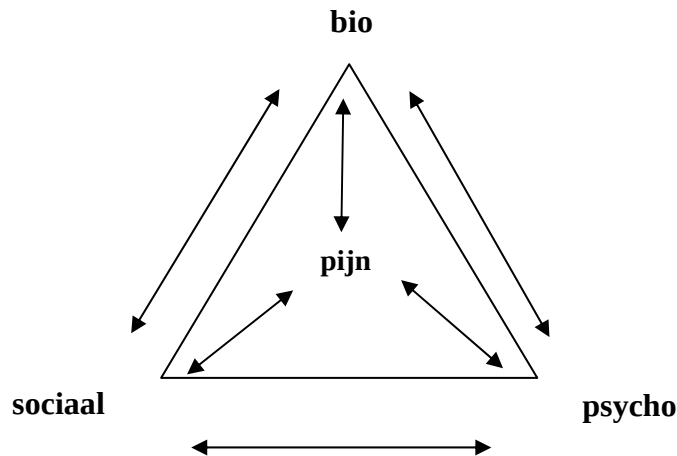
Bij chronische pijn is er dus sprake van een complexe problematiek. Fysieke, psychologische en sociale factoren spelen een rol. Klachten worden niet bepaald door één enkele factor, maar door meerdere factoren die op elkaar ingrijpen.

Dit is schematisch weergegeven in het biopsychosociaal model (zie figuur 1). Bij iemand met chronische pijn staat de pijn centraal, zoals te zien is in het biopsychosociaal model.

Pijn kan lichamelijk tot uiting komen door hoge spierspanning door bijvoorbeeld stress of een verkeerde lichaamshouding. Het kan voorkomen dat verschillende lichaamsdelen ontweken worden door de pijn, waardoor er een ander bewegingspatroon ontstaat. Bij het lichamelijk deel is er een beperking namelijk het voelen van de pijn.

Pijn kan psychologisch zijn door de gedachten van de cliënt die kunnen veranderen door de pijn die wordt ervaren. Bagatelliseren (Ach, het valt wel mee) is een voorbeeld van een gedachte waardoor de pijn in stand wordt gehouden. Bij het psychologische deel komt het beperkt zijn meer op de voorgrond. Het gaat meer om de beleving van iemand met chronische pijn.

Ook kan pijn invloed hebben op de sociale context van de cliënt. Door bijvoorbeeld minder te kunnen ondernemen door de pijn kan de cliënt in een sociaal isolement terecht komen. Of (dagelijkse) werkzaamheden worden steeds moeilijker om uitgevoerd te worden. Daarin kan iemand handelen naar de pijn (Van der mejden en Bosscher, 2006).



Figuur 1: Biopsychosociaal model. Samwel, van Meer Crul, 2002, blz. 23

Met het biopsychosociaal model gaat men ervan uit dat alle drie de onderdelen invloed kunnen hebben op de pijn. Ze kunnen elkaar beïnvloeden én de factoren kunnen steeds weer veranderen (Samwel, Van Meer, Crul, 2002). We bekijken daarin de pijn vanuit een systeem. De drie factoren zouden een verklaring kunnen geven voor de pijn. Het kan er voor zorgen dat de totale persoon in beeld wordt gebracht. Voor iemand met chronische pijn kan het erg prettig zijn dat er ook naar het psychisch en sociale gebied gekeken wordt. Het kan ervoor zorgen dat iemand zich gehoord voelt. Om vaak te horen dat er geen medische oorzaak gevonden wordt is niet prettig.

2.4 Fibromyalgie

Ik wil verder op fibromyalgie ingaan, omdat dit ook betrekking heeft op de hoofdpersoon van deze casestudy.

Fibromyalgie betekent volgens Vlaeyen, Kole en van Eek (1996) letterlijk: pijn in spieren en bindweefsel. Een soort reuma in de weke delen. Deze aandoening valt ook onder chronische pijn. Het is net zoals chronische pijn een voorbeeld van iets is waar geen oorzaak voor gevonden wordt (Bruijn, 2004). De pijn die wordt ervaren is de last.

Bij fibromyalgie zijn de pijnklachten altijd aanwezig, alleen is de pijn op het ene moment minder hevig zijn dan op een ander moment. Iemand kan dan 'goede en slechte dagen' ervaren.

Als de diagnose fibromyalgie wordt gesteld moet iemand volgens Dillard (2002) op 11 van de 18 'gevoelige plekken' pijn ervaren. De 'gevoelige plekken' staan in figuur 2 weergegeven. Ook moeten de symptomen 3 maanden aanwezig zijn (Dillard, 2002). Er kunnen ook andere symptomen bestaan bij fibromyalgie, zoals namelijk slapeloosheid, stemmingsstoornissen, vermoeidheid en stijfheid in de ochtenduren (Vlaeyen, Kole en van Eek, 1996).

Bij veel fibromyalgiecliënten kunnen de symptomen beginnen na ziekte/virus, emotionele stress of een lichamelijk trauma. Dit alles kan een verandering in het zenuwstelsel teweeg brengen. Overgevoeligheid voor pijn van de zenuwreceptoren of te weinig diepe slaap kunnen voorbeelden van verandering zijn (Dillard, 2002).

Als er fibromyalgie wordt gediagnosticeerd zullen er veranderingen in de levensstijl moeten komen. Want iemand met fibromyalgie zou na veel activiteit extra last van de pijn kunnen krijgen. Het is daarom belangrijk dat je activiteiten aanpast. Dus lichte oefeningen wat het lichaam aankan. Het is belangrijk om ondanks de pijn te blijven bewegen. Juist als je spieren

niet meer worden gebruikt kunnen ze in een slechte conditie komen wat nog meer pijn kan veroorzaken. Nog meer voordelen van bewegen is dat lichamelijke activiteit iemand meer energie geeft, de slaap verbetert en je zenuwstelsel kan helpen om weer normaal te worden, tenminste als het zenuwstelsel beschadigd is.

Ik citeer De ‘gevoelige plekken’ van fibromyalgie bestaan in paren (een aan de rechterkant van je lichaam en een aan de linkerkant) op de volgende plaatsen:

- schedelbasis
- basis van de nek
- boven in de borst, iets meer dan tweeëneenhalve centimeter onder het sleutelbeen
- op de top van de schouder
- bovenrug, dicht bij de wervelkolom en ongeveer tweeëneenhalve centimeter onder de voorgaande punten
- binnenzijde ellebogen
- onderrug, dicht bij de kuiltjes boven de billen
- bovenste buitenrand van de dij
- binnenzijde knieën

Figuur 2: ‘Gevoelige plekken’ (Dillard, 2002, pag. 327-328)

2.5 Chronische pijn in revalidatiecentrum ‘Het Roessingh’

De definitie van pijnrevalidatie (Köke, 2005, pag. 19) luidt: “Een pijnrevalidatieprogramma is een multi-disciplinaire behandeling voor patiënten met chronische pijn zich uitend in het houdings- en bewegingsapparaat, bestaand uit een op elkaar afgestemde combinatie van fysieke en psychosociale behandelmethode, welke plaatsvindt onder eindverantwoordelijkheid van een revalidatiearts met als doel patiënten te leren zelfstandig om te gaan met pijn en de gevolgen ervoor voor het dagelijks functioneren.”

Hier is de afdeling bewegingsagogie een discipline van. Op deze afdeling gaan we uit van de mogelijkheden van de cliënt. Op het Roessingh wordt uitgegaan van een ‘zorg op maat’ systeem (ZOM). Dit komt in de literatuur overeen met gedragsgeoriënteerde revalidatie. Bij revalidatiecentrum ‘Het Roessingh’ hanteren we vooral een cognitief-gedragsmatige insteek. Het doel is om met behulp van een team van therapeuten te werken aan gedragsverandering van een cliënt. De nadruk ligt niet op de pijn zelf, maar meer op het gedrag van de persoon. Ze gaan uit van de mogelijkheden. Dus wat doet en kan de persoon in plaats van wat heeft de persoon (Vlaeyen, Kole & van Eek, 1996).

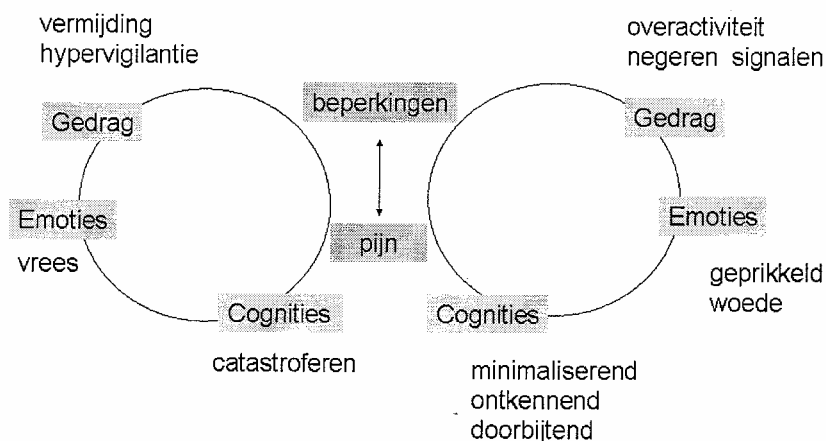
Het Roessingh gaat uit van het biopsychosociale model, dus dat meerdere factoren op elkaar ingrijpen. Lichamelijke, psychologische en sociale factoren spelen een rol in de kwetsbaarheid voor, het ontstaan van en het in stand blijven of verergeren van de pijn. Daarin onderscheiden ze kwetsbaarheidfactoren, initiërende factoren en onderhoudende factoren (Intranet Het Roessingh, ZOM, 2006).

Kwetsbaarheid of predisponerende factoren verhogen de kans op chronische klachten en beperkingen bij mensen met acute klachten. Deze factoren maken iemand kwetsbaar voor het ontwikkelen van chronische klachten en beperkingen. Een aantal voorbeelden van kwetsbaarheidfactoren zijn: depressie, lage kwaliteit van sociale steun, beperkte copingvaardigheden en strategieën, sekse (vrouwen hebben een hogere kans), geschiedenis van seksueel geweld in de jeugd, ontevredenheid met het werk.

Initiërende of precipiterende factoren gaan direct vooraf aan de pijn en worden vaak gezien als directe oorzaak. Een voorbeeld is een hernia bij lage rugpijn.

Ten derde zijn er de onderhoudende of perpetuerende factoren. Dit zijn factoren die chronische klachten in stand houden of doen toenemen en tot beperkingen leiden. Ook een aantal kwetsbaarheidfactoren kunnen de klachten in stand houden. Bijvoorbeeld een lage kwaliteit aan sociale steun kan iemand kwetsbaar maken voor het ontwikkelen van klachten. Wat tenslotte ook een belangrijke onderhoudende factor kan zijn is de reactie van mensen.

Om het chronisch worden van de klachten te verklaren maakt Het Roessingh gebruik van het 'Avoidance-endurance' model en het 'fear-avoidance model' van pijn. Binnen de pijnrevalidatie is er op dat moment geen sprake meer van 'chronisch worden', maar van 'chronische zijn'. De figuur staat hieronder weergegeven.



Figuur 3: fear-avoidance model (links) en fear-endurance model (rechts): Een werkmodel voor de dagelijkse behandelpraktijk (Vlaeyen & Linton, 2000)

Het model kan gebruikt worden om de individuele problematiek in kaart te brengen. Het 'fear-avoidance model (vrees-vermijdingsmodel)' gaat ervan uit dat cliënten een extreem negatieve en pessimistische opvatting over de pijn hebben en ook over de eigen mogelijkheden om met de pijn om te gaan. Ze schenken teveel aandacht aan de pijnsignalen en worden overgevoelig voor deze signalen. Er is vermijdingsgedrag te zien. Hierdoor kan in het ergste geval bewegingsangst ontstaan en angst voor de pijn. Dit kan leiden tot een 'disuse' syndroom, dat is het niet meer kunnen gebruiken van een lichaamsdeel omdat die niet of minder wordt aangestuurd door de hersenen, tot beperkingen en vaak tot depressiviteit. Ook is er het 'fear-endurance' model. Dit model gaat ervan uit dat cliënten weinig activiteiten vermijden en toch chronische klachten en beperkingen ontwikkelen. Hierbij lijken ontkennende opvattingen over de pijn te leiden tot pijnonderdrukking of meer fysieke activiteit, wat het lichaam niet aankan. Deze cliënten blijven actief totdat de pijn zo heftig is dat ze alleen nog maar kunnen rusten. Ze gaan door met de activiteiten zodra er pijnvermindering is door de rust. Het gevolg is dat er een afwisseling van overactiviteit en onderactiviteit. Dit leidt op langere termijn ook tot beperkingen.

Bij de hoofdpersoon is het fear-endurance model van toepassing. Ze negeerde sterk haar lichaams- of pijnsignalen en gedroeg zich overactief. Daarbij voelde ze veel onrust en frustratie dat ze de optie kreeg om meer rustpauzes voor haarzelf te nemen. Ze wilde erg graag op hetzelfde niveau blijven functioneren als voor haar klachten.

2.6 De behandeling

De cliënten hebben zelf zeggenschap over de doelen waar ze aan werken. Ook hebben personen met chronische pijn zelf aandeel in wat ze oppakken uit de therapieën. Het is dus zo dat iemand zelf zoveel mogelijk uit de behandelingen te halen. Daarin neemt een cliënt samen met de therapeut door welke factoren het nastreven van zijn persoonlijke doelen belemmeren of bemoeilijken. Uiteindelijk moeten ze zelf op hun eigen benen staan en een revalidatieprogramma is daar een opstap voor. Het geleerde zal in stand gehouden moeten worden en zal dus goed geïntegreerd moeten zijn, zodat de nadruk op de participatie kan liggen. Participatie is een actieve deelname aan maatschappelijke processen en gebeurtenissen (ICF, 2001). Voorbeelden hiervan zijn arbeid en opvoeden van kinderen. Participatie is belangrijk om de capaciteiten te herstellen.

De behandeling van Het Roessingh sluit aan bij onderhoudende cognities, emoties en gedragingen. Tijdens de therapieën kan je ervoor zorgen dat het naar voren komt. Op het intranet van Het Roessingh bespreken ze cognities, emoties, gedrag, fysieke- en mentale belastbaarheid.

Cognities

Cliënten krijgen in de behandeling handvaten om het negatieve effect van cognities op het eigen functioneren te verminderen. Er is inzicht nodig in de eigen opvattingen en het effect ervan op hun gedrag. Ook kunnen cognities worden uitgedaagd, waarbij ervaringen een belangrijke rol spelen. Hierbij is Pmt een middel om ervaringen op te kunnen doen.

Emoties

Het niet kunnen accepteren van klachten en beperkingen kan leiden tot emoties als boosheid, frustratie en woede. Er wordt in de behandeling aandacht besteed aan acceptatie van beperkingen en bereidheid klachten te verdragen.

Gedrag

Het aanleren van copings-strategieën komt ook aan bod. Optimaal afstemmen van dagelijkse activiteiten op de belastbaarheid is hierin belangrijk. Dus het afbouwen van spanning en het zorgen voor voldoende herstelmomenten. Niet alleen het nemen van rust komt aan de orde, maar juist de kwaliteit van ontspanning. De spanning die een cliënt voelt is vaak gewoon geworden. Spanning heeft zijn signaalfunctie verloren en is eigenlijk disfunctioneel.

Fysieke belastbaarheid

Deze wordt opgebouwd. Plezier ervaren in bewegen werkt motiverend om door te gaan met bewegen. Daarbij is een combinatie van inspanning-rust nodig.

Mentale belastbaarheid

De gedachte dat cliënten zelf invloed hebben op de klachten is vaak nieuw en heeft tijd nodig om dit eigen te maken. Het is aangetoond dat ervaring de meest effectieve manier is om gedachten te beïnvloeden! (J.S. Beck, 1995) Zodoende kan men experimenteren met nieuw gedrag.

2.7 Koppeling van de theorie naar de cliënt

De mevrouw van de casus heeft meerdere stressfactoren dat kan maken dat ze chronische pijn heeft ontwikkeld. De emotionele mishandeling van haar ouders, de bedreiging van haar ex-partner en de schulden die hij had kan maken dat ze langdurige emotionele stress heeft moeten doorstaan. Deze levensstijl is mogelijk te lang doorgegaan met alle gevolgen van dien.

Mevrouw praatte niet over de pijn en uitte zich daarin niet. Juist de pijn zou voor haar een uiting kunnen zijn.

Ze kon zich moeilijk ontspannen. De hoge spierspanning in haar maakt dat de pijn erger kan worden. En juist omdat de pijn erger wordt kan de spierspanning weer erger worden. Dit houdt elkaar in stand en wordt vicieuze cirkel.

Ook nam mevrouw weinig rust. Ook rust is nodig voor je lichaam om te herstellen. Als dit langdurig niet gebeurt kan er een vorm van overbelasting ontstaan. Als de pijn blijft en je gaat toch door kan de belastbaarheid steeds verder afnemen.

Ook heeft de hoofdpersoon bagatelliserende gedachten. Wat mogelijk een instandhoudende factor kan zijn.

Tijdens de bijeenkomsten van bewegingsagogie gaan we werken aan haar grenshantering. En we gaan bezig met het doseren van de activiteiten.

Ontspanning/rust tussen de activiteit door, minder snel en krachtig uitvoeren van de opdracht. Stil staan en voelen wat er gebeurt tijdens lichamelijke inspanning zijn allemaal onderdelen die aan de orde komen.

Om het behalen van deze doelen te ondersteunen zal video feedback gebruikt worden. Daarin kan ze zelf zien hoe ze deelneemt. De deelname van de hoofdpersoon is vooral erg onrustig, ook wel bewegingsonrust. Elke handeling komt voort uit denken en voelen. Is altijd in verband met elkaar. De hoofdpersoon zal waarschijnlijk bepaalde instandhoudende gevoelens of gedachten hebben waardoor zij in haar spontane bewegen heel onrustig beweegt.

3. Video- feedback

Video feedback is bij de hoofdpersoon de interventie geworden. Tijdens de therapie bewoog ze erg onrustig. Nadat dit besproken is kon ze dit matig veranderen. Ze pikte de essentiële feedback niet op en ging op haar eigen manier verder. Er volgt hieronder een uitleg van de theorie waaruit blijkt dat video- feedback in deze nuttig kan zijn.

3.1 Wat is video- feedback

Het woord video- feedback verraat al veel. Het komt erop neer dat er videobeelden worden gemaakt (in dit geval) van een therapie. De beelden worden door de client en therapeut na de therapie teruggekeken. Er wordt feedback gegeven door de therapeut over de beelden aan de client. Daarin worden observatiepunten besproken.

3.2 Voordelen van video- feedback

Met video- feedback kun je gericht kijken naar concrete gedragingen. Als therapeut kun je eerst zelf de beelden bekijken om te observeren en na te gaan wat je precies wilt zeggen tegen de cliënt. Vervolgens kun je het beeld samen gaan bekijken.

Voordelen zijn dat je deze beelden stop kunt zetten en eventueel terug kunt spoelen. Op deze manier kun je de beelden analyseren en je woorden als therapeut bevestigen en dat dit gaat doordringen tot de cliënt. Dit is een gegeven dat vaak in de theorie terug te lezen is, namelijk dat beelden meer zeggen dan woorden. Ook wel het spreekwoord 'Zien doet geloven'. De video heeft bij dezen de functie als spiegel (R.Fukkink, 2007). Het concrete gedrag wordt zichtbaar gemaakt met de mogelijke consequenties die dat heeft voor de pijn. Fukkink noemt hierbij ook dat je met videobeelden met afstand naar jezelf kan kijken.

Dit geldt voor de cliënt, maar ook voor de therapeut, van wat ook een voordeel is.

Nog een voordeel is dat je samen met de cliënt in een geheel andere context stapt. De opgedane ervaring wordt nogmaals herhaald. En de client kan zelf objectief naar de beelden kijken. Daarbij kunnen gevoelens en gedachten nog wel terug gehaald worden en besproken worden.

Wat misschien wel het meest van belang is wat tot nu toe het effect van video- feedback is uit eerder gedane onderzoeken. Daarin citeer ik het volgende;

Er zijn positieve conclusies uit eerdere kwalitatieve reviews van de effecten van video- feedback, die zich alle uitsluitend hebben gericht op de verandering van het gedrag (Hitchcock e.a., 2003).

Ook volgens Fukkink zijn de resultaten van video feedback positief. Het kan dus leiden tot gedragsverandering. Vaak al naar 1 of 2 keer een videobeeld terug te hebben gezien.

Op de langere termijn kan het enthousiasmerend en motiverend werken (De Lange en Bosscher, 2005). Want de opgedane ervaring en het inzicht van de cliënt is nooit weg. Daar gaat het uiteindelijk om. De ervaring is er mede door de videobeelden. Het kan zijn dat voor iemand het van binnen heel anders voelt dan hoe het er uitziet. Ook voor een pijncliënt. Door videobeelden zou iemand beter de link kunnen leggen tussen het bewegen en de klachten. Daarbij komen zowel interne cognities en gevoelens als extern gedrag aan de orde.

Niet alleen de videobeelden hebben een voordeel. Ook de feedback zelf heeft een aantal functies. De feedback die wordt gegeven gaat volgens feedbackregels. Dit gaat kort gezegd volgens de ik-ik-jij regel (Van der Blink, 2003).

Er zijn 3 functies volgens M. Van der Blink die wordt geciteerd: (Sic reader, paragraaf 1.12 Info 'feedback geven', feedbackregels. Blz. 29).

1. Positief gedrag bevorderen en stimuleren door het te erkennen.
2. Gedrag corrigeren dat het individu niet verder helpt of de eigenlijke bedoeling verbergt of onduidelijk maakt.
3. Relaties tussen mensen verduidelijken en begrip voor elkaar tonen.

Er is genoeg positief gedrag te noemen over video-feedback. Dit allemaal om de hoofdpersoon in proces te zetten. Ook het bespreekbaar van de mindere aspecten van het bewegingsgedrag kan de therapeut aan de orde stellen. Je eigen gevoel kun je gebruiken om dit weer te geven aan de cliënt over welk effect hij kan sorteren op de buitenwereld.

3.3 Nadelen van video feedback

Er kleven ook nadelen aan video-feedback. Video- feedback kan een sterke emotionele respons uitlokken (Fukkink, 2007). Het kan behoorlijk confronterend zijn. Het is belangrijk om te weten dat je toestemming krijgt van de client en dat je als therapeut weet waar je aan begint. De draaglast van de cliënt moet zodanig zijn dat hij of zij de beelden aankan en om er vervolgens wat mee te kunnen, namelijk ander gedrag laten zien. Daarbij is het verstandig te weten of de cliënt niet in omstandigheden verkeert waarin de beelden te veel kunnen worden. Wel is aangetoond dat video-exposure een negatief effect kan hebben op de stemming, dat kan leiden tot angst en spanning (De Lange & Bosscher, 2005). Daarom zal de therapeut ervan bewust moeten zijn wat je allemaal teweeg kan brengen. Iemand die chronische pijn ervaart heeft al genoeg (spier)spanning. Het is niet de bedoeling dat de spanning nog meer toe gaan nemen door de videobeelden.

Daarnaast is ook enige motivatie nodig om daadwerkelijk tot verandering te komen. De cliënt zal open voor feedback moeten staan.

Terug koppeling casus

De hoofdpersoon heeft toestemming gegeven om gefilmd te worden. Nadat ze had toegezegd is ze er eerlijk voor uitgekomen dat ze vaak dacht dat haar bewegingsonrust wel meeviel.

Wat bij de hoofdpersoon vooral het geval was, is dat zij tijdens de activiteit erg druk en onrustig zowel in haar bewegen. Zoals in de inleiding is vermeld gaat bewegen/handelen samen met denken en voelen. De vraag was wat haar onderliggende cognities waren.

Na het bekijken en bespreken van de videobeelden bleek ook dat zij tijdens de therapie erg druk in haar hoofd was. Dit is ook beschreven in hoofdstuk 5, de praktijk. De hoofdpersoon heeft letterlijk gezegd dat de video opnamens niet liegen.

4. Diagnostiek

In dit hoofdstuk ga ik in op de diagnostiek van de casus. Ik heb gekozen voor de hermeneutische en classificerende diagnostiek. Voor de classificerende diagnostiek gebruik ik DSM-IV-TR. Voor de hermeneutische diagnostiek maak ik gebruik van het ICF-model.

4.1 Diagnostiek m.b.v. DSM-IV-TR

Hierin staat zowel de classificerende als de hermeneutische diagnostiek beschreven. Voor de classificerende diagnostiek is er gebruik gemaakt van DSM-IV.

DSM-IV staat voor Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th edition (DSM, 2001). DSM-IV is een classificatie die voor verschillende mensen gebruikt kunnen worden, zoals voor opleiding, hulpverleners of voor onderzoek. Het is een classificatiesysteem die wereldwijd wordt gebruikt. Het voordeel is dat iedere hulpverlener weet heeft van DSM-IV en dat behandelingen gelijk getrokken kunnen worden. DSM-IV maakt gebruik van vijf assen. Per as wordt er naar iets anders gekeken.

AS 1: zijn klinische syndromen, AS 2: persoonlijkheidsstoornissen, AS 3: lichamelijke aandoeningen, AS 4: omgevingsvariabelen en AS 5: mate van functioneren.

De DSM-IV is er nadelig voor de casus, omdat er meer factoren van belang zijn om goed te kunnen diagnosticeren.

AS I: Chronische pijn; fibromyalgie.

AS II: Geen diagnose. Mogelijk een depressie in het verleden wat nooit exact is aangetoond.

AS III: Pijn in nek, schouders, rug, benen en armen.

AS IV: Gescheiden, alleenstaande moeder van een 4-jarige dochter.

AS V: Geen GAF score. (Wel SCL-90 van 141).

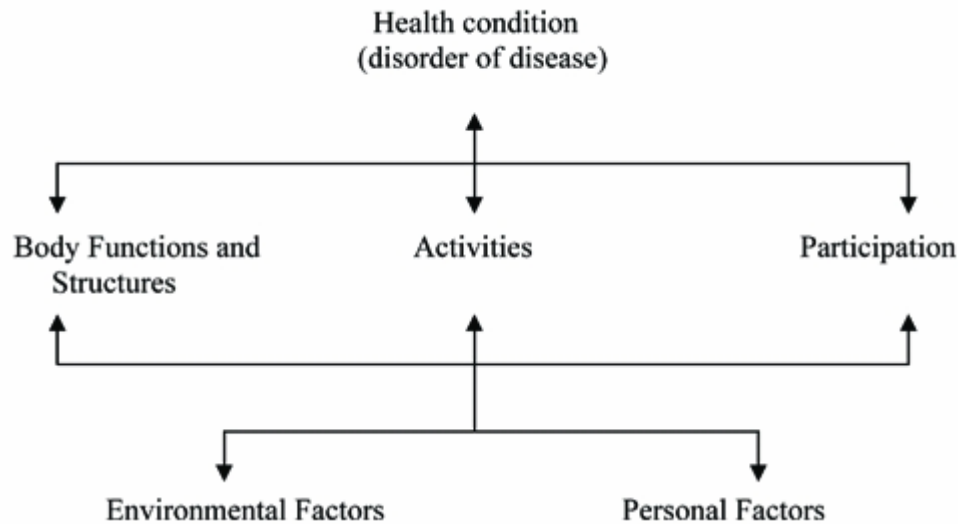
4.2 Hermeneutisch diagnostiek m.b.v. het ICF model

Voor de hermeneutische diagnostiek heb ik het ICF-model gebruikt (figuur 4).

Revalideren heeft volgens Het Roessingh als hoofddoel “Het weer zo optimaal mogelijk kunnen functioneren en participeren in de samenleving”. Het ICF model wordt veel gebruikt in de revalidatie en is door de vele dimensies meer van toepassing bij de casus.

De afkorting ICF staat voor Internationaal Classificatie van het menselijk Functioneren (ICF, 2002). Kort gezegd komt het erop neer dat het een model is waarmee het functioneren in kaart wordt gebracht vanuit verschillende dimensies. De verschillende dimensies hoeft je niet meteen in verband te brengen met elkaar. Je kunt per onderdeel bekijken wat er aan de hand is.

De kernbegrippen zijn: de functies van het lichaam, de activiteiten die iemand uitvoert en de rol die iemand vervult in de maatschappij (participatie).



Figuur 4: ICF model, 2002:

Voor deze casus komt het ICF model er als volgt uit te zien:

Ziekte/aandoening: Chronische pijn fibromyalgie

Functiestoornissen: Mevrouw ervaart pijn in nek, schouders, rug, armen en benen, vermoeidheidsklachten en stijfheid.

Activiteiten: Ze kan alles, met pijn. Haar energie is snel op bij zware activiteiten. Opvoeden en huishoudelijke taken kosten steeds meer moeite.

Participatie: haar pijn staat op de voorgrond waardoor ze niet fulltime kan werken

Externe factoren: alleenstaande moeder van een 4-jarige dochter.

Persoonlijke factoren: Mevrouw wil veel goed doen, kan weinig uit handen geven en gunt zichzelf geen tijd om met vrienden op stap te gaan. Haar taak is om voor haar dochter te zorgen, ze wil zelf de controle houden, ze moet altijd haar doel halen. Mevrouw is zorgcoördinator. Is vroeger mishandeld door haar ouders. Bedreigd door haar ex-man die ook schulden had.

4.3 Behandelstrategieën

Binnen de PMT-Ba worden er gebruik gemaakt van verschillende behandelstrategieën. Ook wel modaliteiten genoemd. Namelijk oefenen, ervaren en ontdekken. Oefenen is gericht op het hier en nu waarbij je als therapeut uitgaat van waarneembaar gedrag. Ervaren is gericht op het hier en nu en daar. Als het probleem helder is kan de cliënt de opgedane ervaring ook meenemen naar een andere context. En ten slotte gaat het bij ontdekken om het hier, nu daar en toen. Daarbij komt het verleden van de client meer aan de orde.

Bij elke behandelstrategie doet een client (lichaams) ervaring op. Op deze manier wordt binnen PMT geëxperimenteerd met bewegings- en lichaamservaringen. In de hoop dat er een integratie volgt van lichamelijke, psychische en sociale aspecten van het functioneren. Er wordt bekeken welke behandelstrategie het beste aansluit bij het proces van de cliënt.

Bij de praktijk staat beschreven welke behandelstrategie is gebruikt bij de therapie van de hoofdpersoon.

4.4 Contra-indicaties van video- feedback

- Cliënt heeft lage draaglast/ is te kwetsbaar
- Cliënt krijgt onvoldoende steun vanuit de omgeving wat betreft de revalidatie
- Cliënt heeft beperkte cognitieve vermogens

5. Praktijk

In dit hoofdstuk zal beschreven worden hoe de hoofdpersoon voor deze case-study aan de slag is gegaan met de video feedback. En hoe de aanpak is geweest van de therapeut.

5.1 Mijn persoonlijke aanpak als Pmt/Ba

In deze paragraaf zal ik beschrijven wat het belang is van het geven van video-feedback. Het is vanuit de ik-visie beschreven, omdat ik denk dat het op deze manier het beste over zal komen. Na elk gemaakte video heb ik deze met de cliënt terug gekeken. Daarin heb ik de gedane observaties met de cliënt gesproken. Voor de observatie heb ik de checklist PMT van Claudia Emck gebruikt. Hier heb ik een aantal observatiepunten uit genomen.

Ik heb tussen de therapieën door de beelden terug gekeken. Dit mede, omdat ze de feedback van de eerste videobeelden toe kon passen bij de volgende therapie. Tijdens het terug kijken heb ik als therapeut een steunende, sturende en corrigerende attitude gehad en heb ik gebruikt gemaakt van de ik-ik-jij feedback regel.

Het opstarten

Voordat ik begon met het filmen bij mijn hoofdpersoon heb ik me eerst verdiept in de diagnostiek van de cliënt. Deze diagnostiek staat beschreven in hoofdstuk 4.1 en 4.2.

Diagnostiek is het verzamelen van gegevens. Wat nodig is om uiteindelijk met de therapieën een bijdrage te kunnen leveren aan de behandeldoelen. Diagnostiek is van belang om de cliënt te kunnen begrijpen. Dan kun je beter aansluiten bij het referentiekader van de cliënt. Als je een cliënt begrijpt kan je als therapeut je empathische grondhouding versterken voor deze cliënt waarbij je automatisch je gevoel kunt inschakelen.

Vanaf het moment dat ik wist dat mijn hoofdpersoon er baat bij kon hebben om gefilmd te worden heb ik het geïntroduceerd. De cliënt gaf zowel schriftelijk als mondeling toestemming om te worden gefilmd. Ik gaf daarbij aan ze met goede bedoelingen werd gefilmd en dat ze er zelf achter moest staan. Uiteindelijk doet ze het voor zichzelf. Enige motivatie is daarvoor nodig.

De cliënt gaf aan dat filmen wel eens beter kon werken voor haar. Als de therapeut tijdens een activiteit haar aanwijzingen gaf en ging doorvragen, dacht de cliënt vaak dat het wel mee viel. Dit was een bevestiging voor mij dat video-feedback goed zou kunnen werken bij de hoofdpersoon.

Het aanbieden

Het filmen gebeurde tijdens het contactmoment met de bewegingsagogie/pmt. Na veel wikken en wegen koos de hoofdpersoon als activiteit om te klimmen.

Ik wilde haar voor het klimmen structuur en veiligheid bieden. Ze was al bekend met klimmen. Dit heeft ze op vrij hoog niveau gedaan. Helaas heeft ze dit door haar pijnklachten opgegeven.

Ik koos voor een meegaande en steunende attitude. Het bleek dat met een meegaande attitude de cliënt aan de slag ging zoals ze normaal gesproken zou doen. Ik besloot haar te laten doen wat ze was gewend. Op die manier kon ze het verschil ervaren in hoe zij handelde en hoe ze kon handelen, namelijk rustiger. Want op de manier zoals ze nu deelneemt aan een activiteit zou ze op de langere tijd niet vol kunnen houden. Ik stelde mijn attitude bij en besloot om meer te corrigeren. Daarbij heb ik haar na laten denken hoe ze het anders kon doen.

De PMT modaliteit die ik in het begin van de therapieën heb gebruikt voor de hoofdpersoon is oefenen. Bij het oefenen ga je uit van waarneembaar gedrag. Daarbij is het probleem duidelijk

en daar werk je naar toe. De cliënt gaat juist dingen doen wat hij nooit eerder heeft ervaren. Deze modaliteit komt overeen met het bewegingsagogische modaliteit leren. Daarbij heb ik haar met de gegeven feedback haar gedrag gecorrigeerd en gezegd dat het haar niet verder helpt.

Bij de tweede keer filmen had ik gebruik gemaakt van de modaliteit ervaren. Ze heeft zelf keuzes gemaakt tijdens het deelnemen en haar voorgenomen punten uitgevoerd. Daarbij heb ik haar met de gegeven feedback het positieve gedrag gestimuleerd en bevorderd.

Uitkomst van eerste video feedback

Observatie:

De hoofdpersoon was erg onrustig als ze het klimmen op haar eigen manier uitvoerde. Ze koos voor het moeilijkste niveau. Daarin handelde ze erg snel. Hiermee bedoel ik dat ze met haar armen meteen aan het zoeken was naar grip om een nieuwe stap te kunnen maken. Ze was in een paar minuten bijna bovenin. Ze heeft het laatste stukje van de klimmuur niet gehaald. Ook was te zien dat ze spanning opbouwde. Haar ademhaling zat bovenin en de spieren in haar armen waren continue aangespannen. Tevens zette ze haar ademhaling vast.

Bespreken van de video:

Ik gaf tijdens het bespreken aan dat ik me zorgen maakte als ik haar zo zag klimmen. De hoofdpersoon gaf aan dat ze het erg confronterend vond.

Wel vond ze het mooi, omdat je ziet hoe ze bezig is. Ze gaf daarbij aan dat ze vaak denkt dat het wel mee valt hoe onrustig ze beweegt. Maar de beelden laten iets anders zien. Het is te zien dat ze snel en onrustig handelt en dat ze zelfs in rust vaak in beweging is en haar schouder fixeert door ze in haar zij te zetten. Ze ziet echt het tegendeel en geeft ook aan dat ze na deze beelden rust momenten te hebben om stil te kunnen staan bij haar gevoel. Ze gaf eerlijk toe dat ze vooraf niet nagedacht had over welke 'route' ze zou willen klimmen.

Na het kijken van de video vertelde ze veel meer dan wat ze tijdens de activiteit terug gaf. Ze zag letterlijk aan haar armen dat ze daar alle kracht met het klimmen uit haalde.

Ook was ze eerlijk in dat ze minder goed luisterde naar de therapeut. Ze stond al weer klaar om nog een keer te gaan klimmen. Daarin heeft ze veel gedachten die een instandhoudende factor kunnen zijn. Enkele gedachten zijn:

- je moet naar boven en het uiterste eruit halen. Als je er vol voor gaat is het goed.
- ze had voordat ze ging klimmen al een doel gesteld. Ze wilde persé het moeilijkste niveau halen.

In haar handelen zag ik dit terug door meteen de moeilijkste kleur te kiezen. Dat doel wilde ze vooral heel snel halen

- als ze met de makkelijkste kleur zou beginnen, zou haar kracht op zijn voor het moeilijkste niveau. Want dat is haar doel. Ze gaf daarbij aan dat ze haar kracht tijdens de eerste keer klimmen al verspild heeft.
- het makkelijkste niveau is een eitje. Is het voor haar misschien ook, maar op dit moment heeft ze ook pijnklachten. Ze gaf ze toe dat dit waarschijnlijk het niveau is wat op dit moment bij haar past. Dit voelt voor haar alsof ze terug bij af is.
- als de moeilijkste kleur niet lukt dan faalt ze. Continue vraagt ze zich af: 'Als ik het maar haal.'

Uit deze gedachten is op te maken dat de cliënt haarzelf veel druk oplegt van binnenuit haarzelf. Ze geeft aan dat ze binnen in haarzelf veel onrust, onvrede en stress ervaart. Vooral bij situaties die ze zelf niet in de hand heeft. Ze wil graag de controle houden, dat is veilig voor haar. Uit de onderliggende cognities komt het handelen. De onrust komt hierbij vanuit haar doelgerichtheid en vooral dat ze die snel zou willen halen.

Wat ze voor de volgende keer mee gaat nemen:

- Ze neemt zichzelf voor om het makkelijkste niveau te nemen
- Ze gaat van te voren een route bepalen en rust tussendoor nemen
- ze wil haar kracht beter verdelen door ook vanuit de benen te klimmen

Dit allemaal door met ander gedrag te experimenteren. Ze beseft dat ze het klimmen op haar eigen manier niet lang volhoudt en dat ze tevens haar gestelde doel niet haalt.

Uitkomst van de tweede video feedback

Observatie:

Wat te zien was in haar bewegen is dat ze veel rustiger deelneemt. Ze gaat op een rustiger tempo naar boven. Ook neemt ze tussen het klimmen door meer rust. Ze kijkt waar ze zich aan vast wil pakken en waar ze haar voeten neer wil zetten. Ze koos voor het meest gemakkelijke niveau. Ze heeft in de loop van de therapie minder spanning opgebouwd dan de eerste keer. Haar ademhaling bleef laag en haar armen spanden zich minder aan. Ook in rust. Toen ze de eerste keer het makkelijkste niveau had gehaald ging ze zitten op een stoel om vervolgens nog een keer te kunnen klimmen. Ze moest ook vaker lachen.

Bespreken van de video:

Ik zei dat ik haar dat ik heel iemand anders heb zien klimmen en dat mijn zorgen weg zijn genomen. En dat in de videobeelden te zien was dat ze wat met de feedback van de vorige keer deed.

De hoofdpersoon kon nu zelf zien dat ze meer beheerst en bewust aan het klimmen was. Ze was rustiger in het neerzetten van haar voeten. Ze nam meer de tijd om naar boven te klimmen. Ook had ze haar doel bijgesteld. Ze koos het meest gemakkelijke niveau.

Ze had nooit geloofd dat rustig aan doen een effect kon hebben. Want ze heeft namelijk ervaren dat een meer rustige deelname haar wat opleverd. Ze heeft een duidelijk verschil gevoeld. Het voelde alsof ze fluitend omhoog ging, met weinig inspanning en een normale ademhaling. Ze heeft gevoeld dat ze bij minder kracht meer kan ontspannen. Ze had na twee keer helemaal de top te hebben gehaald, nog energie over. Het doseren heeft haar dus veel opgeleverd. Ook straalde ze en genoot ze van dit moment van het hier en nu. Dit kon ze en daar ging ze mee akkoord.

Ze heeft altijd willen doorzetten. Met hard werken kom je er wel. En als mensen weinig pit hadden, irriteerde dat haar mateloos. Deze gedachten is door met ander gedrag te experimenteren ontkrachtigd. Het hoeft niet altijd zo te zijn dat je doorzet. Het kan ook tegen je werken. Dat heeft de hoofdpersoon bij deze activiteit gemerkt. De valkuil hard werken blijft er natuurlijk. Maar de ervaring door meer gedoseerd deel te nemen heeft haar mogelijkheden vergroot. In de toekomst, als haar gedrag nog meer is geïntegreerd en haar belastbaarheid is opgebouwd, zou ze het klimmen op de rustige manier willen oppakken. Het heeft haar perspectieven gegeven om verder te kunnen. En ook dat ze dit gedrag in andere contexten dan klimmen kan meenemen.

5.2 Uitkomst van video-feedback

Als de therapeut woorden gebruikt denkt de hoofdpersoon dat haar gedrag meevalt. De therapeut gaf haar feedback zoals: "Ik zie dat je erg snel boven bent, wat maakt dat je dat doet?"

Bij beelden IS het zo, want ze ziet het zelf. Daarin worden de woorden van de therapeut bevestigd.

Voor de hoofdpersoon waren beelden een feit waar ze zelf grip kon krijgen op haar eigen deelname. Tijdens bewegingssituaties is haar valkuil overbelasten het beste zichtbaar. Juist in een andere context kun je de videobeelden laten zien en daarin nogmaals herhalen wat er is gebeurd. Ze geeft toe dat beelden voor haar het beste werken, anders is ze tijdens de activiteit alleen maar met het halen van haar eigen gestelde doel bezig.

De video heeft ze zelf ook meegekregen. Dit geeft haar houvast over hoe ze het heeft uitgevoerd.

5.3 Bespreken van de evaluatie

Videobeelden en feedback daarover werkt voor de cliënt positief. Het is voor haar de beste leerschool. Woorden zeggen niet veel. Beelden wel. Het verschil in haar deelname is echt te zien. Ze vindt het een tactische zet om haar eerst 'aan te laten modderen'. Dat bevestigt voor haar dat ze verantwoordelijk is voor haarzelf en dat dit ook geldt voor haar eigen handelen. Als ze deze beelden niet had gezien was ze op dezelfde manier doorgegaan. Dus op de onrustige manier. Dan had ze klimmen gezien als verplichting en had ze spanningsopbouw gehouden.

Ze heeft inzicht gekregen in haar gedrag met name haar bewegingsonrust, haar houding en haar gedachten. Ze had niet beseft dat de gedachten die ze had, haar ook konden 'bewegen'. Ze wil graag aan opgelegde opdrachten voldoen. Ze beseft dat ze de opdrachten zelf kan maken of dat ze die krijgt van de therapeut. Meer in de zin van: 'U vraagt, wij draaien'. De video met de feedback heeft voor de hoofdpersoon gewerkt als eye-opener. Het ziet er heel ongecontroleerd uit als ze op haar eigen manier klimt.

Ze neemt mee dat ze bij vele situaties eerst na kan denken. Dus van tevoren stil staan bij wat er komen gaat: Hoe kan ik het doen en wat heb ik eraan? Op deze manier kan ze haar gedachten bijstellen en daar vervolgens haar handelen op aanpassen.

Kortom, ze heeft inzicht gekregen in haar eigen bewegingsonrust en haar onderliggende cognities. Ze wist niet dat het bestond om op een andere manier deel te nemen en dat het haar zoveel kon opleveren.

5.4 Resultaat

De hoofdpersoon heeft met behulp van de videobeelden met geheel ander gedrag kunnen experimenteren. Ze heeft beter van tevoren nagedacht over hoe ze wil deelnemen en ze heeft zich andere doelen gesteld. Ze had geen idee dat er andere mogelijkheden had om anders deel te nemen. Haar bewegingsonrust was haar geheel eigen. Ook binnen werksituaties en thuis handelt ze op deze manier. Dit was te zien in haar bewegen: hoog bewegingstempo en veel spanning in de schouders en armen. Ze beseft dat haar onrustige bewegen en niet nagedachte manier van bewegen juist tegen haar kan werken. Alle factoren bij elkaar kunnen leiden tot toename van haar pijnklachten. Door de videobeelden heeft ze inzicht gekregen in haar gedachten en heeft ze ander gedrag laten zien. Het belangrijkste is dat het haar wat heeft opgeleverd. Namelijk dat ze veel meer energie overhoudt als ze op een gedoseerde manier deelneemt. Ze kan haar grens hierin ook aangeven, want juist door meer rustige deelname zijn haar klachten beter voelbaar en kan ze op basis van gevoel besluiten of ze verder gaat met de activiteit of niet.

De hoofdpersoon is tijdens het nabespreken uit de context van een bewegingservaring. Dat maakte bij de hoofdpersoon dat ze niet meer met haar doel bezig was. Haar doel was: het halen van de top. Daardoor kon ze veel beter in het hier en nu blijven en hadden de woorden van de Pmt-er meer kracht. Het drong beter door. Daardoor kon ze veel beter praten over haar gedachten en gevoelens die ze tijdens de therapie had ervaren.

6. Conclusie

Vraagstelling:

Wat maakt video-feedback tot een geschikte interventie om een semiklinische pijncliënt meer inzicht te geven in haar eigen bewegingsonrust en onderliggende cognities?

De conclusie is dat video- feedback een geschikte interventie is. Video- feedback maakt dat door de beelden meer ‘gezegd’ wordt dan woorden. Beelden zorgen ervoor dat de cliënt wordt geconfronteerd met het eigen gedrag. De video is de spiegel. Een mens is meer visueel ingesteld en kan daarom leren van de videobeelden. De beelden zijn feiten. Als een cliënt dit terug ziet kan er een eigen betekenis aan gekoppeld worden en kan er objectief naar zichzelf gekeken worden. De objectiviteit maakt dat een cliënt daadwerkelijk ziet wat er gebeurt en hoe dat kan overkomen op de omgeving. Dus de bewegingsonrust wordt gezien door de cliënt. Voor een pijncliënt kan de bewegingsonrust van binnen anders voelen en kan er anders over gedacht worden, dan wat de beelden laten zien. Daarom is het belangrijk om nogmaals naar de cognities te vragen. Cognities gaan vooraf aan handelen. De vraag die je jezelf als therapeut kan stellen is: “ wat beweegt de cliënt?”. Met behulp van bevragen kan er veel dieper op de probleem ingegaan worden tijdens het bespreken van de video, dan tijdens het klimmen. De cliënt maakte tijdens het klimmen een afwezige indruk tijdens het bespreken. Dit kwam doordat ze graag haar gestelde doel wilde halen. Maar tijdens het bespreken van de videobeelden kon ze vertellen waardoor ze zoveel bewegingsonrust had. Ze erkende dat ze veel cognities had tijdens het klimmen en dat die niet altijd realistisch waren. Er is hiermee een stap naar inzicht gemaakt.

Bewustwording en inzicht is nodig om tot gedragsverandering te komen. Bij de hoofdpersoon is er gedragsverandering te zien. Maar het is de vraag in hoeverre het gedrag geïntegreerd is. Daar is tijd voor nodig. Hier kom ik later in dit hoofdstuk nog op terug.

Ook kunnen de woorden van de therapeut ondersteund worden door videobeelden. Door functies als stilzetten en terugspoelen kunnen bepaalde bewegingservaringen nogmaals terug gehaald worden om beter door te dringen tot de cliënt. Daarin kijk je bewust naar bepaalde bewegingen. De verbale feedback is belangrijk om erbij te geven, want dan weet de cliënt waar er naar gekeken wordt.

Een andere context bij het bekijken van de videobeelden is van belang. Daardoor is de cliënt minder bezig met de bewegingservaring zelf, maar kan iemand veel beter in het hier en nu blijven.

Er is in de Pmt eerder gebruik gemaakt van videobeelden. M. Rekkers heeft bij mensen met eetstoornissen videobeelden gebruikt ter versterking van een positief lichaamsbeleving . Ze noemt dit in haar artikel spiegel- en video-exposure. Therapeutische interventies hierbij onder andere gericht waren op het beteugelen van hyperactief gedrag, het leren genieten van bewegen en het leren omgaan of het vasthouden van controle (De lange & Bosscher, 2005). Er zijn meerdere doelgroepen die voor video-feedback als gedragstherapie aan de orde zouden kunnen komen. Bij chronische pijn bestaan er overbelasters, die actief gedrag laten zien. Meer dan dat ze eigenlijk zouden kunnen. Er zijn aanwijzingen dat veel fibromyalgiecliënten en cliënten met chronische pijn actiegericht zijn en een overactieve leefstijl hadden voor ze klachten kregen (Van Houdenhove e.a., 1995, Van Houdenhove e.a.,2001). Ze hebben dan een vorm van kwetsbaarheid ontwikkeld. Binnen de Pmt wordt er een mate van ‘actie’ verwacht tijdens een bewegingsactiviteit. Een overbelaster zal binnen een bewegingsactiviteit een vorm van (hyper)actief gedrag laten zien. Om beter tot mensen met chronische pijn door

te laten dringen kunnen videobeelden dit versterken en te confronteren met het bewegingsgedrag. Van binnen kan het anders voelen en kan men anders over het bewegen denken, dan hoe het bewegen er daadwerkelijk uit ziet. Voor de overbelasten binnen deze doelgroep kan video-feedback een uitkomst zijn, ook voor de onderbelasten. Vaak wordt er gedacht door een cliënt dat hij/zij veel doet. In werkelijkheid is dit niet altijd zo. Ook daarbij kunnen videobeelden gebruikt worden om de cliënt met zijn gedrag geconfronteerd te worden.

Mogelijk zal er een vervolg kunnen worden gegeven met een therapievorm genaamd Acceptance and commitment therapie (ACT). Dit is een vorm van cognitieve gedragstherapie. De therapieën zijn hierbij vaak ervaringsgericht. Hierbij is het de kunst om iemand ook tijdens de therapie in het hier en nu te laten zijn. Dus juist gericht zijn op wat goed gaat en wat iemand wel kan op dat moment. Het hoofddoel van ACT is iemand uit zijn lijden te verlossen en een waardevol leven te creëren. (Freeman e.a. 2005)

Het kan voorkomen dat iemand niet gelukkig door de beperkingen die chronische pijn of fibromyalgie geven. Juist door iemand te laten ervaren wat nog wel mogelijk is, kan de pijn positiever benaderd worden.

Bij de hoofdpersoon is het van belang dat ze op den duur meer gaat voelen en niet alleen te denken. Juist door ACT toe te passen en in het hier en nu te zijn, wordt de hoofdpersoon meer gedwongen om stil te staan bij haar eigen gevoel en te genieten wat ze wel kan. In de hoop dat ze haar beperking gaat accepteren en dat ze positiever over haarzelf denkt en voelt. Ook in andere contexten.

Een volgende keer dat ik de videocamera ga gebruiken om een cliënt tot meer inzicht in het bewegingsgedrag en onderliggende cognities te laten krijgen, dan zou ik de cliënt vaker dan twee keer filmen. Ook het bespreken met de feedback wordt dan vaker gedaan. Zodat er niet 1 keer, maar structureler verbetering te zien is. De transfer naar andere contexten kan dat ook beter gemaakt worden, omdat het gedrag meer geïntegreerd is. Voor de cliënt bedoel ik met gedrag het meer gedoseerd bewegen en eerst een plan van aanpak maken. Dus eerst denken, dan doen. Ook haar cognities om haar eigen gestelde doelen te moeten halen is beter bijgesteld worden. Ze kan dan bij haarzelf nagaan of haar doel ook realistisch en haalbaar is voor haar op dat moment.

.

Literatuurlijst

- Beck, J.S. (1995). *Cognitive therapy: basics and beyond*. New York: Guilford Press.
- Blink van der, M. (2003). *Sic reader*. Hogeschool Windesheim. Zwolle.
- Bruijn de-Kofman, A. (2004). *Leven met chronische pijn*. Bohn Stafleu Van Loghum. Houten.
- Dillard, J.N. (2002). *Het pijn boek; chronische pijn de baas*. Archipel Amsterdam-Antwerpen.
- DSM-IV-TR. American psychiatric association.
- Emck, C. *Checklist PMT*.
- Freeman A., Felgoise S.H., Nezu C.M., Nezu A.M., Reinecke M.A. (2005). *Encyclopedia of Cognitive Behavior Therapy*. Springer US.
- Fukkink, R. (2007). *Video-feedback in breedbeeld-perspectief . Een meta-analyse van de effecten van video-feedback in gezinsprogramma's*. SCO-Kohnstamm Instituut. Amsterdam.
- Hitchcock, C.H., Dowrick, P.W. & Prater, M.A. (2003). *Video self-modelling intervention in school-based settings: A review*. *Remedial and Special Education*, 24(1), 36-45.
- Köke A. e.a.(2005). *Consensus rapport pijnrevalidatie Nederland*. Pijn kennis centrum Maastricht.
- Lange de, J. & Bosscher, R.J. (2005). *Psychomotorische therapie in de praktijk*. Cure & care publishers. Nijmegen.
- Meijden van der, H. & Bosscher, R.J.(2007). *Psychomotorische therapie voor mensen met chronische pijn: een methodisch raamwerk*. Lectoraat bewegen en gedragsbeïnvloeding. Zwolle.
- RIVM. (2001). *ICF World health organization*. Bilthoven.Bohn Stafleu Van Loghum. Houten.
- Samwel, H., Meer van, T. & Crul, B. (2002). *De psycholoog als pijnbehandelaar*. Uitgeverij coutinho b.v. Bussum.
- Vlaeyen, J., Kole-Snijders, A., Eek van, H. (1996). *Chronische pijn en revalidatie. Praktijkregels gedragstherapie*. Bohn Stafleu Van Loghum. Houten.
- Vlaeyen, J.W.S., Linton, S.J. (2000). *Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art*. *Pain*, 82, 317-332.
- *Intranet.roessingh.nl*. ZOM (2006).

Bijlage 1

Observatielijst video- feedback volgens de PMT checklist (C. Emck)

I Uitdrukkingsmotoriek

- a. Bewegingsbeeld en houdingsbeeld
- b. Energieniveau
- c. Naar binnen of buiten gericht

II Handelingsmotoriek

- a. Doorzettingsvermogen
- b. Inschatting van motorische vaardigheid, prestatiemotivatie

III Spelgedrag

- a. Positie keuze- in de ruimte
- b. Speelstijl- doelgericht/resultierend, herhalend/ rigide

IV Ervaring van lichamelijkeheid

- a. Lichaamsbeleving- spanningsklachten

V Verbaal en non-verbaal contact

- a. T.a.v. de therapeut- aangaan of afweren, initiatief of afwachten
- b. Algemene tendensen- spanningsbronnen, omgaan met kritiek of complimenten, hulp vragen of accepteren, inzicht in zichzelf

Bijlage 2:

Evaluatie video-feedback: Is er daadwerkelijk aan het inzicht gewerkt hoe je op een andere manier kan deelnemen aan (bewegings)activiteiten.

1. Wat vond je ervan om gefilmd te worden?
2. Wat hebben de videobeelden je opgeleverd?
3. Wat vind je van jouw deelname aan de activiteit?
4. Heb je handelingen van jezelf gezien die je nog niet wist van jezelf?
5. Hoe vind je het om op een andere manier aan een activiteit deel te nemen?
6. Kan je jouw deelname aan activiteiten koppelen naar andere activiteiten, bijvoorbeeld hoe je deelneemt aan het huishouden?
7. Wat ga je meenemen voor jezelf nu je deze beelden hebt gezien?
8. Vind je dat je meer inzicht hebt gekregen in je eigen bewegingsgedrag?
9. Zo ja, waarin heb je meer inzicht gekregen?