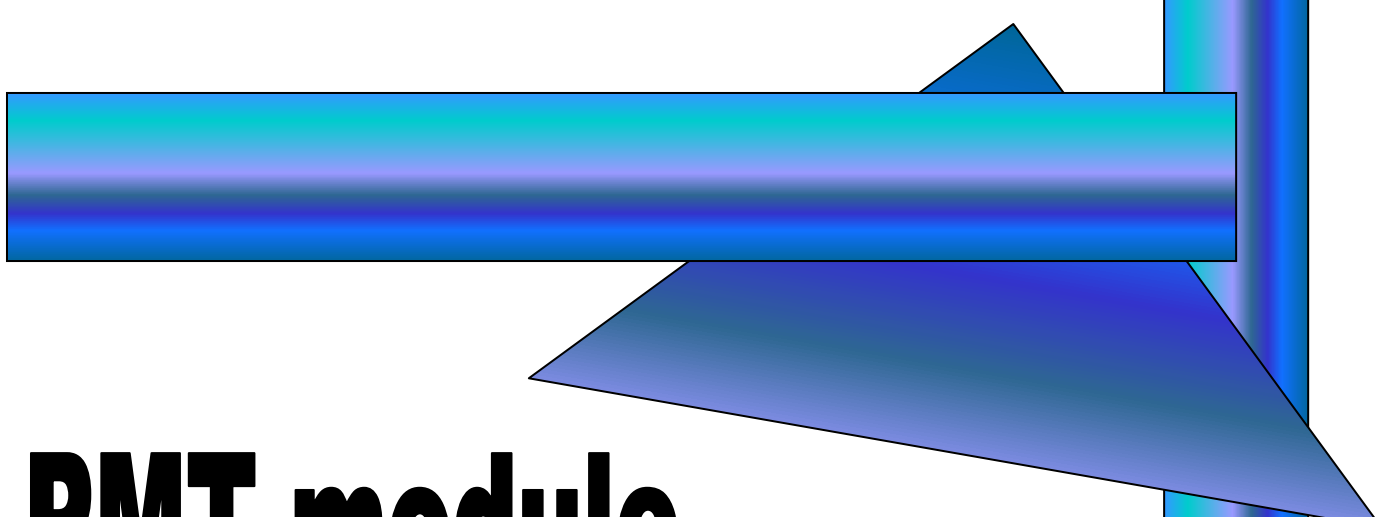




PMT module

voor mensen met chronische pijnklachten.

‘Een schreeuwend lichaamssignaal’.

Student: Céline Scholten.

Datum: 18 juni 2010.

Beoordelend docent: Maurits Uijting.

Begeleidend docent: Ad van de Ven.

School: Christelijke Hogeschool Windesheim.

Opleiding: Psychomotorische therapie en Bewegingsagogie.

‘Een schreeuwend lichaamssignaal’.

Inhoudsopgave.

Voorwoord.	3
Inleiding.	4
1. Informatie over het Roessingh.	
1.1. Algemene informatie revalidatiecentrum Roessingh.	5
1.2. Specifieke informatie over het Roessingh.	5, 6
1.3. Afdeling bewegingsagogie.	6, 7
2. Uitwerking doelgroep.	
2.1. Wat is chronische pijn?	8
2.2. Verklaringsmodellen chronische pijn.	8 - 11
2.3. Behandeling chronische pijnpatiënten op het Roessingh.	11, 12
2.4. Het uitgangspunt van de behandeling op het Roessingh.	12, 13
2.5. Wat mist de behandeling chronische pijn nog op Roessingh?	13 - 15
3. Behandeling volgens een methodisch raamwerk.	
3.1. Probleemgebieden bij de PMT behandeling van chronische pijn.	15 - 17
3.2. Aandachtsgebieden en thema's.	17
4. Vormgeving van de module.	
4.1. Opzet van de module.	17, 18
4.2. Doelstelling van de module.	18
4.3. Groepssamenstelling.	19
4.4. Theoretische referentiekaders.	19, 20
4.5. Uitwerking voorbeeldactiviteiten.	20 - 23
Conclusie.	24
Literatuurlijst.	25, 26

Bijlagen.

Bijlage 1. ICF classificatie-items in relatie tot indicatie, doelen en behandelingen voor psychomotorische therapie.

Bijlage 2. Scoreformulier ICF classificatie-items PMT voor mensen met chronische pijn.

Voorwoord.

Voor u ligt een module Psychomotorische therapie voor chronische pijnpatiënten. Deze module is een onderdeel van mijn afstudeerproject, voor de opleiding Psychomotorische therapie en Bewegingsagogie aan de Christelijke Hogeschool Windesheim.

De aanleiding om een module voor deze doelgroep te schrijven, komt voort uit mijn stage, op het Revalidatiecentrum 'Het Roessingh', te Enschede. Ik liep bij deze instelling stage op de afdeling bewegingsagogie, met de doelgroepen chronische pijn en chronische vermoeidheid. Gedurende mijn stage, merkte ik dat de doelgroep chronische pijn voor mij onbekend terrein was. Het trok mijn interesse, omdat het een vrij complexe stoornis is. Daarnaast werd er geen psychomotorische therapie aangeboden op deze afdeling, waar ik zo mijn vraagtekens bij had.

Gedurende de opleiding, heb ik meerdere malen het boekje van Henriette van der Meijden voorbij zien komen. Zij heeft een methodisch raamwerk geschreven voor psychomotorische therapie, voor mensen met chronische pijn. Hierin beschrijft zij een aantal thema's, welke gebaseerd zijn op de behandeling van chronische pijnpatiënten. Nadat ik in dit boekje had gebladerd en de thema's had bekeken, ging er bij mij een lampje branden. Zou ik deze thema's niet kunnen gebruiken voor het schrijven van een module voor deze doelgroep?

Na heel wat uurtjes achter de laptop en veel gesnuffel in boeken en op internet, is dit dan het resultaat. Uiteindelijk heb ik het allemaal zelf gedaan, maar toch wil ik nog een aantal mensen bedanken voor hun begeleiding en steun.

Allereerst wil ik Ad van de Ven bedanken voor zijn begeleiding en feedback. De communicatie was in het begin niet altijd even gemakkelijk, maar uiteindelijk heb ik veel aan zijn begeleiding gehad.

Daarnaast wil ik mijn stagebegeleidsters, Lilian Wennemars en Nardi Savonije bedanken voor hun begeleiding op mijn stage.

En als laatste wil ik mijn zus, Wendy bedanken voor haar begrip en steun. Zij heeft heel wat uurtjes zonder onze laptop door moeten brengen, maar heeft me altijd gesteund. Ook op momenten dat ik het even wat minder ging.

Dan rest mij nu alleen nog de taak, om u heel veel leesplezier te wensen!

Céline Scholten.

Inleiding.

Voor het schrijven van deze module en het artikel, heb ik een vraagstelling gemaakt, die aansluit bij mijn eindstage. Op mijn stage waren ze benieuwd naar de bijdrage van psychomotorische therapie, binnen het huidige revalidatieprogramma van het revalidatiecentrum 'Het Roessingh'.

De vraagstelling die hieruit voortkwam is de volgende:

Op welke wijze kan PMT, met de ontwikkeling en uitvoering van een concrete PMT-module, een bijdrage leveren aan het revalidatieprogramma van mensen met chronische pijn op het Roessingh?

Om een antwoord te kunnen geven op deze vraagstelling, heb ik het een en ander moeten onderzoeken. In de hierop volgende hoofdstukken, is dan ook het nodige aan literatuur onderzoek verwerkt.

Het eerste hoofdstuk is een beschrijving van mijn stageplaats 'Het Roessingh'. De algemene en specifieke informatie komen aanbod. Zo ook, de afdeling bewegingsagogie.

Het tweede hoofdstuk staat in het teken van de doelgroep. Allereerst zal ik een uitleg geven over wat chronische pijn is. Daarna volgt een theoretisch gedeelte over de verklaring van chronische pijn.

Dit hoofdstuk zal ik afronden met de beschrijving van de huidige behandeling van chronische pijn op het Roessingh en een conclusie over het gemis van de huidige behandeling.

In het derde hoofdstuk doe ik een literatuur onderzoek, naar de PMT behandeling van chronische pijnpatiënten, volgens een methodisch raamwerk.

De opzet en vormgeving van een PMT module, is terug te vinden in hoofdstuk 4. Allereerst komt de verantwoording van verschillende keuzes aanbod. Daarna zal ik een opsomming van voorbeeldactiviteiten geven, die gekoppeld zijn aan het methodische raamwerk.

Dit verslag zal worden afgerond met een conclusie, die het antwoord op de vraagstelling omvat.

1. Informatie over het Roessingh.

1.1. Algemene informatie over het Roessingh.

Het Roessingh is een revalidatiecentrum voor kinderen en volwassenen met een fysieke beperking. De fysieke beperkingen zijn het gevolg van een ziekte, een ongeval of van een aangeboren aandoening.

Het Roessingh is onderverdeeld in 6 organisatorische groepen, dit zijn de RVE's (Resultaat Verantwoordelijke Eenheden). Een RVE bestaat uit verschillende behandelaars en wordt aangestuurd door een procesmanager of een medisch coördinator. Ieder RVE is gespecialiseerd in een bepaalde doelgroep. Hieronder een overzicht van de desbetreffende RVE's en de daarbij horende doelgroepen:

Tabel 1: Overzicht RVE verdeling.

	Doelgroep en diagnose.
RVE 1	Kinderen 0-4 jr. <i>Diagnose</i> DCD, FK, MOS.
RVE 2	Kinderen. <i>Diagnose</i> KOV, CP, NMA.
RVE 3	Volwassenen. <i>Diagnose</i> Amputatie, orthopedie, trauma, dwarslaesie, MS, Parkinson.
RVE 4	Volwassenen. <i>Diagnose</i> CVA (motorisch beperkt).
RVE 5	Volwassenen. <i>Diagnose</i> CVA (cognitief beperkt), NMA, NAH, ALS, long en cardio, AK, AE.
RVE 6	Volwassenen. <i>Diagnose</i> Chronische pijn, chronische vermoeidheid, oncologie.

Het Roessingh is gespecialiseerd in het behandelen en begeleiden van mensen met problemen in het houdingsbeeld of in het bewegingspatroon. Zowel lichte als zware beperkingen komen voor, maar ook zichtbare en onzichtbare.

Er worden zowel klinische als poliklinische behandelingen aangeboden en iedere behandeling is afgestemd op het individu.

1.2. Specifieke informatie over het Roessingh.

Het revalidatieprogramma is onderverdeeld in 3 groepen, namelijk de volwassenrevalidatie, kinderrevalidatie en de pijnrevalidatie.

De volwassenrevalidatie is met name gericht op het volledig (zover dat mogelijk is) herstellen van de lichamelijke beperking. Daarbij worden ook de gevolgen van deze beperking in behandeling genomen.

Naast de behandeling op het gebied van mobiliteit, wordt er ook gekeken naar andere dagelijkse activiteiten, zoals verzorging, werk en vrijetijdsbesteding.

Verder wordt er nog gekeken naar eventuele aanpassingen in huis, hulpmiddelen of andere voorzieningen.

Eens in de 4-5 weken vindt er een patiëntenbespreking plaats met de behandelende revalidatiearts. Tijdens deze bespreking wordt de voortgang van de therapie doorgesproken en worden eventuele doelen bijgesteld.

De kinderrevalidatie is erop gericht om de mogelijkheden van het kind maximaal te benutten. Ouders worden in het behandeltraject van de kinderen intensief betrokken. De kinderrevalidatie omvat verschillende leeftijdsgroepen. Te beginnen bij de peuters en kleuters, opgevolgd door kinderen en adolescenten.

De behandeling van de kinderen vindt plaats in een multidisciplinair team. Verschillende behandelaars werken nauw samen om tot een zo goed mogelijk resultaat te komen. Voor de kinderen die intern zijn opgenomen is het ook mogelijk om, tijdens hun revalidatie, naar school te gaan. Naast het revalidatiecentrum is een onderwijscentrum gevestigd. Dit onderwijscentrum werkt nauw samen met het revalidatiecentrum, zodat de kinderen geen verantwoording af hoeven te leggen wanneer ze therapie hebben onder schooltijd.

Mensen met chronische pijnklachten en chronische vermoeidheid, die niet meer op een andere medische wijze geholpen kunnen worden, kunnen bij het Roessingh terecht. De behandeling van deze doelgroep is gericht op de invloed van de pijn op het leven. In de meeste gevallen staat de pijn centraal, maar gedurende de behandeling proberen de behandelaars het leven weer centraal te laten staan.

Het uitgangspunt van de behandeling is dat de patiënt weer zo goed mogelijk kan deelnemen aan de huidige maatschappij.

Op het Roessingh zijn meerdere behandelaars actief tijdens de revalidatiebehandelingen. Alle behandelingen, voor kinderen, volwassenen en de pijnrevalidatie, zijn multidisciplinair. Niet alleen de beperking in de houding of de beweging wordt aangepakt, maar ook de beperking op andere gebieden.

Om op al deze gebieden begeleiding te kunnen bieden, zijn een tal van behandelaars actief. De volgende behandelaars zijn aanwezig en kunnen ingezet worden, wanneer daar vraag naar is:

- | | |
|---|---|
|  Activiteitentherapeut. |  Logopedist. |
|  Arbeidsrevalidatie. |  Maatschappelijk werker. |
|  Bewegingsagoog. |  Orthopedagoog. |
|  Creatief therapeut. |  Pedagogisch medewerker. |
|  Diëtiste. |  Psycholoog. |
|  Ergotherapeut. |  Revalidatiearts. |
|  Fysiotherapeut. |  Verpleegkundige |
|  Geestelijk verzorger. | |

1.3. Afdeling bewegingsagogie.

Tijdens mijn eindstage, heb ik op deze afdeling meegelopen. Ik heb voornamelijk de doelgroep chronische pijn en chronische vermoeidheid behandelt.

De afdeling bewegingsagogie wordt ook wel gezien als de sportafdeling. De bewegingsagoog biedt sport en spelactiviteiten aan en richt zich op het houdingsbeeld en de bewegingsvaardigheden van de patiënten. Een groot gedeelte van de behandeling staat het thema ‘belasting en belastbaarheid’ centraal.

Het doel dat wij nastreven is om mensen inzicht te geven in hun eigen handelen en in hun (bewegings)mogelijkheden, door zoveel mogelijk ervaringsgericht activiteiten aan te bieden. De BA wordt ook ingezet om systematisch en bewust het bewegen en het daarbij passende gedrag te beïnvloeden. Door het bewegen en het gedrag te beïnvloeden, proberen we een balans te creëren tussen deze 2.

De bewegingsagogie heeft verschillende onderdelen in het behandelprogramma, waarbinnen zij hun doelen uit proberen te oefenen. De activiteiten variëren veel en op ieder gebied zijn weer andere doelen te behalen.

De activiteiten die door de bewegingsagogie worden verzorgd zijn:

-  Bewegen op muziek (vooral met kinderen).
-  Conditietraining.
-  Functionele trainingstherapie.
-  Judo en stoeivormen (kinderen).
-  Nordic walking (volwassenen).
-  Rolstoeltraining (niveau 1 voor beginners, niveau 2 voor gevorderden).
-  Spinbiken.
-  Valtraining.
-  Zaal sport (sportgroep beginners in rolstoel, sportgroep gevorderden in rolstoel, sportgroep beginnende lopers, sportgroep gevorderde lopers, individueel, groepen).
-  Zwemmen (niveau 1 individueel, niveau 2 beginners, niveau 3 gevorderden).

Om een behandeling succesvol te laten verlopen, zijn er een aantal uitgangspunten die bij iedere behandeling na worden gestreefd, namelijk:

-  Alle revalidanten moeten op hun eigen manier deel kunnen nemen aan de activiteiten, met respect voor het persoonlijke gedeelte.
-  Er wordt gestreefd naar een hoogst haalbare zelfstandigheid op fysiek gebied en in het nemen van eigen initiatieven en verantwoordelijkheden.
-  De bewegingsagoog moet in de mogelijkheid zijn om activiteiten op verschillende bewegingsniveaus aan te bieden, zodat iedere deelnemer kan participeren.
-  Er wordt gestreefd naar groepscohesie en onderlinge ondersteuning, maar het gedrag van de een revalidant mag de participatie van de andere revalidanten niet beïnvloeden.
-  De bewegingsagoog ondersteunt de revalidanten met zijn leerhulp, op momenten dat het bewegen op het niveau van de beperking niet tot stand komt.

Bij de afdeling bewegingsagogie, proberen wij de revalidanten terug te brengen naar hun basis en vanaf daar op te bouwen. Door ze te laten ervaren waar hun basis ligt, komen ze tot inzicht in hun eigen mogelijkheden.

Een groot deel van de revalidanten, krijgen bij afronding nog een eindgesprek met de bewegingsagoog. Gedurende de weken dat er wordt afgebouwd en wordt gewerkt naar het einde van de behandeling, proberen we te achterhalen of de revalidanten nog verder willen gaan met sporten. Zo proberen we alvast wat informatie op te doen voor het eindgesprek. Bij het eindgesprek wordt er een sportadvies afgegeven aan de patiënten. In dit sportadvies krijgen ze te horen, met welke sport wij vinden dat ze door zouden moeten gaan en welke sport belangrijk voor ze is om mee door te gaan. Hierbij krijgen ze ook alle informatie die ze nodig hebben, mochten ze zich aan willen melden voor deze sport. Daarnaast kunnen ze ook hun eigen voorkeur doorgeven en kunnen ze ook hier informatie over krijgen.

2. Uitwerking doelgroep.

2.1. Wat is chronische pijn?

Chronische pijn is een stoornis, die bij iedereen voor kan komen. Chronische pijn houdt eigenlijk in dat je chronisch (altijd) last hebt van pijn. Je krijgt de diagnose chronische pijn, wanneer het minimaal 6 maand duurt. Duurt het korter dan 6 maand, dan kun je spreken van acute pijn.

Er zijn verschillende vormen van chronische pijn. Het kan op verschillende plaatsen ontstaan, maar het kan ook verschillend voelen. Je kunt bijvoorbeeld denken aan rugpijn, nekpijn, kniepijn, maar ook aan stekende pijn, zeurende pijn, een verkrampende pijn, enz.

Pijn is iets wat je niet kunt zien, maar wat er toch is. Het wordt een subjectieve klacht genoemd. Dit is ook gelijk het punt, waarom het voor behandelaars erg moeilijk is om met deze problematiek te werken. De persoon zelf voelt de pijn wel, maar kan het niet laten zien. En hoe erg de pijn is, is ook moeilijk aan te geven. Het zijn geen gegevens die opgemeten kunnen worden, zoals bijvoorbeeld het gewicht van iemand.

Iedere persoon ervaart de pijn voor zichzelf. Zo kan het zijn dat de ene persoon hevige pijn ervaart, hoewel dat voor een ander misschien maar een lichte vorm van pijn is.

De frequentie van de pijn is ook bij iedereen nog weer verschillend. Er zijn mensen die voortdurend pijn hebben, maar er zijn ook mensen die plotselinge pijnaanvallen hebben.

Chronische pijn kan veroorzaakt worden door een ziekte of letsel wat is overgebleven na een ongeval. Chronische pijn wordt ook wel somatische pijn genoemd, omdat het een gevolg is van een lichamelijk lijden. Het kan ook zijn dat er geen lichamelijke afwijking gevonden kan worden, bijvoorbeeld bij fibromyalgie.

Dan is er nog een onderscheidt, tussen *goedaardige pijn* en *kwaadaardige pijn*. Bij goedaardige pijn is er geen sprake van een kwaadaardige ziekte. Bij kwaadaardige pijn wel, bijvoorbeeld bij kanker.

2.2. Verklaringsmodellen chronische pijn.

De oorzaken van pijn zijn moeilijk te noemen. Helemaal bij mensen met chronische pijn. Het kan voorkomen dat er geen verband is tussen de pijn en de oorzaak, maar het kan ook zijn dat er geen oorzaak gevonden kan worden voor de pijn.

Pijn is een heel complex gebeuren. Fantoompijn wordt veroorzaakt door een fout in de hersenen. Wanneer er een lichaamsdeel mist, wordt hiervan geen seintje doorgegeven aan de hersenen. De hersenen raken hierdoor in de war, omdat het missende lichaamsdeel geen prikkels meer uit kan zenden. Hierdoor gaan de hersenen hun eigen gang, door pijn uit te zenden. Het lichaamsdeel is er niet meer, maar de pijn wordt nog wel gevoeld in dat lichaamsdeel.

Een andere vorm van pijn is 'verwijzende pijn'. Pijn kan op plaatsen voorkomen, terwijl er op een hele andere plaats iets aan de hand is. Zo kan een stoornis in de galblaas, schouderpijn tot gevolg hebben. Dus op de plekken waar mensen pijn voelen, is er eigenlijk niets mis, maar juist op hele andere plaatsen.

De oorzaak van chronische pijn is moeilijk te onderzoeken. Er zijn geen modellen of technieken gevonden, die binnen 1 dag kunnen aanwijzen waar de oorzaak van de pijn zit. Daarentegen zijn er wel verklaringsmodellen gemaakt, die een verklaring zouden kunnen geven van de pijn.

In het boek ‘Leven met chronische pijn’¹ worden verschillende verklaringsmodellen genoemd. Hieronder een opsomming van de verschillende modellen en de daarbij horende uitleg.

Fouten in het apparaat of in het programma.

Pijn kan het gevolg zijn van een aandoening in je lichaam en/of hersenen, maar het kan ook een gevolg zijn van je manier van denken, gevoelens of je leerervaringen. In dit verklaringsmodel worden het lichaam en de hersenen als het ‘apparaat’ gezien en je manier van denken, je gevoelens en je leerervaringen als het ‘programma’.

Fouten die voorkomen in het apparaat, kunnen we proberen te herstellen door medische ingrepen. Vaak kan er door middel van een operatie heel wat in het lichaam hersteld worden. Dit zou tot gevolg kunnen hebben dat de pijn verdwijnt. Dit is echter niet altijd het geval. Pijn dat voortkomt uit een fout in het programma, moet op een andere manier hersteld worden. De manier van denken over pijn en emoties moet worden aangepakt. Er moet een andere vorm van omgaan met de pijn worden aangeleerd. Bij een positievere instelling en positievere gedachten, zou het de pijn kunnen verminderen. Je richt je dus meer op de omgang dan op de oorzaak van de pijn.

Sporen in het zenuwstelsel.

Bij een langdurige en/of extreme pijn, laat dit zijn sporen na in het zenuwstelsel. Doordat de pijn langdurig aanwezig is geweest of doordat het hele extreme pijn was, worden de geleidingsbanen van de pijnprikkels steeds gevoeliger. Dat wil zeggen, dat de pijnprikkel lang niet zo groot meer hoeft te zijn om een signaal door te geven, maar dat deze drempel veel lager komt te liggen.

Het zenuwstelsel van mensen met chronische pijn is gevoeliger geworden voor pijnprikkels. De pijn wordt ook gemakkelijker verspreid over het lichaam, met als gevolg dat er op meerdere plaatsen pijn wordt ervaren.

De juiste aanpak is een methode waarmee je de pijnervaring kunt beïnvloeden.

Belasting en belastbaarheid.

Door overbelasting, neemt je lichamelijke en geestelijke belastbaarheid af. Wanneer je teveel vraagt van je lichaam, heeft dit zo zijn gevolgen. Pijn kan een gevolg zijn van overbelasting. Wanneer er geen gehoor wordt gegeven aan deze vorm van pijn, kan de pijn chronisch worden. De pijn is bij dit verklaringsmodel een lichaamssignaal. Het laat weten dat je niet op dezelfde wijze verder kunt. Door alsmaar door te gaan, blijf je het lichaam en de geest overbelasten en raakt je belastbaarheid steeds verder achter.

Deze neerwaartse spiraal kan doorbroken worden door de vermindering van je belastbaarheid te accepteren en weer langzaam op te bouwen.

De bovenstaande verklaringsmodellen waren gebaseerd op het ontstaan van pijn. De volgende verklaringsmodellen zijn gebaseerd op het feit dat de pijn al aanwezig is. Je kunt het ook zien als onderhoudende factoren.

Pijn en stress.

Zoals bij punt 3 beschreven, kan stress tot pijn leiden. Een gevolg van pijn is spierspanning. Veel mensen met nek, rug en schouderklachten bouwen spanning op in dit gebied. Er zijn verschillende gebeurtenissen waar je gespannen van kunt worden; druk op het werk, verlies

¹ Alexandra de Bruijn-Kofman, ‘Leven met chronische pijn’ (2004).

van vrienden of familie, enz. Door langdurige spierspanning, wordt de toevoer van zuurstof naar de spieren beperkt en vindt verzuring van de spieren plaats.

Pijn en stress zijn dus eigenlijk geen verklaring van chronische pijn, maar een onderhoudende factor.

Een manier om deze spierspanning te doorbreken, zijn ontspanningsoefeningen.

Pijn en aandacht.

Bij langdurige pijn, wordt de aandacht ook steeds meer op de pijn gevestigd. Je gedachten worden continu naar de pijnplek getrokken, met name om te controleren of de pijn niet verergerd is.

Doordat je met je gedachten bij de pijn bent, ben je je bewust van de pijn. Dit zorgt ervoor dat je de pijn ook heel bewust voelt. Wanneer je aandacht continu is gevestigd op de pijn, heeft dit weer gevolgen voor het waarnemingssysteem.

Het pijnwaarnemingssysteem wordt overgevoelig voor pijn, zonder dat er lichamelijke schade toeneemt of afneemt.

Om je gedachten op iets anders te kunnen richten, zou je hiervoor in therapie kunnen gaan. Spontaan bewegen is een mooie vorm van afleiding.

Pijn, denken en emoties.

Zoals hierboven beschreven heeft aandacht op pijn een invloed op het voelen van de pijn. Zo hebben bepaalde gedachten en emoties ook een invloed op de pijnvaring.

Door een negatieve betekenis te verlenen aan pijn of door negatieve gedachten over de pijn, zal de pijn in stand blijven en op den duur misschien wel verergeren.

Mensen met chronische pijn zijn vaak niet meer zo positief ingesteld. Ze zitten in continue onzekerheid. Waar komt de pijn vandaan? Waarom vinden ze niets? enz. Deze gedachten hebben als gevolg een verhoging van de spierspanning en al deze reacties leiden tot meer pijn. Door psychomotorische therapie, zou je deze negatieve gedachten kunnen leren herkennen en zou je ze om kunnen zetten in positieve gedachten.

Pijn en angst om te bewegen.

Angst om te bewegen is een veel voorkomend verschijnsel bij mensen met chronische pijn.

Door te bewegen zijn ze bang om meer pijn te krijgen en ontzien het bewegen. Hierdoor gaat de lichamelijke conditie achteruit en wordt de belastbaarheid minder.

Door de gedachten, dat pijn zal verergeren bij fysieke inspanning, ontzien ze steeds meer activiteiten en raken ze in een isolement. Dit kan een depressie tot gevolg hebben.

Om te voorkomen dat patiënten depressief worden, is het belangrijk dat ze op een rustige manier leren bewegen. Ze moeten vanaf de basis weer beginnen met opbouwen.

Pijn en depressie.

Zoals ik hierboven al beschreef, kan het voorkomen dat mensen met chronische pijnklachten ook depressief zijn. Pijn en depressie werken in tegengestelde richting op elkaar in.

Depressieve klachten kunnen een risicofactor zijn voor het ontwikkelen van chronische pijn. En zo kan chronische pijn een depressie tot gevolg hebben.

Zowel bij een depressie als bij chronische pijn, spelen negatieve gedachten een grote rol. Bij de behandeling van mensen met chronische pijn gecombineerd met een depressie verdient extra aandacht tijdens de behandeling. Zowel de negatieve gedachten over de pijn als de negatieve gedachten vanuit de depressie dienen behandeld te worden.

Pijn en gedrag.

Zoals in de voorgaande verklaringsmodellen als is gebleken, hebben gedachten, emoties en gedrag een grote invloed op de instandhouding van de pijnklachten.

Bij langdurige en continue pijn, wordt er pijngedrag ontwikkeld. Alle gebeurtenissen die plaatsvinden en alle activiteiten waar aan wordt deelgenomen, zijn afhankelijk geworden van de pijn.

Het pijngedrag wordt beïnvloed door omgevingsfactoren. Deze omgevingsfactoren kunnen een onderhoudende factor zijn in de instandhouding van het pijngedrag.

Door een langere tijd pijnafhankelijk gedrag te vertonen, kan een sociaal isolement, gebrek aan afleiding en beloning, vermindering van eigenwaarde, depressie, toename van stressgevoelens en spierspanning het gevolg zijn.

Om dit te doorbreken, moeten alle gebieden worden aangepakt. De beschreven methoden hierboven kunnen hiervoor gebruikt worden.

2.3. Behandeling van chronische pijnpatiënten op het Roessingh.

Er is een individuele behandeling maar ook een groepsbehandeling voor pijnpatiënten.

De chronische pijngroep bestaat uit maximaal 6 personen. Deze personen hebben allemaal een vorm van chronische pijn. Vanaf een leeftijd van 18 jaar mogen zowel mannen als vrouwen zich aanmelden voor een behandelprogramma.

De individuele patiënten zijn vaak niet klinisch of poliklinisch, maar de pijngroep wel. Deze komen op woensdag en verblijven tot en met vrijdag op het Roessingh. Tijdens deze dagen krijgen ze verschillende vormen van therapie, zoals fysiotherapie (gericht op ontspanningsoefeningen), maatschappelijk werk, psycholoog, enz. Het verblijf van de pijngroep duurt 8 weken.

Volgens een cognitieve gedragstherapeutisch insteek, proberen we de patiënten inzicht te geven in hun eigen mogelijkheden. Door ervaringsgerichte oefeningen aan te bieden, willen we de patiënten bewust laten worden, van hun eigen mogelijkheden.

Het gaat er bij deze therapievorm om, dat de patiënten leren omgaan met hun beperking. We willen ze handvatten aanreiken en manieren laten ontdekken, die voor hun toepasbaar zijn op het dagelijkse leven.

Tijdens de activiteiten laten we aan patiënten zien op welke manier ze bewegen. Dit doen we door ze te observeren en dit terug te geven, maar ook door een tegenovergestelde vorm van bewegen uit te proberen.

Centraal in de behandeling staat, dat de patiënten hun eigen keuzes maken. Ze zijn nergens toe verplicht en kiezen zelf welke tips en handvatten ze willen gebruiken. In de ogen van de bewegingsagogie is de mens uniek en kan hij/zij hierdoor zijn/haar eigen keuzes maken.

De individuele patiënten, maar ook de patiënten in een groep, nemen deel aan verschillende activiteiten. De patiënten geven tijdens het intakegesprek aan, aan welke doelen ze willen werken en waar hun activiteitenvoorkeur ligt. Vervolgens wordt er gekeken welke activiteiten een bijdrage kunnen leveren aan het proces en wordt er een programma samen gesteld.

De pijngroep heeft een vastgesteld programma. Gedurende 8 weken nemen zij deel aan een zwemactiviteit, een zandsport en het wandelen & fietsen programma. Deze activiteiten worden allemaal verzorgd door de bewegingsagoog.

Tijdens de zandsport worden er verschillende sporten aangeboden, gedurende een uur lang. Te beginnen met een activiteit met een lage belastbaarheid, zoals tafeltennis. Ieder sportuur komen verschillende modaliteiten aan bod. Hier zit wel een opbouw in, want we beginnen

altijd met de modaliteit ontmoeten. Vervolgens gaan we over op de modaliteit leren en het uurtje sluiten we altijd af met een spelletje (sparren).

Tijdens de activiteit worden de deelnemers geobserveerd op hun uitvoering. Er wordt gekeken naar het houdingsbeeld en naar de motoriek (bewegingsbeeld).

Het zwemmen, vindt plaats in een verwarmd zwembad van 31,5°C. gedurende 30 min. In de eerste 2 weken gaan we terug naar de basis van het zwemmen. De school- en rugslag worden onder de loep genomen. Kijkend naar de klachten van de patiënten, reiken we ze individueel tips aan, die voor hen zouden kunnen werken. In de 3^e week, laten we de patiënten kennismaken met aquajoggen.

En de opvolgende weken staan onder het motto: conditietraining. De patiënten maken een keuze uit zwemmen, aquajoggen of een combinatie van die 2. Vervolgens laten we de patiënten de tijd zelf invullen, waarbij ze een opdracht meekrijgen. Ze moeten de 30 minuten zo invullen, dat ze het zwemmen ook 30 minuten vol kunnen houden. Door hiermee te oefenen, leren ze stil te staan bij hun lichaam.

Daarnaast is het de bedoeling dat ze conditioneel gaan trainen, dus als het ware iedere week een baantje extra zwemmen.

Als laatste onderdeel van het revalidatieprogramma bij de bewegingsagogie, volgen zij het wandelen & fietsen programma. Ook hierin zit een stukje conditietraining, maar centraal staat de bewustwording van het eigen lichaam.

In de eerste week is de doelstelling: ervaren wat tijd inlassen voor jezelf is en wat is nou je basisniveau. De patiënten krijgen een huiswerkopdracht mee, om dit voor zichzelf uit te zoeken, door gewoon eens dingen uit te proberen en te ervaren. Iedere keer dat de patiënten naar buiten gaan om te wandelen of te fietsen, moeten ze helemaal alleen lopen en zonder muziek. De reden hiervoor is, dat ze zo min mogelijk afleiding hebben en het beste stil kunnen blijven staan bij wat hun lichaam allemaal aangeeft.

De andere weken mogen de patiënten zelf invullen en is het de bedoeling dat ze de duur van de activiteit gaan opbouwen.

Het belangrijkste wat wij ze proberen mee te geven, is het leren luisteren naar het lichaam en op tijd rustmomenten in de dag in te lassen. Ze moeten leren om de dagelijkse handelingen die ze doen, zo te verdelen, dat ze zo min mogelijk over hun grenzen heen gaan.

Dus eigenlijk leren doceren, op tijd grenzen aan geven en leren luisteren naar je lichaam.

In de eerste weken zal de therapeut een begeleidende (en sturende) attitude aannemen. Vooral om de patiënten een beetje op weg te helpen, is het belangrijk dat ze steun ervaren en zich begrepen voelen. Wel is het van belang dat de therapeut bij de eerste sessie al te kennen geeft, dat de begeleidende houding steeds minder wordt en het initiatief steeds meer bij de patiënt zal komen te liggen.

2.4. Het uitgangspunt van de behandeling op het Roessingh.

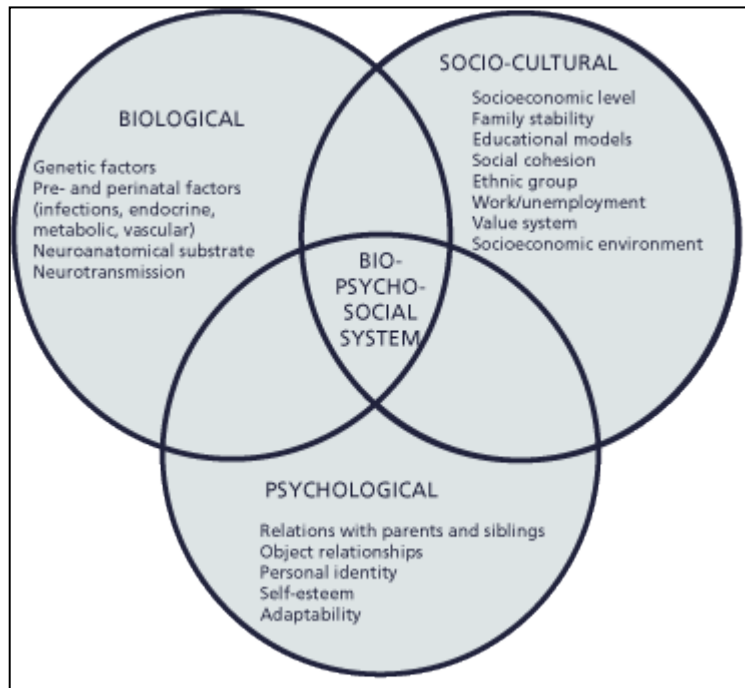
Volgens de Brochure 'Pijn Revalidatie Programma' door Het Roessingh Revalidatie centrum:

Het uitgangspunt van de behandeling is het bio-psycho-sociaal model. Dat wil zeggen dat de behandeling zich richt op lichamelijke, psychologische en sociale factoren die een rol spelen in het ontstaan, het in stand houden, of verergeren van pijn en vermoeidheid. De behandelonderdelen zijn gericht op het beïnvloeden van deze factoren.

Het bio-psycho-sociaal model, staat voor de factoren die van invloed zijn op het ontstaan van de pijnklachten. Zoals ik eerder in dit hoofdstuk heb beschreven, zijn er een heleboel factoren die een belangrijke rol spelen bij het ontstaan en het instant houden van de pijn.

Tijdens de behandeling van de pijnpatiënten, proberen we op ieder gebied invloed uit te oefenen. Dit vergt een heel gedifferentieerde aanpak, want iedere persoon is uniek.

Bij de ene patiënt moeten we meer invloed uit oefenen op het psychologisch aspect en bij de ander meer op het biologische aspect.



Figuur 1: schematische weergave van het bio-psycho-sociaal model.

2.5. Wat mist de behandeling van chronische pijn nog op het Roessingh?

Om een antwoord te kunnen geven op deze vraag, zal ik eerst uitleggen wat psychomotorische therapie (PMT) inhoudt.

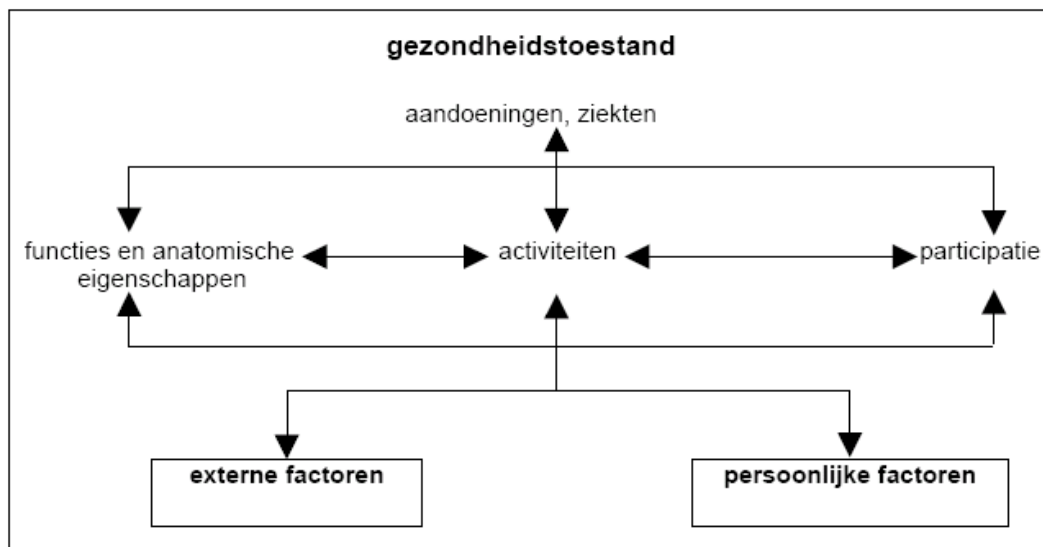
De definitie van psychomotorische therapie, volgens de Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie (NVPMT) is:

“De intentionele, methodische geplande beïnvloeding van mensen, gericht op verandering ten aanzien van psychosociale problematiek van deze mensen, waarbij het bewegen en de lichamelijkheid centrale thema’s van omgang zijn”

Psychomotorische therapie is een behandelmethode voor mensen met psychische en psychosociale problematiek, waarbij het bewegen en de lichamelijkheid centraal staan. Door de ervaringsgerichte aanpak met als doel integratie, sluit PMT goed aan bij het bio-psycho-sociaal model. Het betreft de integratie van het denken, voelen en handelen, maar ook van de verschillende gebieden in het ICF-model.

Het ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) is een model wat is ontwikkeld door de WHO (World Health Organization). Het ICF-model is een raamwerk van verschillende gebieden, die bij elkaar een begrippenapparaat vormen. Het model geeft het menselijk functioneren en de problemen die daarbij optreden weer.

Het menselijk functioneren wordt gezien als een dynamische wisselwerking, tussen verschillende factoren die samenhangen met de ziekte of aandoening en externe en interne factoren (Van der Meijden- van der Kolk, H. & Bosscher, R.J., 2007)



Figuur 2: Schematische weergave van het ICF-model. Het geeft de wisselwerking tussen de verschillende aspecten van de gezondheidstoestand, externe en persoonlijke factoren weer.

Psychomotorische therapie is gebaseerd op een aantal factoren, welke de eigenheid van de pmt creëren, namelijk:

-  Hulpverlening die gericht is op de psychosociale problematiek.
-  Aangrijpingspunten voor de behandeling zijn bewegen en lichamelijkeheid.
-  De experiëntiële (ervaringsgerichte) therapievorm.
-  Het verbaliseren n.a.v. de concrete lichamelijke ervaringen.
-  Het methodisch inzetten van de therapeutische relatie als therapeutisch instrument.

Om te kunnen achterhalen of de huidige behandeling van de chronische pijnpatiënten op het Roessingh nog wat mist, zal ik de BA tegenover de PMT moeten zetten. Zo krijg ik een overzicht van wat de patiënten op dit moment aan behandeling krijgen en wat PMT daaraan zou kunnen bijdragen.

De bewegingsagogie op het Roessingh, houdt zich bezig met het aanbieden van sport – en bewegingsactiviteiten. De behandeling richt zich op lichamelijk, psychologische en sociale factoren die een rol spelen in het ontstaan, het in stand houden, of verergeren van de pijn. Bij de BA gaat het erom de bestaande kwaliteiten en mogelijkheden van de deelnemer te stimuleren en te ontwikkelen.

Het richt zich dus op het zoeken naar aanpassingen en naar de huidige mogelijkheden.

De psychomotorische therapie houdt zich bezig met het doen verminderen of wegnemen van de psychische of psychosociale problemen.

Bij de huidige behandeling van de chronische pijnpatiënten op het Roessingh, zijn de patiënten tijdelijk geholpen. Na de behandelperiode, zijn de patiënten weer op zichzelf aangewezen. Ze hebben een aantal handvatten meegekregen waar ze mee verder kunnen, maar ze komen in exact dezelfde omgeving terug, als waar ze uit kwamen. Ze staan er helemaal zelf voor en de pijnklachten zijn er niet minder op geworden. Tijdens de

behandeling is er een verplaatsing geweest van de pijn. Bij binnenkomst was de pijn het centrale gedeelte in hun leven, bij ontslag is de pijn een bijzaak geworden. Het is de verantwoordelijkheid van de patiënten, om niet weer in het oude patroon te vervallen. Doen ze dit wel, dan zullen de pijnklachten weer hoofdzaak worden en zijn de patiënten in principe weer terug bij af.

Als PMT aan de behandeling toegevoegd zou worden, zullen er op verschillende gebieden van het ICF-model invloed uitgeoefend worden (Zie bijlage 1).

Bij de PMT wordt ook de achtergrond van de pijn bekeken. De verklaringsmodellen aan het begin van dit hoofdstuk, geven hier een mooie indicatie van. Doordat de achtergrond van het probleem ook wordt aangepakt, hebben de patiënten bij ontslag een klachtenvermindering of herstel ervaren.

Daarnaast is de PMT gericht op acceptatie. Door te accepteren dat de pijn er is en er mag zijn (Acceptance commitment therapy), wordt de psychologische flexibiliteit vergroot.

Onderzoek naar de resultaten van de huidige behandelprogramma's op het Roessingh (Pon, kennis in uitvoering, 2007) toont aan dat de meeste revalidatieprogramma's geen optimale resultaten boeken. De pijn schijnt bij het merendeel van de patiënten te zijn afgenomen, maar een groot deel van de patiënten merkt geen verandering.

Volgens Carola Mes, medewerker van PON Instituut voor advies, onderzoek en ontwikkeling, hangen de resultaten onder meer af van de manier waarop de patiënt op respons reageert.² Zij veronderstelt dat er meer rekening moet worden gehouden met de omgeving waarin de patiënt terecht komt.

3. Behandeling volgens een methodisch raamwerk.

3.1. Probleemgebieden bij de PMT behandeling van chronische pijn

Ik heb ervoor gekozen, om de theoretische onderbouwing van de module, volgens het boek 'Psychomotorische Therapie voor mensen met chronische pijn' (Van der Meijden- van der Kolk, H. & Bosscher, R.J., 2007) te doen.

Ik heb hiervoor gekozen, omdat er nog niet zo heel veel informatie te vinden is over de Psychomotorische behandeling van mensen met chronische pijn.

Verder sluit de theorie in het boek mooi aan op de verklaringsmodellen, die ik in het tweede hoofdstuk heb beschreven.

En uiteraard is het een mooie bundeling van alle theorie, die nodig is voor het schrijven van een module.

Volgens het methodische raamwerk, is de PMT bij chronische pijnpatiënten onder te verdelen in 4 probleemgebieden. Deze probleemgebieden zijn gebaseerd op een onderdeel van het ICF-model. Deze probleemgebieden beschrijven tevens ook de relationele lichaamsbeleving en het irrationele bewegen.

Door de aangrijpingspunten bewegen en lichamelijkheid, kan de PMT een extra toevoeging hebben op het de huidige behandeling, doordat niet alleen de beweging wordt bekeken, maar ook de lichamelijkheid.

² Mes, C (2007, januari 1). PON, kennis in uitvoering.

Richtlijnen voor verbetering van revalidatieprogramma's voor chronische pijn, van het internet gehaald op maart 05, 2010 van <http://www.hetpon.nl/actueel/persberichten/richtlijnen-voor-verbetering-van-revalidatieprogramma-s-voor-chronische-pijn/325>.

 Het eerste probleemgebied wordt gekenmerkt door de noemer ‘bewegingsangst leidend tot vermijden van of overreageren in het ondernemen van activiteiten’, ook wel ‘ondernemen van activiteiten’.

Veel mensen met chronische pijn, ontwikkelen een bewegingsangst. Ze durven niet meer te bewegen uit angst om meer pijn te krijgen. Dit heeft als gevolg dat mensen conditioneel achteruit gaan. Vervolgens is de energie er niet meer om actief te worden en komen ze in een vicieuze cirkel terecht. Een parallelproces aan dit proces, is het ontstaan van negatieve gedachten. De patiënten denken negatief over het eigen functioneren, waardoor het zelfbeeld daalt. Dit kan een depressie tot gevolg hebben.

Naast de vermijdende strategie, is er ook nog de over reagerende strategie. De pijnpatiënten denken dat ze nog op het oude niveau van bewegen verder kunnen en vragen hierdoor teveel van hun lijf. Dit kan op het moment zelf goed voelen, maar heeft vaak pijnverergering tot gevolg.

Het probleem zit hem in de balans tussen de intensiteit en de mate van bewegen, ten opzichte van de draagkracht.

Een belangrijke doelstelling binnen de PMT zou kunnen zijn, om de balans tussen deze 2 zaken weer terug te vinden.

 Het tweede probleemgebied is ‘spanning en stress’. Het gevolg van pijn, is lichamelijke spanning en stress. De pijn kan frustratie opwekken, omdat de patiënten niet meer op de oude manier verder kunnen. Deze frustratie levert een stressvolle situatie op. Langdurige stress, kan de symptomen van de chronische pijn verergeren.

Als we naar het bio-psycho-sociaal model kijken, zien we verschillende verschuivingen ontstaan. Door langdurige stress en spanning, kunnen deze verschuivingen permanent worden.

De PMT behandeling is gericht op het verlagen van de stress en spanning, bijvoorbeeld door ontspanning. En op het erkennen van interne en externe stressfactoren.

 ‘Lichaamsbeleving’ is het derde probleemgebied. Doordat er constante pijn is, raakt de lichaamsbeleving verstoord. De pijn is continu aanwezig en eist veel aandacht op, waardoor er weinig ruimte meer overblijft voor andere lichaamsbelevingen.

De patiënt voelt zich niet meer prettig in zijn eigen lijf en is niet meer blij met het lichaam. Dit kan tot dissociatie van het gevoel in het lichaam leiden. Alle positieve lichaamservaringen verdwijnen naar de achtergrond en de pijn komt steeds meer centraal te staan.

Dit heeft vaak ook invloed op het lichamenlijk contact met anderen.

Binnen de PMT zullen we dan ook werken aan de positieve zintuiglijke lichaamservaringen, waardoor de patiënt de kans krijgt om deze ervaringen op te doen en mee te nemen in het maken van keuzes in het alledaagse leven.

 Het laatste probleemgebied is ‘interacties en sociale verbanden’. Wanneer patiënten langere tijd last hebben van de pijn, heeft deze invloed op het pijngedrag. Het versterkt de negatieven kanten van het gedrag, waardoor de sociale omgeving en interactie steeds minder wordt. Ook hierin is er een balans verstoord, namelijk het balans tussen de pijnpatiënt en de mensen in zijn omgeving.

De pijn staat alleen nog maar centraal in het leven van de pijnpatiënt. In relaties kan het zijn dat hierdoor het pijngedrag in contact wordt versterkt, of dat de persoon juist geïsoleerd raakt. Een doel binnen de PMT zou kunnen zijn, om de pijn een plek te geven in het aangaan en onderhouden van relaties.

3.2. Aandachtsgebieden en thema's.

De probleemgebieden kunnen tevens ook worden bestempeld als de aandachtsgebieden. De aandachtsgebieden zijn te onderscheiden in thema's. Er zijn 15 thema's, die invulling geven aan de 4 aandachtgebieden. De opeenvolging van de thema's, is een opbouw die in veel PMT-behandelingen plaatsvindt.

Hieronder een opsomming van de aandachtsgebieden en de daarbij horende thema's (Van der Meijden- van der Kolk, H. & Bosscher, R.J., 2007, pag. 33-36).

Ondernemen van activiteiten.

Ver- en herkennen van mogelijkheden en beperkingen in activiteiten.
Erkennen van mogelijkheden en beperkingen. (balans vinden in rust en activiteit)
Frustraties hanteren: - vermijders, - bijters
Vertrouwen herwinnen en plezier beleven.

Spanning en stress.

Stress educatie. Stress ver- en herkennen.
Ontspannen.
Stressreacties en factoren erkennen en beïnvloeden.
Stress hanteren inclusief voorkomen.

Lichaamsbeleving.

Zintuiggebruik en voelen van lichamelijke signalen.
Ver- en her- en erkennen van: - lichaamssignalen, - lichaamsattitude, - lichaamsbeeld, - lichaamsgrenzen.
Voelen van en leren omgaan met emoties.
Voelen van en leren omgaan met contact: - intimiteit, - seksualiteit.

Interactie en communicatie.

Contact maken met de ander en de ander ervaren in steun, leiding, volgend.
Communiceren over grenzen en wensen van jezelf en de ander.
Communiceren over belevingen met de ander in relatie met transfer naar belangrijke situaties.

4. Vormgeving van de module.

4.1. Opzet van de module.

De PMT module voor chronische pijnpatiënten is een 12 weken durend programma. De voorkeur van de behandelfrequentie, is 1 keer per week, gedurende 1 uur lang.

Dit aantal bijeenkomsten is nodig, om alle belangrijke fases aan bod te laten komen.

De verschillende fases die de patiënten door moeten lopen, zijn:

1. Verkennen en herkennen van de problemen.
2. Oefenen met gedragsalternatieven en veranderende cognities op basis van de lichamelijke ervaringen.
3. Integreren van keuzes in een veranderend bestaan gericht op participatie en daar positieve belevingen bij ervaren.

De eerste sessie zal in het thema staan van kennismaking. In een groep is het van belang dat de deelnemers zich veilig voelen om te kunnen experimenteren met hun gedrag. Om een veilige situatie te kunnen creëren is het van belang dat de deelnemers, maar ook de therapeut elkaar leren kennen.

De volgende sessie kunnen ingedeeld worden aan de hand van de 4 aandachtsgebieden en de thema's. Bij alle thema's komt het accept als eerst te liggen op verkennen en herkennen. Bij het thema 'ondernemen van activiteiten', zal de patiënt als eerst zijn mogelijkheden binnen het bewegen moeten verkennen en herkennen, om het vervolgens te kunnen erkennen en ermee aan de slag te gaan.

Bij het thema 'stress en spanning', gaat het erom dat de patiënt voor ogen krijgt, wat stress en spanning als gevolg kunnen hebben. Bij dit thema zal er dan ook begonnen moeten worden met een stukje psycho-educatie, om het ver- en herkennen van de stressfactoren te vergemakkelijken.

Het accent bij het thema 'lichaamsbeleving', ligt bij de eerste keer op het gebruiken van de zintuigen en het waarnemen van lichaamssignalen. Als de patiënt geleerd heeft om de lichamelijke zintuigen weer te gebruiken, staat het ver-, her- en erkennen van het lichaamsbewustzijn, de lichaamsattitude, het lichaamsbeeld en de lichaamsgrenzen op het programma.

Bij het laatste aandachtsgebied 'interactie en communicatie', gaat het erom dat de patiënten leren experimenteren in het maken van contact met de ander. Vervolgens wordt er gekeken naar de manier van contact maken.

De 11^{de} week van de behandeling, mogen de patiënten zelf invulling geven aan de therapie. De deelnemers mogen zelf een keuze maken, aan welk thema nog een keer extra aandacht wordt besteed. Zo leert de patiënt ook zelf initiatief nemen in zijn eigen behandelproces. Ik vind het belangrijk dat de patiënten ook eigen invulling kunnen geven aan het programma, omdat ze zo een stukje vertrouwen krijgen in hun eigen kunnen.

De laatste week staat de evaluatie en afscheid centraal. Tijdens deze bijeenkomst zal de module geëvalueerd worden per patiënt en is er de mogelijkheid om op een gepaste manier afscheid te nemen. In dit thema wordt er op een symbolische manier gewerkt met een activiteit, waaruit voortkomt, wat iedere patiënt meeneemt uit de behandeling.

4.2. Doelstelling van de module.

De algemene doelstelling van de groepsbehandeling, is het verkrijgen van inzicht en veranderingen mogelijk maken in het ondernemen van activiteiten, spanning & stress, lichaamsbeleving en/of communicatie gericht op een meer geïntegreerd functioneren, waarbij de pijn niet meer centraal staat.

De persoonlijke doelstellingen worden geformuleerd aan de hand van een scoreformulier (zie bijlage 2). Dit scoreformulier, ICF classificatie-items PMT voor mensen met chronische pijn, kan gebruikt worden om belangrijke onderdelen te inventariseren en deze mee te nemen in het opstellen van de juiste volgorde van de thema's.

4.3. Groepsamenstelling.

Ik heb ervoor gekozen om deze behandeling in groepsvorm te doen, omdat patiënten onderling heel veel steun aan elkaar kunnen ervaren. Ook zitten er een paar thema's bij, waarbij het gemakkelijker is om in groepsverband te werken in plaats van individueel.

De ideale groepsgrootte zou tussen de 6-8 personen zijn. Zo is het voor de therapeut een overzichtelijke groep en kunnen er ook spel en wedstrijdvormen worden gedaan. De groep mag worden ingedeeld, met zowel mannen als vrouwen. Dit zorgt voor verschillende visies binnen de thema's, maar ook op verschil in interactie. Het contact met een man (als vrouw zijnde), kan heel anders verlopen dan het contact met een vrouw.

4.4. Theoretische referentiekaders.

De PMT-er maakt gebruik van verschillende referentiekaders, tijdens het aanbieden van deze module. Naast de verschillende referentiekaders, maakt de therapeut ook gebruik van verschillende attitudes.

De verschillende referentiekaders die zullen worden gebruikt, zal ik hieronder kort toelichten.



Client-centered therapie.

Bij deze therapievorm wordt er vanuit gegaan dat de cliënt zelf in staat is zijn eigen problemen op te lossen, dat wil zeggen dat de therapeut vertrouwd op de ontwikkelingsmogelijkheden en groeimogelijkheden van de cliënt. De cliënt leert ervaren wat zijn eigen gedachten en gevoelens zijn, zodat ze meer in contact komen met zichzelf.

Het doel van de therapie is de cliënt te helpen inzicht te geven op de belemmering die een oplossing, tot op heden, in de weg blijkt te staan.



Cognitieve gedragstherapie.

Cognitieve gedragstherapie is een combinatie van 2 therapievormen; gedragstherapie en cognitieve therapie. De cognitieve gedragstherapie gaat ervan uit dat er een verband is tussen de gedachten, gevoelens en het gedrag. De gevoelens en gedragingen van iemand worden beïnvloed door zijn gedachten. Zo kan het zijn dat er negatieve gedachten ontstaan, zoals 'ik ben niks waard' of 'ik kan het toch niet'. Deze negatieve gedachten kunnen psychische problemen veroorzaken of versterken. Het doel van deze therapie is het aanleren van andere, meer positieve gedachten.



Psychodynamische therapie.

Bij de psychodynamische therapie wordt er ook naar het verleden gekeken. Door in het hier en nu en in het verleden te werken, kunnen er verbanden worden gelegd, die in verband staan met de klachten. De therapie is erop gericht om onbewuste verlangens en/of emoties te leren kennen. Volgens Freud blokkeren patiënten zaken bij zichzelf, waardoor de patiënten problemen ervaren.

Het doel van de therapie is mensen inzicht geven in de onbewuste verlangens, emoties en gevoelens en deze leren hanteren.



Systeemtherapie.

De term 'systeem' wordt afgeleid van de sociale systeem waar de patiënt in leeft. Bij deze therapie staat dan ook niet alleen de patiënt centraal, maar worden ook mensen in zijn omgeving bij de therapie betrokken.

Binnen een sociaal systeem beïnvloeden mensen elkaar. Gedachten, gedragingen en gevoelens ontstaan, door het samen zijn in het sociale systeem. Dit is een gecompliceerd proces, waarbinnen problemen kunnen ontstaan.

De systeemtherapie werkt op een veranderingsgericht wijze met sociale systemen, zoals relaties, gezinnen en teams. De patiënten leren bij deze vorm van therapie, een andere manier van communiceren en reageren.

4.5. Uitwerking voorbeeldactiviteiten.

Aandachtsgebied: Ondernemen van activiteiten.	
Thema:	Ver- en herkennen van mogelijkheden en beperkingen in activiteiten.
Theoretische oriëntering:	Cliënt-centered.
Activiteit: Tafeltennis. - Lopen door de zaal en met een balletje en een tafeltennisbatje proberen het balletje in balans te houden. Uitbreiding door jongleren met het balletje, lopend door de zaal. - Inspelen op verschillende manieren: linkshandig, rechtshandig, verschil in hoogte en/of snelheid, verschillende tegenstanders. - Wedstrijd vorm, waarbij het spelelement sterk naar voren komt.	

Aandachtsgebied: Ondernemen van activiteiten.	
Thema:	Erkennen van mogelijkheden en beperkingen (Balans vinden in rust en activiteit).
Theoretische oriëntering:	Cliënt-centered, cognitieve gedragstherapie.
Activiteit: Toernooi tafeltennis. - Psycho-educatie over bewegen en belasting, grenzen aangeven en lichaamssignalen. - Kleine partijtjes tafeltennis spelen, waarbij de patiënten verschillende mogelijkheden uitproberen, vanuit de psycho-educatie. - Therapeut ziet toe op de keuzes van de patiënten en ondersteund en begeleid ze hierbij.	

Aandachtsgebied: Ondernemen van activiteiten.	
Thema:	Frustraties hanteren: - Vermijders, - Bijters.
Theoretische oriëntering:	Cognitieve gedragstherapie, psychodynamische therapie.
Activiteit: Tikspel. - In de zaal staat een kast, 2 matjes en er ligt een hoepel. - Er is 1 tikker en de rest van de spelers zijn lopers. - De hoepel is de vrijplek en als je daarin staat kun je niet getikt worden. Je mag hier maximaal 10 seconden in blijven staan. - De tikker mag niet over de matjes, maar de lopers wel. - De tikker moet in 2 min. zoveel mogelijk lopers aftikken. - Wanneer de 2 ^e loper is getikt, mag de 1 ^e loper weer meedoen met het tikspel.	

Aandachtsgebied: Ondernemen van activiteiten.	
Thema:	Vertrouwen herwinnen en plezier beleven.
Theoretische oriëntering:	Cliënt-centered.
Activiteit: Wedstrijdje volleybal. - Patiënten mogen de verworven kennis toepassen op een spelletje volleybal. Hierin zijn ze vrij de keuzes te maken op hun eigen beperkingen, waardoor het vertrouwen in het lichaam terug komt en het plezier in het spel weer gaat leven. - Therapeut neemt een enthousiaste houding aan, waardoor de activiteit begint te leven en de keuzes van de patiënten worden ondersteund.	

Aandachtsgebied: Spanning & Stress.	
Thema:	Stress educatie. Stress ver- en herkennen.
Theoretische oriëntering:	Cliënt-centered. (Wanneer mogelijk) Cognitieve therapeutische stress theorie.
Activiteit: Blind naar de muur lopen. - Op verschillende manieren naar de muur lopen, rennen, achteruit, ogen open, ogen dicht, enz.	

- Ervaren wat spanning/stress me je lichaam doet.
- Interventies op materiaal, matje voor de muur, lopen richting wandrek, enz.
- Navragen wat er in het lichaam gebeurt. Zit er verschil in lichaamssignalen?
- Uitleg over biologische, psychologische en sociale invloeden tijdens de activiteiten.

Aandachtsgebied: Spanning & Stress.

Thema: Ontspannen.

Theoretische oriëntering: Cognitieve gedragstherapie, cliënt-centered.

Activiteit: Ontspanningsoefening volgens Jacobson.

- Iedereen ligt op een matje in de zaal, eventueel met kussen.
- De therapeut benadrukt dat de patiënten rustig en ontspannen moeten gaan liggen. (Aandacht gericht op de ademhaling en hartslagen)
- Vervolgens loopt de therapeut alle lichaamsdelen langs en vraagt de patiënten deze aan te spannen. De spanning 10 sec. vast te houden en vervolgens de spanning weer los te laten.

Aandachtsgebied: Spanning & Stress.

Thema: Stressreacties en factoren erkennen en beïnvloeden.

Theoretische oriëntering: Cognitieve gedragstherapie, cliënt-centered, psychodynamisch.

Activiteit: Tussen zwaaiende touwen doorlopen.

- De patiënten houden om-en-om een touw (wat aan het plafond is bevestigd) vast.
- De ene patiënt loopt aan de ene kant naar achter, de patiënt ernaast, de tegenovergestelde richting.
- De patiënten laten tegelijkertijd de touwen los, waardoor ze om-en-om komen te zwaaien.
- Vervolgens gaan de patiënten naast de touwen staan en moeten ze door de tunnel van zwaaiende touwen lopen.
- Hoe gaan de patiënten om met de lichaamssignalen in spanningsvolle bewegingssituaties?

Aandachtsgebied: Spanning & Stress.

Thema: Stress hanteren inclusief voorkomen.

Theoretische oriëntering: Cognitieve gedragstherapie.
(wanneer mogelijk) stress theorie.

Activiteit: Spel inhaalbal.

- De groep wordt in 2en gedeeld en iedereen krijgt een nummer.
- Vervolgens gaan ze op volgorde in een kring staan.
- De even nummers krijgen een bal die ze naar alle even nummers door moeten geven.
- De oneven nummers krijgen dezelfde opdracht met een andere bal.
- Het is de bedoeling dat de bal van het ene team, de bal van het andere team inhaalt.

Aandachtsgebied: Lichaamsbeleving.

Thema: Zintuiggebruik en voelen van lichamelijk signalen.

Theoretische oriëntering: Cliënt-centered, psychodynamisch.

Activiteit: Wandeling.

- De therapeut maakt samen met de patiënten een wandeling door een park. In dit park kun je zowel de geluiden van de vogels horen, maar iets verderop ook de autogeluiden.
- Tijdens de wandeling moeten de patiënten onderling uitwisselen welke zintuigen geprikkeld worden.
- Vervolgens kan de therapeut interventies doen op snelheid van lopen, benadrukken van geuren, geluiden en beelden.

- De therapeut kan de cliënten met hun aandacht naar hun voeten brengen en naar andere lichaamsdelen om te ervaren hoe ze zich voelen en of ze dat prettig vinden. Vervolgens mogen de patiënten zelf op zoek naar andere manieren van lopen.

Aandachtsgebied: Lichaamsbeleving.

Thema: Ver- her- en erkennen van: - lichaamsbewustzijn, -lichaamsattitude, -lichaamsbeeld, -lichaamsgrenzen.

Theoretische oriëntering: Cliënt-centered, cognitieve gedragstherapie.

Activiteit: Matje verdedigen.

- De patiënten werken in 2-tallen.
- De ene patiënt is de bewaker, de andere patiënt is de inbreker.
- De bewaker moet door gebruik te maken van zijn lichaam, het matje verdedigen. De inbreker moet proberen om op het matje te komen.
- De bewaker mag van alles gebruiken; weg duwen, verbale communicatie, lichaamshouding, oogcontact enz.
- De patiënten laten evalueren hoe de bewakingsfunctie is overgekomen.

Aandachtsgebied: Lichaamsbeleving.

Thema: Voelen van en leren omgaan met emoties.

Theoretische oriëntering: Cliënt-centered, psychodynamisch
(wanneer mogelijk) emotie theorie.

Activiteit: Dans.

- Op verschillende soorten muziek moeten de patiënten verschillende emoties uiten, door te spreken met hun lichaam (bijvoorbeeld gezichtsuitdrukking, houding, geluid)
- Eerst hele zware muziek, waarbij de emotie bedroeft en/of boos past.
- Vervolgens een tegenstelling; hele zware muziek, waarbij de emotie blij moet worden uitgebeeld.

Hoe gaan de patiënten met deze emoties om, wanneer voelen ze de emotie het best?

Aandachtsgebied: Lichaamsbeleving.

Thema: Voelen van en leren omgaan met contact: -intimiteit, -seksualiteit.

Theoretische oriëntering: Cliënt-centered.
(wanneer mogelijk) Seksualiteitstheorie.

Activiteit: Met de ruggen tegen elkaar.

- De patiënten gaan in 2-tallen met de ruggen tegen elkaar, op de grond zitten.
- De armen mogen bij de eerste oefening worden ingehaakt. De 2-tallen moeten met de ruggen tegen elkaar blijvend tot stand proberen te komen.
- Vervolgens moeten ze dezelfde oefening doen, waarbij de armen niet meer ingehaakt mogen worden.
- Er kan gevarieerd worden in contact, met mannen, vrouwen, lengteverschil, enz.

Aandachtsgebied: Interactie & communicatie.

Thema: Contact maken met de ander en de ander ervaren in steun, leiding, volgend.

Theoretische oriëntering: Cliënt-centered, psychodynamisch.

Activiteit: Leiden en volgen.

- De groep is in 2en gedeeld. De ene groep heeft een 1-meter stok en de andere groep niets.
- De patiënten lopen allemaal kriskras door de zaal. Wanneer ze iemand tegen komen, moeten ze daar contact mee maken. Ze mogen zelf bepalen op welke manier.

- Wanneer ze iemand tegenkomen met een 1-meter stok, pakken ze allebei een uiteinde van de stok vast. Vervolgens is de eigenaar van de stok, de leider en leidt deze de ander door de zaal.
- Na een paar begroetingen worden de rollen omgedraaid.
- Tussendoor worden de bevindingen besproken.

Aandachtsgebied: Interactie en communicatie.

Thema: Communiceren over grenzen en wensen van jezelf en de ander.

Theoretische oriëntering: Cognitieve gedragstherapie, cliënt-centered, psychodynamisch en systeemtheorie.

Activiteit: Mattenrace.

- De groep wordt in 2en gedeeld. Iedere groep krijgt een mat die naar de andere kant van de zaal moet worden getild.
- De mat mag de grond niet raken en de deelnemers ook niet, behalve wanneer ze in een hoepel staan.
- Gedurende dit spel zal naar voren komen wie een leidend type is en wie een volgend type is. Er zal duidelijk worden wie wel en niet om hulp vraagt en op welke manier ze dit doen.

Aandachtsgebied: Interactie en communicatie.

Thema: Communiceren over belevingen met de ander in relatie met transfer naar belangrijke situaties.

Theoretische oriëntering: Cliënt-centered, psychodynamische systeemtheorie.

Activiteit: Hoepelspel.

- Er liggen allemaal verschillende kleuren hoepels in de zaal (van iedere kleur 1). Twee hoepels minder dan het aantal deelnemers.
 - Er is 1 tikker.
 - Iedereen kiest een kleur en daarmee moet hij zoveel mogelijk punten zien te halen.
 - Je kunt een punt halen, door in je eigen kleur hoepel te stappen.
 - De persoon zonder hoepel, kan getikt worden.
 - Wie als eerste 10 punten heeft gehaald, heeft het spel gewonnen.
 - Ben je getikt, dan ben je al je punten weer kwijt.
- Tijdens deze oefening is het de bedoeling dat de patiënten communiceren over wat er allemaal in het spel gebeurt en wat dit met hen doet.

Conclusie.

In de conclusie zal ik antwoord geven op de hoofdvraag die ik in de inleiding van dit verslag heb vermeld, namelijk:

Op welke wijze kan PMT, met de ontwikkeling en uitvoering van een concrete PMT-module, een bijdrage leveren aan het revalidatieprogramma van mensen met chronische pijn op het Roessingh?

In de voorgaande hoofdstukken heb ik allerlei informatie verzameld, die tot een antwoord op deze vraag leidden.

In het tweede hoofdstuk van dit verslag, beschrijf ik de huidige behandeling van de chronische pijnpatiënten op het Roessingh. Hieruit komt voort dat het uitgangspunt van de behandeling gericht is op het vergroten en stimuleren van de bewegingsmogelijkheden. De huidige behandeling is gericht op bewegingsgeoriënteerde activiteiten, zoals wandelen & fietsen, zwemmen en zaalsport.

Vervolgens heb ik de vraag behandeld, of PMT een gemis is, binnen de huidige behandeling. Uit het literatuur onderzoek is gebleken dat een PMT behandeling gericht is op de verschillende gebieden van het ICF-model. Dit betekent dat er op verschillende gebieden invloed wordt uitgeoefend, waardoor een groter gebied, rondom de klachten wordt bekeken. Bij de bewegingsagogie wordt gewerkt volgens het bio-psycho-sociaal model, vooral gericht op de biologische en psychologische factoren.

De huidige behandeling van chronische pijnpatiënten op het Roessingh is alleen bewegingsgericht. Hier zou dus al een winst uit kunnen worden gehaald, door het lichaamsgerichte werken toe te voegen aan de huidige behandeling.

Pmt is een ervaringsgericht behandelvorm, die zowel lichaamsgericht als bewegingsgericht kan werken.

Door de verschillende vormen van behandelmethodes binnen de PMT, zoals psychodynamische therapie en systeemtherapie, worden meerdere factoren betrokken bij de behandeling. Uit een onderzoek, beschreven in hoofdstuk 2, is gebleken dat systeemtherapie een goed toevoeging zou zijn op de huidige behandeling van chronische pijnpatiënten.

Literatuuronderzoek heeft uitgewezen dat PMT een goede behandelmethode zou kunnen zijn voor mensen met chronische pijn. Voor dit onderzoek heb ik o.a. het boek 'Psychomotorische Therapie voor mensen met chronische pijn' (Van der Meijden- van der Kolk, H. & Bosscher, R.J., 2007) gebruikt.

Ik heb deze literatuur gehandhaafd, omdat deze goed aansluit bij de verklaringsmodellen die ik in het tweede hoofdstuk heb beschreven en omdat het ook gebruik maakt van het ICF-model.

Vervolgens heb ik een opzet gemaakt van de pmt module, met daarin een opbouw, verantwoording en uitwerking van de thema's en activiteiten.

Ik heb deze module niet verder uit kunnen werken in verband met tijdgebrek, waardoor de praktische uitvoering niet is gelukt. Hopelijk wordt deze nog wel getest, door een van mijn collega's op het Roessingh of anders door een andere bewegingsagoog/psychomotorische therapeut.

Literatuurlijst.

Boeken:

Bosscher, R.J. & Meijden, H van der. (2007) *Psychomotorische Therapie voor chronische pijn, een methodisch raamwerk.*

Weerman, A. (2006) *Zes psychologische stromingen, een cliënt.*

Gulden, Dr. J.W.J van der. (2006) *Onverklaarde chronische klachten, verklaring, behandeling en begeleiding.*

Bruijn-Kofman, A. de (2004) *Leven met chronische pijn.*

Artikel:

Protocol Roessingh, *Pijnrevalidatie.*

Emck, C. & Bosscher, R.J. (2004) Psychomotorische therapie in de praktijk. *Psychomotorische therapie bij chronische somatische aandoeningen.*

Mes, C. (2007) PON, kennis in uitvoering.
Richtlijnen voor verbetering van revalidatieprogramma's voor chronische pijn, van het internet gehaald op 5 maart, 2010 van <http://www.hetpon.nl/actueel/persberichten/richtlijnen-voor-verbetering-van-revalidatieprogramma-s-voor-chronische-pijn/325>.

Brochure:

Brochure chronische pijnklachten
<http://rcr.roessingh.nl/PDF/Pijnrevalidatie.pdf>

Internet:

Psygroup. *Cliënt-centered therapy.*
<http://www.psygroup.be/nl/client-centered-therapie.php?PHPSESSID=63d846bc5267f54d29eae5ac9eba2065>

CCGT, Centrum Cognitieve Gedragstherapie (2010). *Wat is cognitieve gedragstherapie.*
<http://www.ccg.nl/cgt.htm>

Kloppers, D. *Psychodynamische therapie.*
<http://www.dirkkloppers.nl/psychodynamisch.html>

Mentaal beter, hoogst persoonlijk. *Psychodynamische therapie.*
http://www.mentaalbeter.nl/nl-NL/Zoekt_u_hulp_Q-/Welke_soorten_hulp_biedt_Mentaal_Beter_Q-/Psychodynamische_therapie

Het Roessingh, centrum voor revalidatie.
<http://rcr.roessingh.nl/>

NVRG, Nederlandse vereniging voor relatie- en gezintherapie (2005). *Systeemtherapie.*
<http://www.nvrg.nl/index.jsp?USMID=41>

NVPMT, Website van de Nederlandse Vereniging Psychomotorische Therapie (2010).
<http://www.nvpmt.nl>

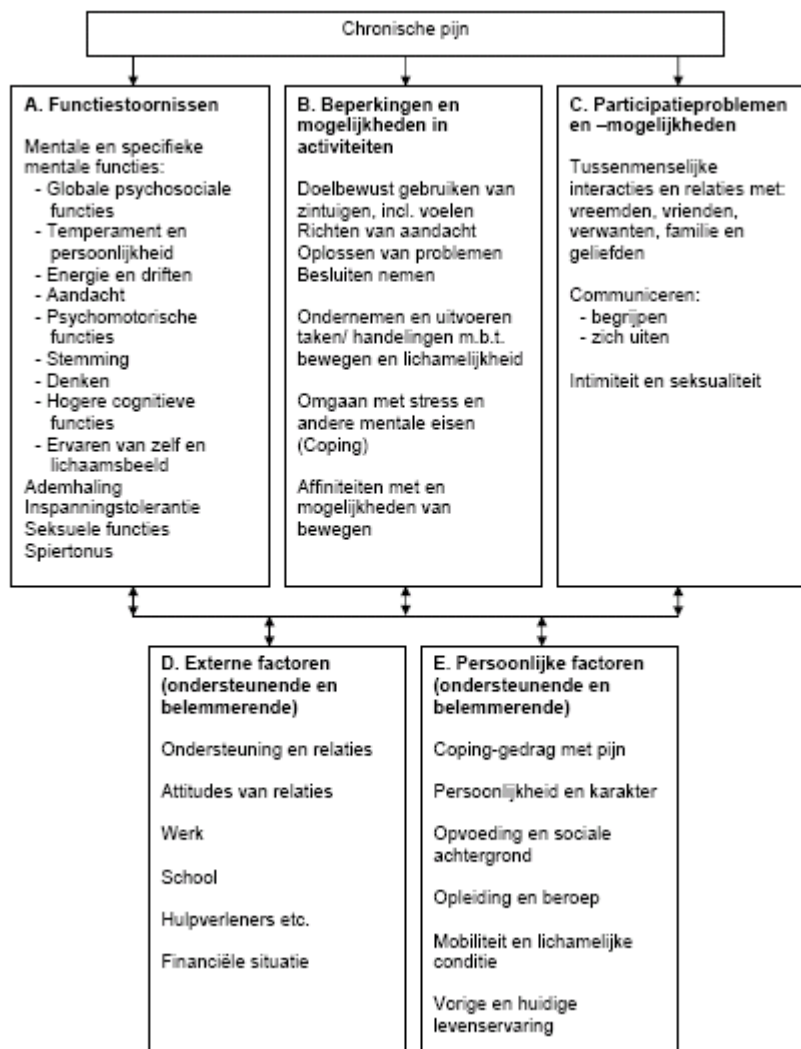
NVPMT, Website van de Nederlandse Vereniging Psychomotorische Therapie (2007).
Informatie voor verwijzing.
<http://www.han-cto.nl/pmt/PMT.htm>

Psychomotorische therapie en bewegingsagogie (2007). *Visie op psychomotorische therapie en bewegingsagogie.*
<http://www.hetweb.nl/over/bewegingstherapie.html>

Wijk, I. van. PMT info site.
<http://www.pmtinfosite.nl/index.php>

Bijlagen.

Bijlage 1. ICF classificatie-items in relatie tot indicatie, doelen en behandelingen voor psychomotorische therapie.



Bosscher, R.J. & Meijden, H van der. (2007) *Psychomotorische Therapie voor chronische pijn, een methodisch raamwerk*. (pag. 20)

Bijlage 2. Scoreformulier ICF classificatie-items PMT voor mensen met chronische pijn.

Scoreformulier ICF classificatie-items PMT voor mensen met chronische pijn

Voor de score wordt de systematiek van de ICF aangehouden. Dit houdt in dat bij elke item de mate van het problematisch zijn gescoord wordt. (RIVM, 2002)

- 0 GEEN probleem (geen, afwezig, verwaarloosbaar)
- 1 LICHT probleem (gering, laag)
- 2 MATIG probleem (tamelijk)
- 3 ERNSTIG probleem (aanzienlijk, hoog, sterk)
- 4 VOLLEDIG probleem (totaal)

Voor ondersteunende aspecten bij de externe factoren kan behalve een negatieve ook een positieve score van 0 tot 4 gebruikt worden, maar dan met een + ervoor, om aan te geven dat het item juist bijdraagt aan het algemeen functioneren van de persoon (RIVM, 2002)

		0	1	2	3	4
A. Functiestoornissen	A.1. Mentale functies					
	<i>Globale psychosociale functies (b122)</i>					
	<i>Temperament en persoonlijkheid (b126)</i>					
	<i>Energie en driften (b130)</i>					
	<i>Aandacht (b140)</i>					
	<i>Psychomotorische functies (b147)</i>					
	<i>Stemming (b152)</i>					
	<i>Perceptie (b156)</i>					
	<i>Denken (b160)</i>					
	<i>Hogere cognitieve functies (b164)</i>					
	<i>Ervaren van zelf en lichaamsbeeld (b180)</i>					
	A.2. Functies van hart, bloedvaten en ademhalingsstelsel					
	<i>Ademhaling (b440)</i>					
	<i>Inspanningstolerantie (b455)</i>					
	A.3. Functies van urogenitaal stelsel en reproductieve functies					
	<i>Seksuele functies (b640)</i>					
	A.4. Functies van bewegingssysteem en aan bewegen verwante functies.					
	<i>Spiertonus (b735)</i>					

		0	1	2	3	4
B. Beperkingen activiteiten	B.1. Leren en toepassen van kennis					
	<i>Gadeslaan (d110)</i>					
	<i>Luisteren (d115)</i>					
	<i>Doelbewust gebruiken van andere zintuigen (d120)</i>					
	<i>Doelbewust gebruiken van zintuigen anders en niet gespecificeerd (d129)</i>					
	<i>Richten van aandacht (d160)</i>					
	<i>Oplossen van problemen (d175)</i>					
	<i>Besluiten nemen (d177)</i>					
	B.2. Algemene taken en eisen m.b.t. bewegen en lichamelijkeheid					
	<i>Ondernemen van enkelvoudige taken (d210)</i>					

	Ondernemen van meervoudige taken (d220)					
	Omgaan met stress en andere mentale eisen (d240) (Coping)					
	B.3. Mobiliteit					
	Veranderen van basale lichaamshouding (d410)					
	Handhaven van lichaamshouding (d415)					
	Optillen en meenemen (d430)					
	Verplaatsen van iets of iemand met onderste extremiteit (d435)					
	Nauwkeurig gebruiken van de hand (d440)					
	Gebruiken van hand en arm (d445)					
	Lopen (d450)					
	Zich verplaatsen (d445)					

0 1 2 3 4

C. Participatieproblemen	C.1. Communicatie					
	Begrijpen van gesproken boodschappen (d310)					
	Begrijpen van non-verbale boodschappen (d315)					
	Spreeken (d330)					
	Zich non-verbaal uiten (d335)					
	C.2. Tussenmenselijke interacties en relaties					
	Basale menselijke interacties (d710)					
	Complexe tussenmenselijke interacties (d720)					
	Omgaan met bekenden (d730)					
	Formele relaties (d740)					
	Informele sociale relaties (d750)					
	Familierelaties (d760)					
	Intieme relaties (d770)					

0 1 2 3 4

D. Externe factoren (ondersteunend/belemmerend)	D.1. Ondersteuning en relaties					
	Naaste familie (e310)					
	Vrienden (e320)					
	Kennissen, leeftijds- en seksegenoten, collega's, burens, etc. (e325)					
	D.2. Werk/School					
	Meerderden (e330)					
	Ondergeschikten (e335)					
	Hulpverleners in de gezondheidszorg (e355)					
	Andere dienstverleners (e360)					
	D.3. Attitudes van relaties (e410 e.v.)					
	Naaste familie					
	Vrienden					
	Kennissen, leeftijds- en seksegenoten, collega's, burens, etc.					
	Meerderden					
	Ondergeschikten					
	Hulpverleners in de gezondheidszorg					

E. Persoonlijke factoren (ondersteunend en belemmerend)	<i>Coping-gedrag met pijn</i>
	<i>Persoonlijkheid en karakter</i>
	<i>Opvoeding en sociale achtergrond</i>
	<i>Opleiding en beroep</i>
	<i>Mobiliteit en lichamelijke conditie</i>
	<i>Vorige en huidige levenservaring</i>

Bosscher, R.J. & Meijden, H van der. (2007) *Psychomotorische Therapie voor chronische pijn, een methodisch raamwerk.* (pag. 79-82)