

# Een veranderd leven!

Over PMT bij verliesverwerking van mensen  
met een lichamelijke beperking



***Opleiding:***

Psychomotorische therapie en bewegingsagogie,  
Calo, Windesheim te Zwolle

***Student:*** Lisanne den Hertog

***Studentennummer:*** s1015344

***Begeleider:*** Gerald Riedstra

***Beoordelaar:*** Maurits Uijting

***Datum:*** 24 mei 2012

# Voorwoord

In mijn laatste jaar van de opleiding psychomotorische therapie (PMT) en bewegingsagogie (BA), heb ik stage gelopen in het revalidatiecentrum De Hoogstraat in Utrecht. Hier werkte ik met revalidanten die getroffen zijn door een cerebro vasculaire accident (CVA). Een CVA zorgt voor verandering in hun hele leven. Dit kan komen door verandering op lichamelijk, cognitief of psychisch gebied. Ik heb veel revalidanten zien worstelen met hun beperking, voornamelijk op lichamelijk vlak. Sommige revalidanten bleven vechten tegen de realiteit van hun lichamelijk verlies, andere vonden het moeilijk om emoties te uiten. Voor elke revalidant was het een opgave om als persoon te veranderen. Doordat ik elke revalidant heb zien worstelen met het accepteren en verwerken van het verlies, werd ik getriggerd. Als beginnend psychomotorische therapeut en bewegingsagoog ervaar ik te weinig kennis over verliesverwerking en het begeleiden hiervan. Daarom besloot ik om mij te verdiepen in verliesverwerking en hoe ik als aankomend psychomotorische therapeut, werkend binnen de revalidatie, de revalidanten kan begeleiden.

Graag wil ik de volgende mensen bedanken die het mogelijk hebben gemaakt om dit onderzoek te realiseren:

- Gerald Riedstra
- Gert den Hertog
- Hanneke Nijkamp – den Hertog
- Ronnie Koudijs
- Martine den Hertog

Mei 2012

Lisanne den Hertog

LEEGTE

HET AFSCHEID  
IS VERSCHENEN  
ALS EEN LEEGTE  
IN MIJN HOOFD.  
MIJN TOEKOMST  
IS VERDWENEN  
EN MIJN PLANNEN  
WEGGEROOFD.

UIT: UITZICHT VAN PAUL WARMERDAM EN ANNA KONINGS

# Samenvatting

Deze literatuurstudie geeft antwoord op de vraagstelling: welke interventiemogelijkheden vanuit de PMT zijn toepasbaar binnen de taken van verliesverwerking (Worden 1992) bij mensen met een lichamelijke beperking ten gevolge van een CVA, die begeleid worden binnen de revalidatiesetting.

Vanuit te weinig kennis, ervaring en de persoonlijke interesse in het begeleiden van revalidanten met een lichamelijke beperking en verliesverwerking is dit onderzoek ontstaan. Revalidanten met een lichamelijke beperking door een CVA (cerebro vasculaire accident), ervaren niet alleen een verstoring op lichamelijk gebied, maar ook in de identiteit, het zelfbeeld, het lichaamsbeeld, de relatie met de omgeving, de autonomie en het toekomstperspectief. De revalidant krijgt te maken met verlies en het verwerken hiervan. Het takenmodel (Worden 1992) beschrijft vier taken die door de revalidant voltooid moet worden om het verlies te verwerken. PMT (psychomotorische therapie), in de revalidatie, heeft als doel om de revalidant te helpen een optimale lichamelijke en psychosociale integratie te vinden. De PMT-er maakt gebruik van bewegings- en lichaamsgerichte interventies om een specifieke gedraging of beleving op te roepen bij de revalidant. Deze interventies zijn ook toepasbaar binnen de verliesverwerkingstaken, omdat de revalidant te maken heeft met verlies van het vertrouwde lichaam, het lichamelijk functioneren en zijn identiteit. De therapeut kan individueel, groeps- of systeem/gezin gericht werken vanuit de oefen-, ervarings- en ontdekkend gerichte strategie. De therapeut interenieert ook door middel van zijn therapeutisch attitude. Naast de interventies zijn er richtlijnen die in acht genomen moeten worden in het begeleiden bij verliesverwerking.

# Inhoudsopgave

|                                                                 | Pagina |
|-----------------------------------------------------------------|--------|
| Inleiding                                                       | 4      |
| Methode                                                         | 6      |
| Hoofdstuk 1: Lichamelijke beperking                             | 7      |
| 1.1 Inleiding                                                   | 7      |
| 1.2 Het lichaam                                                 | 7      |
| 1.3 De identiteit                                               | 7      |
| 1.4 Lichamelijke beperking                                      | 9      |
| Hoofdstuk 2: CVA                                                | 11     |
| 2.1 Inleiding                                                   | 11     |
| 2.2 Wat is CVA?                                                 | 11     |
| 2.3 Wat zijn de gevolgen van een CVA                            | 11     |
| 2.3.1 Indeling in drie stoornisgroepen                          | 12     |
| Hoofdstuk 3: Verliesverwerking                                  | 14     |
| 3.1 Inleiding                                                   | 14     |
| 3.2 Wat is verliesverwerking                                    | 14     |
| 3.3 Modellen voor verliesverwerking                             | 15     |
| 3.3.1 Takenmodel van Worden                                     | 16     |
| 3.3.2 Faseringsmodel van Kübler-Ross                            | 17     |
| 3.4 Wanneer verlies is verwerkt                                 | 17     |
| 3.5 Begeleiding bij verliesverwerking                           | 18     |
| Hoofdstuk 4: Psychomotorische therapie                          | 19     |
| 4.1 Inleiding                                                   | 19     |
| 4.2 Wat is PMT?                                                 | 19     |
| 4.3 PMT in de revalidatiesetting                                | 20     |
| 4.4 Interventies                                                | 20     |
| 4.5 Bewegingsgeoriënteerde en lichaamsgeoriënteerde methodieken | 21     |
| 4.6 Lichaamsgerichte benadering                                 | 22     |
| 4.7 PMT behandelstrategieën                                     | 23     |
| Resultaten                                                      | 24     |
| Discussie                                                       | 27     |
| Conclusie                                                       | 28     |
| Aanbevelingen                                                   | 31     |
| Literatuurlijst                                                 | 32     |
| Bijlagen                                                        | 34     |
| - Biopsychosociaal model                                        | 35     |
| - ICF model                                                     | 36     |
| - Kapstok PMT                                                   | 37     |

# Inleiding

Iedereen heeft te maken met veranderingen in het leven bijvoorbeeld een andere school, een andere partner of een verander(en)d lichaam. Dit onderzoek gaat over verandering van het lichaam.

Niemand kiest voor een ander lichaam, maar toch overkomt het veel mensen. Wanneer u een revalidatiecentrum binnenloopt zult u al snel zien dat hier revalidanten begeleid worden met een lichamelijke beperking. Wanneer het lichaam aangedaan wordt door een ziekte of ongeluk, zal de revalidant het lichaam anders gaan ervaren. In dit onderzoek is het overkomen van een CVA de oorzaak van de lichamelijke beperking. Deze keuze is gemaakt, omdat hiermee de meeste persoonlijke ervaring is opgedaan in de praktijk.

Het lichaam is niet meer vertrouwd: het ziet er anders uit en het functioneert niet meer zoals het deed. Revalidanten met een lichamelijke beperking moeten leren omgaan met de gevolgen. Ze moeten afscheid nemen van hun vertrouwde lichaam en de persoon die ze waren. Uit persoonlijke ervaring, in het werken met revalidanten met een lichamelijke beperking, kan gezegd worden dat het verwerken van het verlies een heel moeilijk proces is voor de revalidant. Vanwege te weinig kennis en ervaring, in het begeleiden van revalidanten met lichamelijke beperking en het verwerken van het verlies, is interesse ontstaan om hier onderzoek naar te doen. Het revalidatieproces is voornamelijk gericht op het voorkomen, genezen en terugbrengen van lichamelijke beperkingen. Vanuit persoonlijke ervaringen wordt er niet alleen een tekort ervaren in het begeleiden rondom de verliesverwerking van het lichamenlijk verlies, maar juist in het begeleiden van de psychosociale aspecten die hiermee verbonden zijn. De revalidatie is voor de psychomotorische therapeut nog een jong werkveld en daarom nog nauwelijks geïntegreerd. Dit wordt als gemis ervaren, omdat psychomotorische therapie, naar mijn persoonlijke mening, goed kan aansluiten bij revalidanten met lichamenlijk verlies en de hierbij horende psychosociale aspecten.

In dit onderzoeksverslag wordt door middel van een literatuuronderzoek gezocht naar het antwoord op de volgende vraagstelling:

*Welke interventiemogelijkheden vanuit de PMT zijn toepasbaar binnen de taken van verliesverwerking (Worden 1992) bij mensen met een lichamenlijke beperking ten gevolge van een CVA, die begeleid worden binnen de revalidatiesetting.*

Het doel van dit onderzoek is om inzicht te geven hoe de psychomotorische therapeut, werkende binnen de revalidatiesetting, de revalidant met lichamenlijke beperkingen door een CVA kan begeleiden bij de verliesverwerking.

Het onderzoeksverslag is opgebouwd in de volgende hoofdstukken:

## *Methoden*

In dit hoofdstuk wordt de opbouw van dit onderzoek beschreven.

## *Hoofdstuk 1: Lichamenlijke beperkingen*

In dit hoofdstuk komt de betekenis van het lichaam aan de orde. Het lichaam en het lichamenlijk functioneren is de uitingsvorm van de identiteit. Er zal dieper ingegaan worden op wat de identiteit is. Als laatst wordt besproken wat lichamenlijke beperking inhoudt en welke invloed dit heeft op het bestaansleven van de getroffene.

## *Hoofdstuk 2: CVA*

In dit hoofdstuk wordt beschreven wat CVA is en wat de gevolgen hiervan zijn. Vooral de motorische gevolgen zijn hier van belang.

## *Hoofdstuk 3: Verliesverwerking*

In dit hoofdstuk wordt beschreven wat verliesverwerking is. Het verwerkingsproces kan weergegeven worden met het faseringsmodel en het takenmodel. Als laatste komen de richtlijnen van het begeleiden bij verliesverwerking aan de orde.

#### *Hoofdstuk 4: PMT*

In dit hoofdstuk wordt beschreven wat PMT is en hoe dit plaatsvindt in de revalidatiesetting. Daarna zal dieper ingegaan worden op interventies die gericht zijn op bewegingsgedrag en lichaamsbeleving. De lichaamsgerichte benadering en drie behandelstrategieën worden besproken.

#### *Resultaten*

In dit hoofdstuk wordt een samenvatting gegeven van de gevonden literatuur uit de eerste vier hoofdstukken.

#### *Discussie*

In dit hoofdstuk wordt kritisch gereflecteerd op de methode, resultaten en uitvoering van het onderzoek.

#### *Conclusie*

In dit hoofdstuk zal het doel worden geëvalueerd en antwoord worden gegeven op de vraagstelling.

#### *Aanbevelingen*

In dit hoofdstuk worden de aanbevelingen geschreven voor eventuele uitvoering in de praktijk of voor verder onderzoek.

# Methode

Er is voor gekozen om antwoord te geven op de vraagstelling aan de hand van een literatuuronderzoek. Hier is voor gekozen, omdat er nog niet eerder een vergelijkbaar onderzoek heeft plaatsgevonden. De vraagstelling bestaat uit vier onderwerpen: Lichamelijke beperking, CVA, verliesverwerking en psychomotorische therapie. Deze onderwerpen zijn ingedeeld in hoofdstukken, zodat duidelijk naar voren komt wat de betekenis is van dit onderwerp. Bewust zijn de onderwerpen los van elkaar beschreven, zodat de onderwerpen vanuit een breder perspectief bekeken kunnen worden. Voor elk onderwerp is er apart gezocht naar relevante literatuur. Er is voor gekozen om bij elk onderwerp literatuur te verwijzen. Dit bevordert het terugvinden van literatuur en vergroot de betrouwbaarheid. In de resultaten wordt relevante informatie kort en krachtig beschreven.

Voor het onderwerp lichamelijke beperking is gezocht met de zoektermen: lichaam, lichamelijkheid, lichamelijke aandoeningen, lichamelijke beperkingen en lichamelijke verstoringen. Er is gebruik gemaakt van literatuur waarin naar voren komt wat het lichaam is, welke betekenis hieraan verleend wordt en welke psychosociale gevolgen optreden wanneer er een verstoring plaatsvindt. Informatie over de bouw van het lichaam en zijn werking is niet van toepassing voor dit onderzoek. Literatuur is gezocht bij [google.nl/boeken](http://google.nl/boeken), de literatuurlijst van andere gebruikte boeken en de openbare bibliotheek in Veenendaal.

Voor het onderwerp CVA is gezocht met de zoektermen: CVA, gevolgen van CVA, motorische/ lichamelijke gevolgen van een CVA, verliesverwerking bij mensen met CVA. Er is gebruik gemaakt van literatuur waarin naar voren komt wat CVA is en wat de gevolgen zijn. Hierbij werd alleen gebruik gemaakt van literatuur waarin duidelijk de lichamelijke en motorische gevolgen werden beschreven. Mede dankzij professionele hulpverleners, werkende binnen het revalidatiecentrum De Hoogstraat, is er literatuur gevonden dat aansluit bij dit onderzoek. Gebruikte literatuur is gevonden op internetsites met betrekking tot CVA, bij de bibliotheek in het revalidatiecentrum De Hoogstraat in Utrecht en de schoolbibliotheek op de Hogeschool Windesheim in Zwolle.

Voor het onderwerp verliesverwerking is gezocht met de zoektermen: verlies, verliesverwerking, lichamelijke verstoring, begeleiding bij verlies. Andere definities die gebruikt zijn voor verlies en verliesverwerking zijn rouw, rouwproces en rouwverwerking. Geïnccludeerde literatuur moest voldoen aan de betekenis van verlies, verliesverwerking, het takenmodel en richtlijnen van begeleiden. Rouw die specifiek over overlijden ging is uitgesloten voor dit onderzoek. Gebruikte literatuur is gevonden bij [google.nl/boeken](http://google.nl/boeken), de literatuurlijst van relevante scripties, de literatuurlijst van gebruikte boeken, de openbare bibliotheek in Veenendaal en via websites over verlies en rouwverwerking.

Voor het onderwerp psychomotorische therapie is gezocht met de zoektermen: PMT, PMT en revalidatie, interventies, lichaamsgericht interventies. Er is gebruik gemaakt van literatuur die te vinden is op de site voor psychomotorische therapie, boeken die in bezit zijn voor de opleiding PMT/BA en theorie die gegeven is tijdens de lessen van de opleiding door PMT-docenten. Aan de hand van gevonden literatuur over PMT zijn er keuzes gemaakt om literatuur te includeren of niet. Er is specifiek gezocht en gebruik gemaakt van literatuur waarin duidelijk naar voren komt wat PMT is en wat dit met het lichaam en bewegen te maken heeft. Daarnaast is er vooral naar lichaamsgerichte interventies gezocht.

Er is voor gekozen om in de conclusie eerst de interventiemogelijkheden vanuit de PMT te beschrijven. Daarna zal de koppeling plaatsvinden tussen lichamelijke beperking en verliesverwerking. Dit wordt gedaan door middel van het beschrijven van de taken toegespitst op revalidanten met lichamelijke beperking door CVA. Daarna wordt er antwoord gegeven aan de hand van een overzichtelijke tabel waarin de koppeling plaatsvindt tussen lichamelijke beperking, verliesverwerking en interventiemogelijkheden vanuit de PMT.

# Hoofdstuk 1: Lichamelijke beperking

## 1.1 Inleiding

Iedereen heeft een lichaam en elk lichaam ziet er anders uit. Iedereen ervaart het eigen lichaam anders en hierdoor is de betekenis van het lichaam per persoon verschillend.

*‘Het menselijk lichaam is de meest concrete representant van de menselijke identiteit. In het handelen, herkent men de mens en de persoon die door dat lichaam wordt vertegenwoordigd’*  
(Bergsma, J. 2002)<sup>1</sup>.

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de betekenis van het lichaam, van de identiteit en van een lichamelijke beperking. Lichamelijke beperking kan een gevolg zijn van (ernstige) ziekte, een ongeval of van aangeboren afwijkingen. Dit onderzoek richt zich op de lichamelijke beperking als gevolg van een CVA. In het hoofdstuk CVA zal verder ingegaan worden op CVA.

## 1.2 Het lichaam

Het lichaam kan gezien worden als een machine die ervoor zorgt dat principes daadwerkelijk uitgevoerd worden. Wanneer het lichaam, de machine, te maken krijgt met beperkingen, betekent dit, dat er sprake kan zijn van een terugval in fysieke afhankelijkheid. Het lichaam kan zijn functie niet meer uitvoeren en heeft hulp nodig van buitenaf. Het lichaam kan ook gezien worden als een soort spiegel. Het geeft weer wat er zich binnen in de persoon afspeelt aan gedachten en emoties, het zendt informatie. Daarnaast is het lichaam ook het middel tot communicatie. Het ontvangt en zendt signalen uit in interactie met de omgeving. Het lichaam wordt ook in beweging gezet. Door het lichamenlijk bewegen doen mensen sociale contacten op, voelen ze zich gezonder, accepteren ze eigen grenzen en mogelijkheden, wordt plezier ervaren en worden competentiegevoelens opgebouwd. (Sietsma, L.W. 1997) Door middel van het lichamenlijk handelen, wordt de identiteit naar buiten gebracht en is dit kenbaar voor de persoon zelf, maar ook voor de omgeving.

*‘Het lichamenlijk zijn, het lichamenlijk functioneren, wordt ervaren als het zijn van de identiteit’*(Bergsma, J. 2002)

## 1.3 De identiteit

De identiteit zegt iets over wie iemand is en hoe hij zich voordoet. Hierbij gaat het om persoonlijke eigenschappen, bepaalde normen, de denk- en gevoelswereld, de inhoud en het uiterlijk van het lichaam. (Bergsma, J. 2002) Elke identiteit heeft specifieke kenmerken, waardoor hij onderscheiden wordt van andere identiteiten. Een ander woord dat gebruikt kan worden voor identiteit is kern. *‘De kern is te beschouwen als het fundament waarop het feitelijke bestaan rust’*. (Monnink, H. 2002) De kern bestaat uit: controle, eigenwaarde, rechtvaardigheidsbesef en nu-in-relatie-tot-later.

Betekeningen die toegekend worden aan jezelf en de omgeving komen voort uit de behoefte om je kern te behouden en te beschermen. Wanneer verlies optreedt kan dit één of meerdere aspecten van de kern aantasten. Verlies en kern beïnvloeden elkaar.

Een eigenschap van identiteit is zelfherkenning: je kunt vandaag jezelf vergelijken met hoe je tien jaar geleden was en nog steeds dezelfde persoon zijn. Dit heeft allemaal te maken met de persoonlijke geschiedenis. Je vergelijkt jezelf met je verleden, maar ook met de tijd die nog gaat komen: het toekomstperspectief. Doordat mensen door de jaren heen veranderen is er ook sprake van aanpassingen. Het ervaren van de eigen ‘ik’, houdt ook in dat ‘ik’ herkenbaar blijft voor anderen, ondanks de veranderingen. Daarnaast wordt de identiteit ervaren door het zelfbewustzijn: we hebben weet van onszelf. Het bewust zijn van jezelf: ‘dat ben ik’ heeft te maken met ons *zelfbeeld*, dit zijn beelden en voorstellingen die we van onszelf vastleggen: de manier waarop we zijn. Aan dit zelfbeeld worden positieve en/of negatieve waarden toegekend. Van het woord zelfbeeld kan het woord lichaamsbeeld worden afgeleid. Hier wordt de subjectieve perceptie van de eigen lichamenlijkheid onder verstaan.

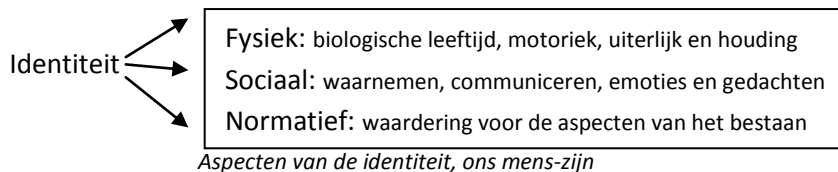
---

<sup>1</sup> Bergsma, J. (2002) *Lichamenlijke verstoring en autonomie*, Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, pag. 15

Het lichaamsbeeld wordt ingedeeld in drie aspecten <sup>2</sup>(Kugel, 1969): lichaamsplan, lichaamsbesef en lichaamsidee. Het lichaamsplan wordt gezien als het lijfelijke subject zelf met de mogelijkheden om in interactie met de wereld te staan. Bij het lichaamsbesef wordt het eigen lichaam gezien als objectivering: zijn houding, de positie in de ruimte en de bewegingen. Je ziet het lichaam in de spiegel en kan het benoemen. De lichaamsidee is het subjectieve oordeel dat gegeven wordt aan het eigen lichaam. Het lichaam wordt subjectief en objectief waargenomen. Subjectief door de persoon zelf en de positieve en/of negatieve waarde die aan het lichaam toegekend wordt. De bouw van het lichaam met spieren, botten en bloedvaten is de objectieve waarneming.

De ontwikkeling van de identiteit speelt zich af tussen de mogelijkheden die iemand uit zichzelf heeft en de verwachtingen van de omgeving met betrekking tot de mogelijkheden. Hierbij speelt *zelfacceptatie* een belangrijke rol: dit is het positieve en/of negatieve waardeoordeel dat de persoon over zichzelf heeft, nadat het beeld bij belangrijke interne en externe verwachtingen en waarden is getoetst. <sup>3</sup> Vooral in veranderde situaties kan iemand hiermee geconfronteerd worden.

De identiteit, ook wel ons mens-zijn, wordt ingedeeld in drie aspecten: <sup>4</sup> de mens als lichaam, de mens als sociaal wezen en de mens als normatief wezen. Deze drie aspecten staan in wisselwerking met elkaar en kunnen niet los van elkaar gezien worden. Wanneer er sprake is van een lage waardering of acceptatie van een bepaald aspect kan dit de andere aspecten verlagen of verstoren. Daarnaast hebben zij ook invloed op ons zelfbeeld en indirect met de zelfacceptatie. Hoe het zelfbeeld wordt gewaardeerd kan door invloed van verschillende omstandigheden bij de aspecten uit een lopen. Kort worden de aspecten van de identiteit behandeld om een beter beeld te krijgen wat de aspecten inhouden.



#### *Fysiek aspect*

Onder het fysieke aspect worden de biologische leeftijd, motoriek, uiterlijk en houding verstaan. Biologische leeftijd is de levensloop van baby naar ouder. Motoriek is de wijze waarop het lichaam gebruikt wordt en gebruikt kan worden. Het lichaam wordt ervaren als een instrument dat bespeeld wordt en doet wat door de persoonlijke wil wordt opgelegd. Het besef van ruimte, afstand, risico's angst, uitdaging, succes en het vertrouwen in eigen lichaam hangen hiermee samen. Dit is van belang, omdat hiermee de mate van (on)afhankelijkheid wordt bepaald. Het niet kunnen lopen, eten of schrijven maakt dat de persoon aangewezen is op hulp van anderen. Hoe iemand eruit ziet heeft invloed op het beeld dat gevormd wordt over zichzelf en de manier waarop gedacht wordt hoe anderen degene waarnemen. Het uiterlijk heeft te maken met het lichamelijk functioneren. Het fysieke beeld heeft invloed op de non-verbale communicatie met anderen. Doordat het lichaam signalen zendt en ontvangt, wordt de fysieke basis voor intermenselijke contacten en de ontwikkeling van het zelfbeeld en de zelfacceptatie gevormd.

<sup>2</sup> Broekaert, E. & Hove van, G. (2007), *Handboek bijzondere orthopedagogiek*, Antwerpen – Apeldoorn: Garant

<sup>3</sup> Bergsma, J. 2002, *lichamelijke verstoring en autonomie*, Maarssen: Elsevier gezondheidszorg, pag. 20

<sup>4</sup> Bergsma, J. 2002, *lichamelijke verstoring en autonomie*, Maarssen: Elsevier gezondheidszorg

### *Sociaal aspect*

Onder het sociale aspect wordt het waarnemen, het communiceren, de emotie en cognitie verstaan. Waarnemen is een actief proces dat ervoor zorgt dat persoonlijke beelden worden gevormd, dit vindt plaats via de zintuigen. De gevormde beelden vertegenwoordigen hoe de werkelijkheid gezien wordt, dit is dus subjectief. Gevoelens en gedachten uitwisselen en uitwisselbaar maken door middel van beweging en taal wordt gezien als communiceren. Lichaamshouding en motoriek worden gezien als de context waardoor betekenis verleend kan worden. De ervaren gevoelswaarden die ontwikkeld wordt in relatie tot de persoon zelf, de anderen en het andere worden emoties genoemd. Cognitie is het 'weten' van de relatie en de kennis om daar betekenis aan te verlenen.

### *Normatief aspect*

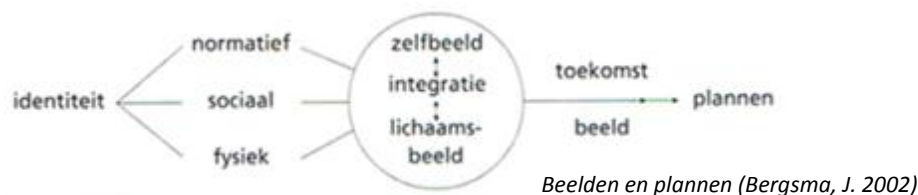
Onder normatieve aspecten wordt de waardering voor de verschillende aspecten van het bestaan verstaan. De mens is normatief, omdat hij persoonlijke belangen of waarden kan toekennen aan kennis, gevoelens en gebeurtenissen. Daarnaast kunnen deze belangen en waarden getoetst worden aan de normen van anderen. Doordat iedereen te maken heeft met eigen waardebepalingen wordt dit gevormd en opgeslagen in de persoonlijke ervaringen. Wanneer er verandering optreedt in het uiterlijk of het lichamelijk functioneren zijn de confrontaties met de normen het scherpst en hebben het meeste effect op de lichaamsbeleving en de zelfwaardering. (Bergsma, J. 2002)

### 1.4 Lichamelijke beperking

Door een lichamelijke beperking kan het uiterlijk, het lichamelijk functioneren, de instrumentele beheersing, de non-verbale en verbale communicatie worden bedreigd. Niet alleen een bepaald deel van het lichaam is verdwenen of van functie veranderd. Het hele lichaam wordt als beschadigd ervaren: het is verbroken, gebroken, ontsierd en het zal nooit meer op vertrouwde wijze kunnen functioneren. Er is sprake van argwaan, achterdocht, vrees, angst voor en wantrouwen van het eigen lichaam. Voor getroffenene kan het bewegen een lastig bestaansveld zijn. Door hun beperking zijn bewegings- en sportieve activiteiten moeilijker uitvoerbaar. Ze worden in het bewegen geconfronteerd met hun lichamelijke beperking. Het lichaam kan hierdoor als last worden ervaren.<sup>5</sup> Door afwijkingen van het lichaam verandert de waardetoekenning. Het lichaam is niet meer volledig passend in het vertrouwde zelfbeeld. Het lichaam kan door de getroffenene anders beleefd worden, het voelt anders: vreemd of gespannen. Het lichaam zal niet meer als eigen worden ervaren. Een veranderd uiterlijk kan leiden tot schaamte, terugtrekgedrag of zelfs hekel aan het eigen lichaam. (Emck C. & Bosscher R.J. 2008). Door de lichamelijke beperking is er sprake van verstoring van de identiteit en de wisselwerking met de omgeving.

*Een verstoring wordt opgevat als een verstoring van het relatieve evenwicht van de (geïntegreerde) identiteit. Dat wil zeggen dat het evenwicht in de samenhang tussen lichamelijke, psychosociale en normatieve aspecten (tijdelijk) verbroken is. (Bergsma, J. 2002)*

Het lichaam is niet meer herkenbaar voor getroffenene en de daarmee verbonden identiteit. Door de afwezigheid van het lichamelijke perspectief is de identiteit ook niet meer in beweging en zal het relaties met de anderen en het andere uit de weg gaan. Door lichamelijke beperking zal er een onderscheid plaatsvinden tussen subjectief en objectief. Het lichaam zal meer als ding, object ervaren worden in plaats van het 'zelf'. De relatie tussen de identiteit, het zelfbeeld, het lichaamsbeeld, de omgeving en het toekomstperspectief kan in ernstige mate worden verstoord door een lichamelijke beperking.



<sup>5</sup> Sietsma, L.W. (1997), *Betekenenissen van bewegen in de revalidatie*, reader Werkveldorientatie (G079), pag. 4 – 16

### *Autonomie*

Verstoringen met ernstige consequenties doen een aanslag op iemands autonomie. Autonomie houdt in dat getroffen personen de mogelijkheid heeft om: het evenwicht binnen de aspecten van de identiteit bij te stellen, het eigen handelen te sturen en adequaat gebruik te maken van de omgeving.<sup>6</sup> Door een verlieservaring, verliezen getroffen personen het gevoel van fysieke en psychische onschendbaarheid, onkwetsbaarheid, onafhankelijkheid en verliezen ze hun vertrouwen in zichzelf en in de medemens. (Monnink, H. 2008)

### *De omgeving*

Lichamelijke verstoring heeft niet alleen te maken met de getroffen persoon zelf, maar heeft ook invloed op hoe de persoon in relatie staat tot de anderen en het andere. Door het verlies en het lijden dat hiermee gepaard gaat, kan iemand in zichzelf keren. Het gevolg hiervan is dat er een verandering plaatsvindt in de betekenisgeving aan de omgeving.

Vanuit de maatschappij worden er bepaalde normen gesteld. Doordat iemand niet meer aan deze normen kan voldoen, betekent dit ook dat er niet meer aan eigen gestelde doelen voldaan kan worden. Onterechte gevoelens van schaamte en schuld tegenover zichzelf en de omgeving kunnen een bedreiging zijn voor het zelfbeeld, eigen waardering en zelfacceptatie.

Het gezin kan een steunende factor zijn in de omgang met het verlies. Vooral positieve support vanuit de omgeving heeft een gunstige invloed in het leren leven met het nieuwe lichaam en de nieuwe identiteit. De getroffen persoon moet zichzelf weer terugvinden. Intensieve begeleiding, ook vanuit de omgeving, maakt het mogelijk dat getroffen personen het lichaam als object en subject ziet en niet alleen maar als ding.<sup>7</sup>

*Dhr. van Dijk werd afgelopen maandagochtend 9 april tijdens zijn slaap getroffen door een CVA. Hij werd 's ochtends wakker en kon zijn linkerarm en been niet meer bewegen. Door zijn vriendin is hij naar het ziekenhuis gebracht. Na hier een tijdje gelegen te hebben voor onderzoek, werd hij doorverwezen naar het revalidatiecentrum de Hoogstraat in Utrecht. Het revalidatiecentrum zag hij helemaal niet zitten. Dhr. kreeg te horen dat de eerste paar maanden voornamelijk herstel is het lichaam. Hij heeft altijd hard gewerkt in zijn leven. Dhr. traint hard bij de fysiotherapie en sporttherapie. Hij wil weer de oude worden en hij is er zeker van dat als hij zo doorgaat, gewoon weer op de fiets naar het werk kan. Na een aantal maanden ziet dhr. er moe en wit uit. Dhr. blijft werken en trainen om weer de oude te worden. Hij wil er niet aan toegeven dat hij 'gehandicapt' is en blijft.*

<sup>6</sup> Bergsma, J. (2002) *Lichamelijke verstoring en autonomie*, Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, pag. 52

<sup>7</sup> Bergsma, J. 2002, *lichamelijke verstoring en autonomie*, Maarssen: Elsevier gezondheidszorg, pag. 135

# Hoofdstuk 2: CVA

## 2.1 Inleiding

Cerebro vasculaire accident(CVA) betekent letterlijk een ongeluk in de hersenen. Dit kan ontstaan door een hersenbloeding of een herseninfarct. Door een bloeding of infarct kan er een acute verstoring van de bloedcirculatie in de hersenen plaatsvinden. Hierdoor krijgt een bepaald gebied in de hersenen te weinig of geen bloed. Hersenen werken goed wanneer er voldoende zuurstof en glucose is. Doordat er op een bepaald gebied geen of te weinig bloed komt, is er in dat gebied niet voldoende zuurstof en glucose waardoor de hersenen niet meer goed kunnen werken. Het gevolg van te weinig bloedtoevoer is dat er functieverlies optreedt. Volgens de Nederlandse hersenstichting<sup>8</sup> krijgen jaarlijks 41.000 Nederlanders een CVA. Hiervan is driekwart ouder dan 65 jaar. Mensen die getroffen zijn door een CVA komen in aanmerking voor revalidatie wanneer (waarschijnlijke) blijvende beperkingen ervaren gaan worden in het dagelijks leven.<sup>9</sup>

## 2.2 Wat is een CVA?

CVA is de overkoepelende naam voor een hersenbloeding en herseninfarct.

### *1. Hersenbloeding*

Ongeveer 20% van de mensen met een CVA hebben te maken met een hersenbloeding. Hierbij is er sprake van een scheur in de vaatwand, waardoor bloed naar buiten stroomt en op verkeerde plekken terecht komt. Door het bloed worden de hersenen samengedrukt. Wanneer de druk te groot wordt, sterven er hersencellen. Daarnaast krijgen de cellen die afhankelijk zijn van het bloed dat weggestroomd is, geen zuurstof en glucose meer. Een bloeding kan in de hersenen voorkomen, maar ook binnen de schedel buiten de hersenen.

### *2. Herseninfarct*

De overige 80% van mensen met een CVA hebben te maken met een infarct. Bij een infarct is er sprake van een afsluiting van een bloedvat van de hersenen. De oorzaak hiervan is het dichtslippen van een bloedvat of door een propje dat ergens anders in het lichaam wordt gevormd. Door de acute afsluiting van het bloedvat krijgen de hersenweefsels in dit gebied onvoldoende bloedtoevoer met zuurstof en glucose waardoor deze hersenweefsels afsterven.

## 2.3 Wat zijn de gevolgen van een CVA?

De gevolgen van een hersenbloeding of herseninfarct lopen uiteen. Dit heeft te maken met de plaats en de ernst van de bloeding of het infarct in de hersenen. De hersenen hebben een linker- en een rechterhelft. Deze helften verschillen van elkaar van functie en daarom zal een letsel links andere gevolgen hebben dan rechts. Kort zullen algemene gevolgen besproken worden, maar dit onderzoek beperkt zich alleen tot de lichamelijke gevolgen van een CVA.

---

<sup>8</sup> <https://www.hersenstichting.nl/alles-over-hersenen/hersenaandoeningen/beroerte.html>

<sup>9</sup> [http://www.dehoogstraat.nl/revalideren/volwassenen/aandoening/beroerte/3.\\_voor\\_wie\\_is\\_revalidatie\\_zinv](http://www.dehoogstraat.nl/revalideren/volwassenen/aandoening/beroerte/3._voor_wie_is_revalidatie_zinv)  
o

### 2.3.1 Indeling in drie stoornisengroepen<sup>10</sup>

Er wordt gebruik gemaakt van een classificatiesysteem waarin de gevolgen worden ingedeeld in drie stoornisengroepen.<sup>11</sup> (fig. 1.0). In het figuur wordt de benaming stoornissen/veranderingen gebruikt voor het aan geven van de gevolgen van een hersenbeschadiging. In dit onderzoek wordt gekozen voor de benaming gevolgen. De neurologisch, neuropsychologische en psychologische gevolgen vanuit bovenstaande figuur zijn primaire gevolgen van het hersenletsel. Dit houdt in dat deze rechtstreeks voortkomen uit de hersenbeschadiging. Secundaire gevolgen komen voort uit de primaire gevolgen, de psychosociale problemen.

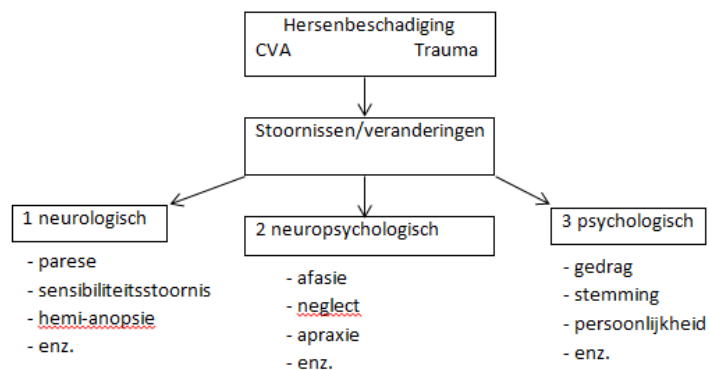


Fig. 1.0: indeling van de stoornissen als gevolg van hersenbeschadiging

Kort zullen de gevolgen besproken worden. Dit onderzoek is alleen gericht op de eerste stoornisgroep: de neurologische gevolgen en dan vooral de lichamelijke/motorische gevolgen hiervan. Deze keuze wordt gemaakt, omdat dit gezien wordt als de lichamelijke beperking.

#### a. Neurologische stoornissen

Binnen neurologische stoornissen kan de indeling gemaakt worden in motorische stoornissen, sensorische stoornissen, epilepsie en vermoeidheid.<sup>12</sup>

#### Motorische stoornissen

Bij 80%<sup>13</sup> van de mensen met een CVA komt direct na het CVA verlamming en krachtsverlies in een arm en/of been voor. Hierbij is dus een lichaamshelft aangedaan. Wanneer het CVA links heeft plaatsgevonden zal er uitval bij de rechter lichaamshelft zijn. Bij een CVA rechts is er bij de linker lichaamshelft uitval. Bij een volledige verlamming van de linker of rechter lichaamshelft wordt er gesproken over een hemiplegie. Hierbij is er geen beweging mogelijk aan de aangedane lichaamshelft. Bij een hemiparese is er sprake van een niet volledige verlamming. Zoals uitval van alleen het arm, been of gezicht, hierbij is er in geringe mate nog beweging mogelijk. De spraakmotoriek kan ook aangedaan zijn, waardoor iemand moeite heeft met praten. Dit wordt dysartrie genoemd.

Vlak nadat de CVA heeft plaatsgevonden, zijn de aangedane ledematen volledig slap. Bij herstel blijven er vaak nog problemen bestaan in de coördinatie van bewegingen, waardoor de bewegingen minder soepel verlopen. Soms treedt er angst op bij mensen die weer moeten leren lopen. Uit onderzoek is gebleken dat 72% van de mensen met een CVA na een ziekenhuisopname beperkingen blijft houden in het uitvoeren van activiteiten in het dagelijkse leven.<sup>14</sup> Deze mensen moeten leren leven met lichamelijke beperkingen.

<sup>10</sup> Cranenburgh van B. (2009) *Neuropsychologie, over de gevolgen van hersenbeschadiging*, Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg

<sup>11</sup> Cranenburgh van B. (2009) *Neuropsychologie, over de gevolgen van hersenbeschadiging*, Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, pag. 53

<sup>12</sup> Palm, J. (2005) *Omgaan met hersenletsel. Hulp bij een veranderd leven*. Assen; Van Gorcum & Comp. B.V., pag. 81, 82

<sup>13</sup> Franke, C.L. & Limburg, M. (2006) *Handboek cerebrovasculaire aandoeningen*, Utrecht: De tijdstroom, par. 4.4, pag. 21

<sup>14</sup> Franke, C.L. & Limburg, M. (2006) *Handboek cerebrovasculaire aandoeningen*, Utrecht: De tijdstroom, par. 4.4, pag. 21

### *Sensorische stoornissen*

Bij sensorische stoornissen is sprake van verlies in zintuiglijke registratie, waarbij de reuk, smaak, tast, gezichtsvermogen en/of gehoorfuncties aangedaan zijn. Wanneer bij beide ogen het gezichtsveld is aangedaan wordt er van hemianopsie gesproken. Er is dan moeite met lezen en schrijven, want ze nemen de helft van de bladzijde waar. Stoornissen in het gevoel, sensibeleitsstoornissen, kunnen verschillen in het niet meer voelen van iets kouds of warm of het niet ervaren van aanrakingen van de huid.

### *Epilepsie*

Epilepsie kan meteen na het CVA optreden of langere tijd erna. Epilepsie is het regelmatig optreden van aanvallen. Dit komt door veranderingen in de elektrische activiteit in de hersenen. Hersencellen communiceren met elkaar. Bij epilepsie zijn sommige hersencellen overactief en geven willekeurig elektrische signalen af.

### *Vermoeidheid*

Vermoeidheid is iets dat vooral in de eerste periode na het CVA aanwezig is. Deze vermoeidheid kan lang aanhouden wat een negatieve invloed heeft op het herstel van de getroffen.

### *b. Neuropsychologische stoornissen*

Neuropsychologische stoornissen zijn de cognitieve stoornissen. Vormen hiervan zijn afasie (taalstoornis in het begrip en het gebruiken van taal), agnosie (herkenningsstoornis), apraxie (stoornis in doelmatig handelen), amnesie (geheugenstoornis), aandachts- en concentratiestoornissen, ruimtelijke verwerkingsstoornis (moeite met nieuwe informatie), neglect (hierbij is er verminderde aandacht voor de aangedane lichaamshelft of ruimtehelft), persevereren (niet kunnen stoppen met een handeling of zeggen van hetzelfde woord), geheugenstoornissen en problemen met generaliseren (wat geleerd is in de ene situatie toe te passen in een andere situatie). Deze stoornissen zijn op het eerste oog niet zichtbaar voor de omgeving. Hierdoor kan de omgeving de vermogens van de getroffen persoon overschatten.

### *c. Psychologische stoornissen*

Door een CVA kan het gedrag, de stemming en iemands persoonlijkheid veranderen. Deze veranderingen zijn een direct gevolg van het hersenletsel door de CVA. Depressie is een veel voorkomende stoornis bij mensen met een CVA. Getroffene kan aan de ene kant initiatiefloos, negatief en suf overkomen, en anderzijds impulsief en agressief. Door verminderd ziekte-inzicht kan er sprake zijn van ondoordacht gedrag.

# Hoofdstuk 3: Verliesverwerking

## 3.1 Inleiding

In het eerste hoofdstuk over het lichaam en lichamelijke beperking kwam al naar voren dat getroffen te maken krijgt met verlies. Verlies kan worden gezien als de waarneming dat een geliefd onderdeel van je leven ten einde is<sup>15</sup>. In dit onderzoek is er sprake van feitelijk verlies van de functie van het lichaam. Deze lichamelijke beperking heeft invloed op de identiteit, het zelfbeeld, het lichaamsbeeld en daarmee het toekomstperspectief. Na een verlies treedt er bij getroffen rouw op. Dit zijn de reacties die optreden na een verlies van een dierbaar iets of iemand waarmee een betekenisvolle relatie bestond.<sup>16</sup> Het verwerken van verlies kan aan de hand van verschillende modellen. Twee hiervan zullen besproken worden. Daarnaast is het belangrijk om te weten hoe getroffen begeleid kan worden bij verliesverwerking.

## 3.2 Wat is verliesverwerking

In dit onderzoek wordt gekozen voor de volgende definitie voor verliesverwerking:

*‘Het bewust en waardig afscheid nemen – op alle levensniveaus – van een verloren gegaan, geliefd onderdeel van je bestaan en het overgaan naar een nieuw levenshoofdstuk met herinnering aan het oude’.* (Mönnink, H.)<sup>17</sup>

Deze definitie wordt gekozen, omdat hierin benadrukt wordt dat verwerken van verlies iets is dat de getroffen zelf bewust, actief moet doen. Met de verwoording - op alle levensniveaus, wordt bedoeld dat afscheid genomen en afgerond moet worden op existentieel, cognitief, fysiek, emotioneel, praktisch-materieel, gedragsmatige, expressief, zintuiglijk en op ritueel niveau.<sup>18</sup> Dit omvat het gehele mens-zijn en is daarom passend voor dit onderzoek. Daarnaast wordt met deze definitie aangegeven dat de getroffen overgaat naar een nieuwe levensfase, maar wel het oude in herinnering houdt.

Een andere definitie die gebruikt kan worden voor verliesverwerking is:

*‘Verliesverwerking is een ander woord voor rouw. Het is een psychologisch proces met als doel het geleden verlies te integreren in het bestaan, zodat normaal functioneren weer mogelijk is’.* (Belle-Kusse van, P. + Vranken, P.)<sup>19</sup>

In deze definitie komt niet duidelijk naar voren dat het verwerken van een verlies een bewust, actief proces is. Daarom wordt er niet gekozen voor deze definitie.

Afscheid nemen is een belangrijk element in verliesverwerking. Het tastbaar en voelbaar afscheid nemen kan getroffen helpen om de onomkeerbaarheid van het verlies toe te laten. Verwerken van het verlies gaat gepaard met vergelijken. De getroffen vergelijkt zichzelf voortdurend met hoe zijn zelfbeeld, lichaamsbeeld en zelfacceptatie bekend was en hoe zijn toekomstperspectief eruit zag. Daarnaast vergelijkt hij zichzelf met ‘gezonde’ mensen en lotgenoten. Door deze vergelijkingen kunnen er vragen opgeroepen worden ten aanzien van eigen lichamelijke waardering, het zelfbeeld, het lichaamsbeeld, de zelfacceptatie en daarmee de identiteit.

<sup>15</sup> Mönnink de, H. (2008) *Verlieskunde, handleiding voor de beroepspraktijk*, Maarssen: Elsevier, pag. 37

<sup>16</sup> Prof. Dr. Bout van, J. & Drs. Boelen, P.A. & Dr. Keijser de, J. (1998), *Behandelingsstrategieën bij gecompliceerde rouw en verliesverwerking*, Houten: Bohn Stafleu van Lochum, pag. 2

<sup>17</sup> Mönnink de, H. (2008) *Verlieskunde, handleiding voor de beroepspraktijk*, Maarssen: Elsevier, pag. 38

<sup>18</sup> Mönnink de, H. (2008) *Verlieskunde, handleiding voor de beroepspraktijk*, Maarssen: Elsevier

<sup>19</sup> Eilander H. & Belle-Kusse van P. & Vranken P. (2006) *Hersenletsel: achtergronden en aanpak – ze zeggen dat ik zo veranderd ben*, Den Haag: Lemma

### 3.3 Modellen voor verliesverwerking

Vroeger werd verwerken van verlies gezien als iets dat aan de hand van bepaalde volgorde van fases doorlopen moest worden. Na het doorlopen van deze fasen zou de getroffenene het verlies verwerkt hebben.<sup>20</sup> Wanneer iemand een bepaalde fase nog niet heeft ervaren zou de verwerking niet goed verlopen zijn. Dit is alleen niet wetenschappelijk bewezen.<sup>21</sup> In dit onderzoek zal het bekende faseringsmodel van Kübler-Ross kort aan de orde komen.<sup>22</sup> In geleverde kritiek op dit faseringsmodel wordt aangegeven dat het niet noodzakelijk is dat getroffenene elke fase doormaakt, de fasen niet altijd op elkaar volgen en dat bepaalde fasen niet eenmaal, maar herhaaldelijk voorkomen.<sup>23</sup>

Tegenwoordig wordt er meer gebruik gemaakt van het takenmodel. Bewust wordt gekozen voor de benaming 'taken', omdat hierin wordt aangegeven dat verwerken een actief proces is van getroffenene. De getroffenene zelf doet het belangrijkste werk. In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van het takenmodel van de Amerikaanse rouwtherapeut Worden (1992). In zijn takenmodel benoemt hij vier taken die volbracht moet worden om het verwerkingsproces te voltooien. Wanneer een taak niet of niet geheel is voltooid kan dit verdere groei en ontwikkeling belemmeren.<sup>24</sup> Dit takenmodel doet geen uitspraak over het rouwproces, maar over de uitkomsten die verricht moeten worden. Het geeft duidelijk aan waarnaar gestreefd wordt.<sup>25</sup> Hoewel er geen specifieke volgorde is geformuleerd, lopen de taken wel redelijk chronologisch.

Beide modellen zijn vooral beschreven voor nabestaanden in verband met overlijden. Mensen met een lichamelijke beperking hebben ook degelijk te maken met verlies, rouw en de verwerking hiervan, daarom zijn deze modellen ook voor dit onderzoek van toepassing. Er wordt bewust gekozen om in dit onderzoek gebruik te maken van het takenmodel van Worden, omdat hierin de getroffenene zelf actief de taken moet voltooien en omdat er gestreefd wordt naar een uitkomst. Het faseringsmodel van Kübler-Ross zal verder achterwege gelaten worden.

*Na de eerste drie maanden is dhr. van Dijk moe. Hij wil er niet aan toegeven dat zijn lichaam niet meer wil herstellen en dat hij altijd een 'manke poot' blijft houden. Dhr. geeft aan dat zijn lichaam alles is voor hem. Het is zijn status, waar hij altijd mee kon pronken. Nu is zijn lichaam niet meer zoals het was. Hij is boos en teleurgesteld. Hulp van anderen wil hij niet aannemen, want dan voelt hij zich zwak. Dhr. heeft te maken gekregen met een extra klap: zijn vriendin heeft het uitgemaakt, want het werd allemaal te veel voor haar. Dhr. toont geen emoties. Hij beredeneert alles wat hij denkt te voelen of praat om zijn gevoelens heen.*

<sup>20</sup> Prof. Dr. Bout van, J. & Drs. Boelen, P.A. & Dr. Keijser de, J. (1998), *Behandelingsstrategieën bij gecompliceerde rouw en verliesverwerking*, Houten: Bohn Stafleu van Lochum

<sup>21</sup> Bout van den, J. & Veen van der E. (1997), *Helpen bij rouw*, Utrecht: De Tijdstroom, pag. 56

<sup>22</sup> Prof. Dr. Bout van, J. & Drs. Boelen, P.A. & Dr. Keijser de, J. (1998), *Behandelingsstrategieën bij gecompliceerde rouw en verliesverwerking*, Houten: Bohn Stafleu van Lochum, pag. 3

<sup>23</sup> Polspoel, A. (2007) *Wenen om het verloren ik, over verlies en rouw*, Kampen: Ten Have, pag. 35

<sup>24</sup> Polspoel, A. (2007) *Wenen om het verloren ik, over verlies en rouw*, Kampen: Ten Have, pag. 40

<sup>25</sup> Bout van den, J. & Veen van der E. (1997), *Helpen bij rouw*, Utrecht: De Tijdstroom, pag. 56

### 3.3.1 Taken model van Worden (1992)<sup>26</sup>

Worden beschrijft vier taken in een verwerkingsproces:

#### *De realiteit van het verlies aanvaarden*

Wanneer iemand te maken krijgt met iets onverwachts, is er altijd een gevoel dat het niet waar kan zijn. Het is aan de getroffenene om volledig zicht te krijgen in de realiteit van het verlies. Getroffene wordt heen en weer geslingerd tussen het wel weten, maar niet accepteren. Het aanvaarden van het verlies heeft tijd nodig. Het kan zijn dat iemand het feitelijke verlies, de betekenis van het verlies of de onomkeerbaarheid van het verlies blijft ontkennen en vermijden.<sup>27</sup> Er zal een worsteling ontstaan over de zin van het leven, waardoor verschillende levensvragen naar boven komen. Het is van belang dat de getroffenene gestimuleerd en uitgenodigd wordt om bezig te zijn met het geleden verlies, zodat hij herhaaldelijk geconfronteerd wordt met de realiteit en dat gevoelens hierover geuit worden.<sup>28</sup>

#### *De pijn en het verdriet doorleven*

Verlies brengt altijd gevoelens van pijn en verdriet met zich mee. Niemand vindt het prettig om pijn te voelen. Hierdoor kan het zijn dat iemand wegloopt voor deze taak: het verdriet en de pijn worden ontkend of vermeden.<sup>29</sup> Er is behoefte aan een luisterend oor, zodat getroffenene gestimuleerd en uitgenodigd wordt om emotionele reacties onder ogen te zien, uit te spreken en te uiten. Wanneer er voor deze taak wordt weggelopen is de kans groot dat de pijn en het verdriet het hele leven meegedragen wordt. Het is daarom van belang dat getroffenene zijn pijn en verdriet ervaart en uit. Daarnaast uit iedereen emoties anders, wat het lastig maakt in deze taak. Ondersteuning in deze taak kenmerkt zich door inleving, nabijheid, acceptatie en trouw. Getroffene hoeft niet per se zijn emoties te uiten of daarover te praten om deze taak uit te voeren.

De eerste twee rouwtaken gaan vaak samen: pas door het ervaren en het doorleven van de pijn kan uiteindelijk het verlies aanvaard worden. (Bout & Boelen & Keijser 1998)

#### *Zich aanpassen in een nieuwe situatie en aan een nieuw leven*

Deze taak is van meerdere factoren afhankelijk: de aard van het verlies, de relatie met het verlies, de situatie waarin getroffenene nu komt te staan en de rol die getroffenene had in zijn omgeving. Zich aanpassen in de nieuwe situatie en veranderingen heeft te maken met de manier hoe iemand omgaat met verlies. Naast de veranderingen in het dagelijks leven heeft deze taak ook betrekking op de veranderde positie, de sociale omgeving, hoe iemand naar zichzelf kijkt en daarmee ook zijn identiteit. Getroffene zal tegen bestaande opvattingen over het zelfbeeld aan botsen. 'Al deze zelfomschrijvingen moeten aangepast worden' (Bout & Kleber 1997). Voor deze taak kan er sprake zijn van vermijding van situaties of voorwerpen die herinneren aan het verleden voor het verlies. Het verlies zal geïntegreerd moeten worden in het eigen bestaan en er een zekere zin of betekenis aan toekennen.

#### *Het verlies emotioneel een plaats geven en de draad van het leven weer oppakken*

In de laatste taak zal de getroffenene zich (emotioneel) terugtrekken van het verlies, zodat de emotionele energie gebruikt kan worden voor (nieuwe) activiteiten en in andere relaties.<sup>30</sup> Voor deze taak kan er sprake zijn van vermijding van praten over het verleden. Bij het oppakken van het veranderde leven blijft de relatie met het verleden en het verlies bestaan, al verandert de aard van deze relatie (van den Bout, 1996). Het gaat niet om het opgeven van de relatie met het verlies, maar om het een andere plaats geven en om daarmee verder te leven. Verder leven wordt gezien in het oppakken van nieuwe (sociale) banden en het leven zonder dat emoties rondom het verlies op de voorgrond staan.

---

<sup>26</sup> Prof. Dr. Bout van, J. & Drs. Boelen, P.A. & Dr. Keijser de, J. (1998), *Behandelingsstrategieën bij gecompliceerde rouw en verliesverwerking*, Houten: Bohn Stafleu van Lochum, pag. 7-9

<sup>27</sup> Polspoel, A. (2007) *Wenen om het verloren ik, over verlies en rouw*, Kampen: Ten Have, pag. 41

<sup>28</sup> Prof. Dr. Bout van, J. & Drs. Boelen, P.A. & Dr. Keijser de, J. (1998), *Behandelingsstrategieën bij gecompliceerde rouw en verliesverwerking*, Houten: Bohn Stafleu van Lochum, pag. 4

<sup>29</sup> Prof. Dr. Bout van, J. & Drs. Boelen, P.A. & Dr. Keijser de, J. (1998), *Behandelingsstrategieën bij gecompliceerde rouw en verliesverwerking*, Houten: Bohn Stafleu van Lochum, pag. 8

<sup>30</sup> Polspoel, A. (2007) *Wenen om het verloren ik, over verlies en rouw*, Kampen: Ten Have, pag. 42

### 3.3.2 Faseringsmodel van Kübler-Ross(1969) <sup>31</sup>

Kübler-Ross beschrijft vijf fasen in een verwerkingsproces:

#### *Ontkenning*

Er is sprake van onbegrip en het niet durven inzien. Ontkennen is niet per definitie negatief. Het is een vorm van zelfbescherming door middel van afweer. De waarheid wordt nog niet toegelaten, omdat het nog niet te verdragen is. Door af te weren zal de waarheid gedoseerd toegelaten worden.

#### *Opstandigheid en protest*

Wanneer de ontkenning is losgelaten zal er al snel sprake zijn van opstandigheid en protest. Het protest is meestal gericht tegen bijvoorbeeld artsen, familieleden of God. Alles wat herinnert aan het leven zal als ergernis gezien worden, omdat dit confronterend is met hetgeen dat niet meer mogelijk is.

#### *Marchanderen*

Wanneer het protest wordt ervaren als ineffectief zal er geprobeerd worden om een compromis te sluiten met God of het menselijk lot. Hiermee hoopt men wat te veranderen aan de situatie en hier wat tegenover te zetten.

#### *Depressie*

Wanneer het niet meer te ontkennen is, protest afneemt en het marcheren niet meer zinvol lijkt, dan wordt er een gevoel van hevig verlies ervaren. Het gevoel dat alles definitief verloren is. Hierin wordt contact vermeden en hulp afgeslagen.

#### *Aanvaarding*

Na voldoende tijd en hulp gehad te hebben wordt de situatie geaccepteerd. Er is bereidheid om de consequenties te overzien en te bespreken. Een balans van het leven wordt gemaakt.

### 3.4 Wanneer verlies is verwerkt

Iedereen verwerkt verlies op zijn eigen manier. Voltooiing van de verliesverwerking kan gezien worden als enerzijds een bewustwording van de onomkeerbaarheid van het verlies en anderzijds voortzetting en/of herinrichting van het sociale en het maatschappelijke leven. Zolang hierbij de betrokkene niet meer overweldigd wordt door emoties over het verlies en niet meer verlangd naar het niveau van functioneren van vroeger. Wanneer betrokkene dit lukt, zal hij weer zelfvertrouwen hebben, weer initiatief durven nemen en geïnteresseerd zijn in de wereld om zich heen.

Worden beschrijft het als volgt:

*‘Een kenmerk van een voltooid rouwproces is dat getroffene kan spreken over het verlies zonder pijn en dat hij of zij in staat is om de emoties weer te investeren in het leven en in de levenden. (Worden 1982, p. 11-17)*

Sommige mensen zullen er niet in slagen om echt tot een goede verwerking te komen. Het leven wordt als grauw ervaren, men voelt zich beperkt in het deelnemen van activiteiten en er is weinig interesse voor de mensen in zijn omgeving. Hier is eerder sprake van gewenning dan verwerking. <sup>32</sup>

---

<sup>31</sup> Polspoel, A. (2007) *Wenen om het verloren ik, over verlies en rouw*, Kampen: Ten Have, pag. 30-33

<sup>32</sup> Polspoel, A. (2007) *Wenen om het verloren ik, over verlies en rouw*, Kampen: Ten Have, pag. 104

### 3.5 Begeleiding bij verliesverwerking

Begeleiding bij verliesverwerking kan gezien worden als ondersteuning voor de betrokkenen die een in essentie normaal rouwproces doormaken. Deze begeleiding kan individueel en in een groep plaatsvinden.<sup>33</sup> Er zijn negen algemene richtlijnen<sup>34 35</sup> die voor elke vorm van verliesbegeleiding van belang zijn (De Keijser en Schut 1991). Deze richtlijnen zijn vanuit wetenschappelijke inzichten en hulpverleningservaringen opgesteld.<sup>36</sup>

1. Bied getroffene ruim de gelegenheid om zijn verhaal te vertellen: begeleider moet luisteren naar getroffene. Daarnaast is het doorvragen naar diepere betekenis belangrijk. Hierbij is van belang dat de begeleider de eerste taak van het takenmodel van Worden in de gaten houdt. De getroffene zal geconfronteerd moeten worden met de realiteit van het verlies. (Worden, 1992)
2. Bied getroffene de gelegenheid om zijn gevoelens over het verlies te vertellen: de begeleider moet getroffene stimuleren om gevoelens rondom het verlies te identificeren, te verwoorden en te uiten. De begeleider kan de emoties benoemen. Hierbij is speciale aandacht voor het identificeren en uiten van 'moeilijke' gevoelens van belang. Dit zijn gevoelens waarbij gedacht wordt dat deze eigenlijk niet gevoeld mogen worden en waar eventueel schaamte voor is. (Bout en Kleber 1997)
3. Wees alert op bronnen van secundaire victimisatie: hiermee wordt bedoeld dat er na de gebeurtenis van het verlies sprake kan zijn van schokkende voorvallen. Hierbij wordt de getroffene als het ware twee keer getroffen. Secundaire victimisatie is niet altijd aan de orde.
4. Geef getroffene de tijd om het verlies te verwerken: er is een groot verschil in het verwerkingsproces van mensen. Bij sommigen duurt het een aantal dagen voordat iemand de oude is, bij anderen een jaar. Verwerken houdt niet in dat getroffene geen verdriet meer mag hebben, maar dat de verdrietige gevoelens niet elke dag meer op de voorgrond staan.
5. Mobiliseer het sociale netwerk van de getroffene: begeleider gaat met getroffene inventariseren wie er vanuit zijn sociale netwerk belangrijk zijn. De begeleider zorgt dat getroffene zelf het sociale netwerk oppakt. Soms kan het nodig zijn om belangrijke mensen uit het sociale netwerk uit te nodigen en van informatie te voorzien.
6. Benadruk dat allerlei 'vreemde' verschijnselen doorgaans normaal zijn: getroffene kan denken dat het verwerkingsproces niet als normaal verloopt. Hierbij is het van belang om aan te geven dat iedereen verlies op zijn eigen manier verwerkt. Begeleider moet wel oog hebben voor problematische reacties of gedrag.
7. Maak suïcidale gedachten bespreekbaar: het kan zijn dat getroffene een einde wil aan de huidige uitzichtloze en ondraaglijk ervaren problemen.
8. Benoem na enige tijd het verband tussen negatieve gevoelens en onredelijke gedachten: er zullen negatieve gevoelens en gedachten meespelen over zichzelf en de toekomst. Wanneer deze lang aanhouden kan er sprake zijn van herhaling van onredelijke gedachten. Door deze gedachten blijft iemand in de negatieve gevoelens hangen. Het is van belang om deze achterliggende gedachten te achterhalen en te bespreken.
9. In geval van verstoorde verwerking doorverwijzen: wanneer er sprake is van ernstige verwerkingsproblematiek is het van belang om getroffene door te verwijzen naar een deskundige op het gebied van verwerkingsproblematiek.

---

<sup>33</sup> Prof. Dr. Bout van, J. & Drs. Boelen, P.A. & Dr. Keijser de, J. (1998), *Behandelingsstrategieën bij gecompliceerde rouw en verliesverwerking*, Houten: Bohn Stafleu van Lochum, blz. 65

<sup>34</sup> Prof. Dr. Bout van, J. & Drs. Boelen, P.A. & Dr. Keijser de, J. (1998), *Behandelingsstrategieën bij gecompliceerde rouw en verliesverwerking*, Houten: Bohn Stafleu van Lochum, blz. 66

<sup>35</sup> Bout van den, J. & Veen van der E. (1997), *Helpen bij rouw*, Utrecht: De Tijdstroom

<sup>36</sup> Bout van den, J. & Veen van der E. (1997), *Helpen bij rouw*, Utrecht: De Tijdstroom, blz. 60

# Hoofdstuk 4: PMT

## 4.1 Inleiding

PMT staat voor psychomotorische therapie. In dit hoofdstuk komt allereerst aan de orde wat onder PMT wordt verstaan. Daarna wordt dieper in gegaan op welke manier de psychomotorische therapeut kan interveniëren. Als laatste komt PMT in de revalidatiesetting aan de orde, omdat mensen met lichamelijke beperkingen voornamelijk in revalidatiecentra zijn opgenomen. Daarnaast is de revalidatie nog een jong werkgebied voor de psychomotorische therapeut.

## 4.2 Wat is PMT?<sup>37</sup>

*Psychomotorische therapie (PMT) is een behandelvorm voor mensen met psychische problematiek, waarbij op methodische wijze gebruik gemaakt wordt van interventies gericht op de lichaamsbeleving en het bewegingsgedrag. (beroepsprofiel psychomotorische therapeut maart 2009)*

Psychische problematiek kan gezien worden in een breed scala van relatief lichte psychosociale tot ernstige psychiatrische stoornissen. Psychische problematiek dat in relatie staat met emotionele en lichamelijke processen kunnen indicatie zijn voor PMT.

PMT is een experiëntiële (ervaringsgerichte) therapievorm; de essentie is de ervaring. Er wordt gebruik gemaakt van werkvormen waarin de cliënt zowel letterlijk als figuurlijk in beweging komt, stilstaat bij de betekenis van interactioneel bewegingsgedrag en/of het zich laten richten op de beleving van het eigen lichaam. De therapeut biedt aan de hand van de problematiek van de cliënt een op maat gemaakte werkvorm aan waarin een specifieke beleving of gedrag kan worden opgeroepen bij de cliënt. Het letterlijk stilstaan bij het lichaam en het bewegen hiervan is confronterend voor de cliënt met een lichamelijke beperking, maar juist daarom sluit PMT bij mensen met een lichamelijke beperking aan. Wanneer het de cliënt lukt om succeservaring op te doen in het lichamenlijk bewegen, heeft dit rechtstreeks gevolgen voor de zelfwaardering, de relatie met het eigen lichaam wordt genormaliseerd, waardoor de lichamelijke beperking minder op de voorgrond zal staan. Het bewegen wordt als zinvol ervaren, ondanks dat het lichaam anders is dan voorheen.<sup>38</sup>

## 4.2 PMT in de revalidatiesetting<sup>39</sup>

Revalidatiegeneeskunde richt zich op het voorkomen, terugbrengen en genezen van (te verwachten) gevolgen voor mensen met blijvend lichamenlijk letsel of een functionele beperking. Als er, naar verwachting, op korte termijn geen volledig herstel optreedt, wordt er geprobeerd blijvende beperkingen te voorkomen. Wanneer dit onmogelijk is, wordt er geprobeerd de revalidant in zijn leven, omgeving en in de maatschappij te laten passen. Doelstellingen en hulpvragen liggen in eerste instantie op het zo goed mogelijk herstellen van het lichamenlijk functioneren. Als tweede wordt meestal gekeken naar het sociaal en/of psychisch functioneren.

Binnen de revalidatiebehandeling komt steeds meer het biopsychosociale en het International Classification of Functioning (ICF) model centraal te staan. Dit betekent dat er steeds meer op een integrale manier naar de revalidant wordt gekeken. Naast de biologische aspecten worden ook de psychische en sociale aspecten en de interactie hiertussen meegenomen om een zo goed mogelijk beeld te krijgen van de revalidant en zijn omgeving. Het menselijk functioneren wordt gezien als een dynamische wisselwerking tussen verschillende factoren die samenhangen met de ziekte/aandoening en externe en interne factoren. In de revalidatie spelen de psychosociale aspecten een uitlokkende, onderhoudende en/of oorzakelijke rol bij een lichamenlijke beperking en is een behandeling hiervoor vereist. Dit houdt in dat er bij een lichamenlijke beperking ook sprake kan zijn van psychische en sociale verstoring bij de revalidant. In de bijlage is een overzichtelijk schema te vinden van het biopsychosociaal model en het ICF model.

De PMT - werkgroep in de revalidatiesetting verwoordt het doel als volgt:

<sup>37</sup> NVMPMT (maart 2009), *Beroepsprofiel psychomotorische therapeut*, (elektronische versie), [www.nvpmt.nl](http://www.nvpmt.nl)

<sup>38</sup> Sietsma, L.W. (1997), *Betekeningen van bewegen in de revalidatie*, reader Werkveldoriëntatie (G079)

<sup>39</sup> NVPMT. (2010), *Visiestuk Revalidatie en PMT*, (elektronische versie), [www.nvpmt.nl](http://www.nvpmt.nl)

*‘Het doel van de psychomotorische therapie is de revalidant te helpen een optimale lichamelijke psychosociale integratie te vinden: verbeteren van de kwaliteit van leven zonder dat de aandoening of de pijn hoeft te veranderen.’*

De visie vanuit de PMT is, dat er een verstoring plaatsvindt in het biopsychosociale evenwicht van de revalidant. Om dit evenwicht te herstellen zal de revalidant moeten leren omgaan met de gevolgen van de aandoening. Doordat de revalidant niet meer kan doen wat hij altijd al deed kan het zijn dat zijn identiteit, zelfbeeld en lichaamsbesef verstoord is. Wanneer er sprake is van een inadequate coping stijl kan de revalidant vastlopen in het vinden van een nieuw biopsychosociaal evenwicht. Wanneer pogingen gedaan worden om de oude manier van leven weer op te pakken, zich te verzetten tegen de nieuwe situatie en het niet accepteren/aanvaarden, is de kans op het vastlopen en het ontwikkelen van klachten groot. Revalidanten die psychische, emotionele of sociale problemen hebben die gerelateerd zijn aan een lichamelijke aandoening of lichamelijk functioneren, kunnen baat hebben bij PMT. Revalidanten met een lichamelijke beperking kunnen te maken krijgen met verwerkings- en acceptatieproblematiek.<sup>40</sup> Thema's die voor kunnen komen bij PMT binnen de revalidatie zijn traumaverwerking, gewijzigde lichamelijkheid en participeren en functioneren.

Revalidanten zullen door de aanwezigheid van klachten en/of lichamelijke gezondheid, bewegingsvrijheid verliezen en beperkingen ervaren in deelname aan werk en sociaal leven. Het bewegen is dus een belangrijk verschijnsel in het leven van de revalidant. Niet alleen het functionele bewegen waarin het lichaam weer bewegingen uitvoert, maar ook in het hervinden van een plaats in de samenleving. Door het succesvol deelnemen aan bewegingssituaties zal het zelfvertrouwen van de cliënt groeien. Er wordt ervaren dat het lichaam toch nog iets kan doen, ondanks de lichamelijke beperking. Al bewegend krijgen cliënten weer vertrouwen in hun lichaam en inzicht in hun mogelijkheden in het dagelijks leven. Bewegen kan een betekenis krijgen in het verwerken van het verlies en/of het doorbreken van een negatief verlopend verwerkingsproces. (Sietsma, L.W. 1997)

#### 4.3 Interventies

In dit onderzoek wordt onder interventies verstaan:

*De concrete verbalen, non-verbale en para verbale acties die de therapeut onderneemt tijdens een therapiesessie, om het proces van de cliënt positief te beïnvloeden. Deze beïnvloedingsacties door de therapeut vinden plaats op geleide van psychopathologische taxatie van de cliënt en op grond van bewuste therapeutische (methodische) overwegingen. Dit tot tegenstelling tot intuïtief therapeutisch handelen. (Fellinger, P. & Hekking, P. 2011)*

Interventies vanuit de PMT zijn specifiek gericht op bewegingsgedrag en/of lichaamsbeleving. Wanneer er psychische gevolgen zijn van of in relatie met lichamelijke beperkingen is het van belang dat de psychomotorische therapeut interventies doet op het gebied van bewegen en lichamelijkheid.

<sup>41</sup> Allereerst is dit van belang, omdat de motoriek zelf is aangedaan. Daarnaast kan bewegen als positief ervaren worden: er is aandacht voor het last gevende lichaam.

*Dhr. van Dijk ziet er moe en grauw uit. Hij geeft aan het zwaar te hebben. Hij vindt het verschrikkelijk om zichzelf te zien in de spiegel. Hij vindt zijn lichaam niet mooi meer. Op een gegeven moment geeft dhr. aan dat hij niet meer kan blijven vechten. Hij ziet in dat het geen zin heeft om te blijven trainen. Tijdens de sport vraagt hij hoe hij activiteiten anders aan zou kunnen pakken. Dhr. vindt het heel moeilijk om te vragen. Het lijkt alsof dhr. in huilen uit gaat barsten. Na het halfuurtje sport is dhr. van Dijk opgefleurd. Het ging ‘wel lekker’ en dit had hij niet verwacht.*

<sup>40</sup> Balvert den, K. (1997), *Psychomotorische therapie in de revalidatie, een casuïstiek*, 't Web nummer 4

<sup>41</sup> Lange de, J. & Bosscher, R.J. (2008), *Psychomotorische therapie in de praktijk*, Amsterdam: Boom, pag. 1-20

#### 4.4 Bewegingsgeoriënteerde en lichaamsgeoriënteerde methodieken<sup>42</sup>

Fahrenfort (1986) maakt onderscheid tussen bewegingsgeoriënteerde methodieken (BGM) en lichaamsgeoriënteerde (LGM) methodieken. In deze activiteiten kunnen cliënten geconfronteerd worden met de manier waarop zij met hun lichaam en omgeving omgaan.<sup>43</sup> Deze methodieken worden in de praktijk meestal in combinatie gebruikt. Het doel van deze bewegings- en lichaamsgerichte therapievormen is om mensen nieuwe positieve en (speelse) lichamelijke ervaringen te geven als alternatief voor hun huidige situatie. Het is van belang dat mensen betekenis kunnen verlenen aan hun lichamelijke signalen en zo hun problematiek en de gevolgen hiervan kunnen her- en verkennen. Een belangrijk uitgangspunt van de bewegings- en lichaamsgerichte aanpak is de participerende rol van de therapeut. De therapeut is niet alleen een helpende stem, maar zal lijfelijk aanwezig zijn en participeren in de therapie.<sup>44</sup>

Bewegings- en lichaamsgerichte oefeningen kunnen individueel, in groepsverband en systeemgericht aangeboden worden. Werken in een groep heeft als voordeel dat problematische relationele patronen uit het dagelijks leven in een groep herhaald kunnen worden. In de veiligheid van de groep kan deze problematiek onderzocht, bewerkt en veranderd worden. Groepsleden kunnen anderen hoop geven, wanneer zij laten zien dat hen iets lukt. Daarnaast kan in een groep ervaring gedeeld worden, vaak is er herkenning met als gevolg dat cliënt ervaart dat hij niet de enige is.<sup>45</sup>

Systeemgericht werken heeft betrekking op het gezin. Gezinstherapie is gericht op het verdwijnen of doen verminderen van problemen door de interactiepatronen in het hier en nu te veranderen. Een optimale thuis situatie kan problematiek verminderen of (verergering) voorkomen.<sup>46</sup>

#### **BGM**

Bij BGM wordt er gebruik gemaakt van activiteiten waarvan de oorsprong in het bewegingsonderwijs en sport- en spelcultuur bevindt. Activiteiten als voetbal, klimmen, atletiek, zwemmen, stoeispielen en skaten zijn voorbeelden hiervan. Het bewegen is hierbij gericht op de omgeving en de ander.

Bewegingsgerichte activiteiten doen een appel op iemands handelen: het actief worden, verrichten van inspanning, verplaatsen door de ruimte en in interactie zijn met mensen en dingen. Het doel hiervan is om de cliënt zijn mogelijkheden te laten ontdekken, deze uit te bouwen en met zijn onmogelijkheden leren om te gaan en te accepteren. Binnen het bewegingsgeoriënteerd werken komen we het lichaam tegen, voornamelijk in de interactie met de ander. Door de interactie via sport en spel kan er vertrouwen teruggevonden worden in zichzelf en de medemens. Het begrijpen van en het leren luisteren naar lichaamssignalen is hier van belang.<sup>47</sup> Een strategie die binnen BGM gebruikt kan worden is het verkennen, herkennen en erkennen model:<sup>48</sup>

- Verkennen: cliënt kennis laten maken met activiteit. Via contextmanipulaties en interventies kijken welke betekenissen in de activiteit naar voren komen.
- Herkennen: wordt gevraagd wat de cliënt herkent van zichzelf in deze activiteit. Door het stellen van gerichte vragen, betekenis verlenen aan gedrag en contextmanipulatie kan de herkenning gestimuleerd worden.
- Erkennen: wanneer de cliënt wat herkent, kan hieruit de erkenning ontstaan. Erkent hij de last bij zichzelf en/of anderen? Welke investering heeft hij daarvoor over? Hier begint veranderingsproces.

*Als er sprake is van crisis of suicidaliteit en bij trauma en verlies, geeft rechtstreeks fysiek contact het snelste een gevoel van veiligheid en een gevoel van controle over de situatie. (Weerman, A. 2005)*

<sup>42</sup> NVMP (maart 2009), *Beroepsprofiel psychomotorische therapeut*, (elektronische versie), [www.nvmp.nl](http://www.nvmp.nl)

<sup>43</sup> Balvert den, K. (1997), *Psychomotorische therapie in de revalidatie, een casuïstiek*, 't Web nummer 4

<sup>44</sup> Veymeyer, B. (2008), *Een nieuwe houding, over bewegings- en lichaamsgerichte therapie*, <http://www.rino.nl/artikelen/een-nieuwe-houding>

<sup>45</sup> Haans, T & Reijen van, J (2008), *groepsdynamica in gedragstherapeutische en psychodynamische groepen*, Houten: Bohn Stafleu van Lochem

<sup>46</sup> Deth, van R & Vandereycken, W. (2009), *Psychotherapie van theorie tot praktijk*, Houten: Bohn Stafleu van Lochem

<sup>47</sup> Blink van den, M. *BGM, Bewegingsgeoriënteerde methodieken*, (G048), Zwolle: Windesheim

<sup>48</sup> Blink van den, M. *BGM, Bewegingsgeoriënteerde methodieken*, (G048), Zwolle: Windesheim

## LGM

LGM heeft als uitgangspunt dat bewegen en de lichamelijkheid altijd samenhangen met het totale functioneren van de persoon, zijn heden, zijn verleden en zijn relatie met zijn omgeving. De lichamelijke verschijningsvorm wordt gezien als de presentatie van de persoon in zijn wereld. Oefeningen binnen LMG zijn er opgericht om met eigen gevoelens te leren omgaan in contact met anderen, lichaamsbewustwording en lichaamsbeleving. Lichaamsgeoriënteerde therapievormen zijn gericht op mensen met psychosociale problemen, hier vallen ook mensen met een lichamelijke handicap onder. De focus ligt op het (weer) ervaren van lichamelijke ervaringen, gevoelens en sensaties. Er wordt ervaren hoe het lichaam nu is, maar ook hoe er anders met het lichaam kan worden omgegaan.<sup>49</sup> Voorbeelden van oefeningen zijn Sensory Awareness, Mindfulness Based Stress Reduction, werken met spiegels en video, relaxatiemethoden en ademhalingsoefeningen. Bij lichaamsgeoriënteerde werkvormen kan er ook op een symbolische manier gewerkt worden. Hierbij ligt de nadruk op het in beweging, of met materiaal, tot expressie brengen van gevoelens en gedachten.<sup>50</sup> Het verwoorden van wat er zich aan lichamelijke gevoelens afspeelt is van groot belang om grip te krijgen op deze gevoelens.

### 4.5 Lichaamsgerichte benadering

Niet ieder mens staat vanzelfsprekend in contact met het eigen lichaam. Zeker in het geval van een lichamelijke beperking is het contact met het lichaam veranderd en/of verbroken. Wanneer controle over het lichaam is kwijtgeraakt, kan dit met de lichaamsgerichte benadering teruggevonden worden. Bij de lichaamsgerichte benadering wordt er vanuit gegaan dat lichaam en geest niet van elkaar te scheiden zijn. Zij nemen het lichaam als uitgangspunt en van daaruit benaderen ze de psychische en gedragsmatige kanten van de persoon. Hierbij werken ze zowel klachtgericht als persoonsgericht. Lichaamsgerichte therapeuten werken structureel met een benadering via het lichaam. Dit houdt in dat er niet alleen gepraat wordt over lichamelijk klachten of alleen het doen van oefeningen, maar dat het hele lichaam en wat daarin gebeurt, bewust voelbaar en leefbaar wordt gemaakt. Bewustwording van lichaamssensaties en de gevoelsmatige betekenis daarvan dragen bij tot versterking van het (lichaams) ego, het identiteitsgevoel en de autonomie. (Weerman, A. 2005) Wanneer lichaamsgericht gewerkt wordt probeert de therapeut de cliënt zo concreet mogelijk te laten ervaren waar het bij hem om gaat.<sup>51</sup> De therapeut heeft een zeer aandachtige, opmerkzame volgende houding. Doordat het verkennen van lichamelijk doorvoelde ervaringen tijd kost, is het van belang dat de therapeut geduldig, opmerkzaam en sensitief is om hier de cliënt in te begeleiden.

Lichaamsgerichte interventies kunnen van belang zijn bij mensen met lichamelijke beperkingen voor een veranderingsproces. De therapeut kan als volgt interveniëren (Leijssen, M. 2001)<sup>52</sup>:

- Verbale interventies: hiermee richt de therapeut verbaal de aandacht van de cliënt naar het aanwezige gevoel of naar de uitdrukkingsvormen waarmee het lichaam communiceert.
- Uitvoerige instructies: hiermee wordt de cliënt begeleid om met de aandacht op een systematisch manier door het lichaam gegaan.
- Non-verbale interventies: door middel van spiegelen of modelleren (imiteren van een voorbeeld of model) kunnen lichaamshoudingen en bewegingen gezien en ervaren worden. Een lichaamstekening geeft inzicht in de waardering van de uiterlijke verschijning en de gevoelsmatige ervaring van het lichaam (Scheffers W.J. 2008).<sup>53</sup> Een tekening kan toegang geven tot opgeslagen, gearchiveerde informatie en naar buiten brengen wat in het lichaam is opgesloten of verdrongen.
- Aanrakingen: bij het letterlijk lichamelijk aanraken, wordt iemands lichaamsgrens geraakt: er komt een verhoogde gevoeligheid en intimiteit in het spel. Ondersteunende aanrakingen kunnen helpen om confronterende of pijnlijke ervaringen draaglijker te maken, zodat cliënt eigen ervaringen toelaat en ermee leert omgaan.

<sup>49</sup> Verschuur P. (2007) *Lichaamsgeoriënteerde methodieken 1* (G027), Zwolle: Windesheim

<sup>50</sup> NVMP (maart 2009), *Beroepsprofiel psychomotorische therapeut*, (elektronische versie), [www.nvpmt.nl](http://www.nvpmt.nl)

<sup>51</sup> Weerman, A. (2006), *zes psychologische stromingen één cliënt*, Soest: Nelissen, pag. 168

<sup>52</sup> Leijssen, M. (2001), *lichaamsgerichte interventies in de psychotherapeutische hulpverlening: waardevol en ethisch verantwoord?*, Geestelijke volksgezondheid 3, 195-217

<sup>53</sup> Lange de, J. & Bosscher, R.J. (2008), *Psychomotorische therapie in de praktijk*, Amsterdam: Boom

#### 4.5 PMT behandelstrategieën<sup>54 55</sup>

In de PMT kan er globaal gezien gewerkt worden met drie samenhangende behandelstrategieën. De therapeut kan de interventies sturen door een keuze te maken vanuit welke strategie gewerkt gaat worden. De keuze kan gemaakt worden tussen de oefengerichte, de ervaringsgerichte of de ontdekkende strategie. De keuze voor een strategie is afhankelijk van het doel van de therapie en de fase van de therapie. De strategieën kunnen op individueel, groeps- of systeemniveau worden aangeboden. Binnen elke behandelingsstrategie kunnen bewegings- en/of lichaamsgeoriënteerde activiteiten worden aangeboden. In de bijlage is de PMT kapstok te vinden, waar de strategieën zijn ingedeeld.

##### *De oefengerichte strategie*

Wanneer er gekozen wordt voor de oefengerichte strategie zullen er activiteiten aangeboden worden die gericht zijn op het stabiliseren, ontwikkelen en/of herstellen van de functies van het lichaam. De therapeut biedt een gestructureerd aanbod of training aan, waarin functionele aspecten als beweeglijkheid, lenigheid, uithoudingsvermogen, ademhaling en lichaamsbewustwording naar voren komen. Het centrale doel binnen deze strategie is het in contact blijven met je lichaam en/of de omgeving.

##### *De ervaringsgerichte strategie*

Wanneer er gekozen wordt voor de ervaringsgerichte strategie zullen er activiteiten aangeboden worden die gericht zijn op het concreet - lichamelijke nieuwe of alternatieve ervaringen en het uitbreiden van mogelijkheden en gedragsrepertoire. Er wordt geëxperimenteerd met gedragsalternatieven en het effect hiervan op het gedrag in relatie tot de omgeving. Een ander onderdeel dat binnen deze strategie aan de orde komt is het ontwikkelen of het herontdekken van (bewegings)mogelijkheden. Elementen die daarin naar voren kunnen komen zijn identiteitsversterking, zelfontplooiing en persoonlijkheidsontwikkeling. Wat er in de therapeutische setting ervaren en geëxperimenteerd wordt, moet ook daarbuiten (verder) ontwikkeld worden.

##### *De ontdekkende strategie*

Wanneer er gekozen wordt voor de ontdekkende strategie zal deze gericht zijn op het inzicht krijgen in en verwerking van elementen uit het verleden zoals onverwerkte emoties, verdrongen herinneringen, en inter-psychische conflicten. Hierbij ligt het accent op de koppeling van de lichamelijke ervaringen in het hier en nu met die van vroeger. Alleen inzicht is niet voldoende. Er zal ook sprake moeten zijn van corrigerende ervaringen.

##### *Behandelingsstrategieën*

(Fellinger e.a. 2006)

|                  |                                                                             |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| <b>Oefenen</b>   | Gestructureerde bewegings-/lichaamservaring                                 |
|                  | Vergroten waarnemings- en belevingsvermogen en gedragsrepertoire            |
|                  | In contact blijven met omgeving en/of lichaam                               |
|                  | In het hier en nu                                                           |
|                  | Structuur en veiligheid                                                     |
| <b>Ervaren</b>   | Experimenteren met gedragsalternatieven en effecten van deze alternatieven  |
|                  | Op zijn gedrag in relatie tot zijn omgeving                                 |
|                  | Vergroten van het zelf structurerend vermogen                               |
|                  | In het hier, nu en daar                                                     |
| <b>Ontdekken</b> | Centraal staan conflicten die wijzen naar traumata                          |
|                  | Ontdekken van deze conflicten en de impact van deze op de huidige problemen |
|                  | Leren deze conflicten te ontdekken, uiten, benoemen en integreren           |
|                  | Inzicht krijgen in inadequaat gedrag in sociale verbanden                   |
|                  | In het hier, nu, daar en toen                                               |

<sup>54</sup> NVMPPT (maart 2009), *Beroepsprofiel psychomotorische therapeut*, (elektronische versie), [www.nvpmt.nl](http://www.nvpmt.nl)

<sup>55</sup> Fellinger, P. & Sietsma, L., & Overbeek, R. (2006) *Bewegingsagogie en psychomotorische therapie* (G006). Zwolle: Windesheim

# Resultaten

Het lichaam is een machine die handelingen uitvoert, een spiegel die weergeeft wat er van binnen afspeelt en een communicatiemiddel dat signalen zendt en ontvangt. Het lichaam is de concrete representant van de menselijke identiteit. Wanneer het lichaam in beweging is doet de persoon sociale contacten op, voelt zich gezonder, accepteert zijn eigen grenzen en mogelijkheden, ervaart plezier en bouwt competentiegevoelens op.

De identiteit zegt iets over wie iemand is en hoe hij zich voordoet. De identiteit wordt gevormd door persoonlijke eigenschappen, normen en waarden, denk- en gevoelswereld, de inhoud en het uiterlijk van het lichaam. De identiteit wordt gezien als ons mens-zijn: mens als lichaam, mens als sociaal wezen en mens als normatief wezen, te benoemen als het fysieke, sociale en normatieve aspect van de identiteit.

Bij een lichamelijke beperking wordt het hele lichaam als beschadigd ervaren. Het uiterlijk, het lichamelijke functioneren, de instrumentele beheersing, de non-verbale en verbale communicatie worden bedreigd. Het lichaam is niet meer passend in het vertrouwde zelfbeeld en lichaamsbeeld: het lichaam wordt anders ervaren en beleefd. Door een veranderd uiterlijk kan er sprake zijn van schaamte, terugtrekgedrag en hekel aan het lichaam. Het uitvoeren van bewegingsactiviteiten wordt moeilijker. Het lichaam wordt als last ervaren en daarom is het bewegen confronterend. Door de lichamelijke beperking is de identiteit en de interactie met de omgeving verstoord. De positie in het gezin, de omgeving en de maatschappij worden anders ervaren. De getroffene verliest het gevoel van fysieke en psychische onschendbaarheid, onkwetsbaarheid en onafhankelijkheid, waardoor hij het vertrouwen in zichzelf en de ander verliest. Door de lichamelijke beperking is er een verstoring van het evenwicht van de identiteit: de samenhang tussen lichamelijke, psychosociale en normatieve aspecten is (tijdelijk) verbroken. De relatie tussen de identiteit, het zelfbeeld, het lichaamsbeeld, de omgeving en het toekomstperspectief kan in ernstige mate worden verstoord door een lichamelijke beperking.

Verlies wordt beschreven als de waarneming dat een geliefd onderdeel van het leven ten einde is: verlies van het vertrouwde lichamelijke functioneren, de identiteit, het zelfbeeld, het lichaamsbeeld, de interactie met de ander en het andere en het toekomstperspectief. Na een verlies treedt er bij de getroffene rouw op. Dit zijn de reacties die optreden na een verlies van een dierbaar iets of iemand waarmee een betekenisvolle relatie bestond. Verliesverwerking is het bewust en waardig afscheid nemen van een verloren gegaan, geliefd onderdeel van het bestaan en het overgaan naar een nieuw levenshoofdstuk met herinnering aan het oude. Verlies kan verwerkt worden aan de hand van bepaalde taken. Rouwtherapeut Worden heeft het takenmodel ontworpen. Het is de bedoeling dat getroffene elke taak voltooit. Wanneer dit niet gebeurt, kunnen er belemmeringen ontstaan in de verdere groei en ontwikkeling. Het model doet uitspraak over de uitkomsten die verricht moeten worden. Er is geen specifieke volgorde, maar de taken lopen wel redelijk chronologisch. Dit takenmodel is ook van toepassing bij mensen met een lichamelijke beperking.

De taken die voltooid moeten worden zijn:

- De realiteit van het verlies aanvaarden
- De pijn en het verdriet doorleven
- Zich aanpassen in een nieuwe situatie en aan een nieuw leven
- Het verlies emotioneel een plaats geven en de draad van het leven weer oppakken

Wanneer alle taken voltooid zijn en het verlies geïntegreerd is in het nieuwe bestaan, zal het verlies verwerkt zijn.

*Dhr. van Dijk komt met zijn hoofd naar de grond de zaal in lopen. Na het vragen wat er aan de hand is geeft dhr. aan dat hij graag wel weer dingen op wil pakken om verder te gaan met leven, maar dat hij niet weet hoe. Het lichaam doet niet wat hij wil en dat belemmert hem. Hij weet niet hoe hij dit anders aan moet pakken. Daarnaast wil hij van het weekend naar vrienden gaan, maar dit durfde hij niet omdat hij was bang voor hun reactie. Dhr. zit met zijn handen in het haar en vraagt hoe hij dit allemaal aan moet pakken.*

Er zijn negen algemene richtlijnen voor begeleiding bij verliesverwerking:

- Bied getroffene de gelegenheid om zijn verhaal te vertellen
- Bied getroffene de gelegenheid om zijn gevoelens van het verlies te vertellen
- Wees alert op bronnen van secundaire victimisatie
- Geef getroffene de tijd om het verlies te verwerken
- Mobiliseer het sociale netwerk van getroffene
- Benadruk dat allerlei 'vreemde' verschijnselen doorgaans normaal zijn
- Benoem na enige tijd het verband tussen negatieve gevoelens en onredelijke gedachten
- In geval van verstoorde verwerking doorverwijzen

Getroffene van een CVA kan te maken krijgen met verlamming van een lichaamsdeel of lichaamshelft. Gevolg hiervan is dat er problemen zijn in de coördinatie van bewegingen. Hierdoor kan getroffene beperkingen houden in het uitvoeren van activiteiten in het dagelijks leven. Wanneer (waarschijnlijke) blijvende beperkingen in het dagelijks leven ervaren gaan worden kan getroffene begeleid worden in een revalidatiecentrum. Revalidatiegeneeskunde richt zich op het voorkomen, terugbrengen en genezen van (te verwachten) gevolgen voor mensen met blijvend lichamelijk letsel of een functionele beperking. Tegenwoordig wordt er (steeds meer) gewerkt vanuit het biopsychosociaal en het ICF model. Het biopsychosociaal model gaat er van uit dat de biologische, psychische en sociale aspecten elkaar wederzijds beïnvloeden. Een lichamelijke beperking heeft invloed op de psychosociale aspecten. Bij het ICF model wordt het menselijk functioneren gezien als een dynamische wisselwerking tussen verschillende factoren die samenhangen met de ziekte/aandoening en externe en interne factoren.

De psychomotorische therapeut, werkend in de revalidatie, richt zich op het helpen van de revalidant om een optimale lichamelijke psychosociale integratie te vinden. Om het biopsychosociale evenwicht te herstellen zal de getroffene moeten leren omgaan met de gevolgen. Getroffenen die psychische, emotionele of sociale problemen hebben en gerelateerd zijn aan een lichamelijke aandoening of lichamelijk functioneren, kunnen baat hebben bij PMT. Psychomotorische therapie is een ervaringsgerichte therapie vorm waarbij bewegings- en lichaamsgerichte werkvormen worden gebruikt om de cliënt zowel letterlijk als figuurlijk in beweging te laten komen, stil laat staan bij de betekenis van interactioneel bewegingsgedrag en bij de beleving van het eigen lichaam. Bij succesvol bewegen groeit het zelfvertrouwen doordat er wordt ervaren dat het lichaam nog iets kan doen, ondanks de beperking. Bewegen kan betekenis krijgen in het verwerken van verlies en/of het doorbreken van een negatief verlopend verwerkingsproces. Wanneer er psychische gevolgen zijn van of in relatie staan met lichamelijke beperkingen is het van belang dat de psychomotorische therapeut interventies doet op het gebied van bewegingsgedrag en lichaamsbeleving. Interventies worden gezien als de concrete verbale, non-verbale en para verbale acties die de therapeut bewust onderneemt tijdens een therapiesessie, om het proces van de getroffene positief te beïnvloeden. Therapie kan individueel plaatsvinden, maar ook in groepsverband of systeemgericht. In groepstherapie kunnen relationele patronen uit het dagelijks leven herhaald, onderzocht, bewerkt en veranderd worden. Groepsleden geven elkaar hoop en delen ervaringen waardoor herkenning plaatsvindt. Een optimale thuissituatie vermindert of voorkomt problematiek. Gezinstherapie kan bijdragen aan het verdwijnen of doen verminderen van problemen door interactiepatronen in het hier en nu te veranderen. De therapeut (ver)richt zijn interventies met behulp van bewegingsgeoriënteerde methodieken(BGM) en lichaamsgeoriënteerde methodieken(LGM). Hierbij is de therapeut niet alleen een helpende stem, maar hij is ook lijfelijk aanwezig en participeert in de therapie.

Bewegingsgerichte activiteiten doen een appel op het handelen: actief worden, verrichten van inspanning, verplaatsen door de ruimte en in interactie zijn met mensen en dingen. Het ontdekken en verbreden van mogelijkheden en het leren omgaan met onmogelijkheden is het doel. Dit kan gedaan worden met de strategie van verkennen, herkennen en erkennen:

- Verkennen: kennis maken activiteit, welke betekenissen komen naar voren?
- Herkennen: wat wordt herkend in de activiteit? Gerichte vragen, betekenis verlenen aan gedrag.
- Erkennen: wordt last erkend voor zichzelf en anderen? Wat is er voor nodig om dit te veranderen?

Lichaamsgerichte activiteiten zijn gericht op het lichamelijke ervaren van het zelf ten opzichte van de omgeving, lichaamsbewustwording en lichaamsbeleving. Het doel is om met eigen gevoelens te leren omgaan in contact met anderen. De focus ligt op het (weer) ervaren van lichamelijke ervaringen, gevoelens en sensaties.

Het verwoorden van lichamelijke gevoelens is van groot belang om grip te krijgen op de gevoelens. In de lichaamsgerichte benadering gaat men ervan uit dat het lichaam niet te scheiden is van de geest. Het lichaam wordt als uitgangspunt genomen en van daaruit wordt de psychische en gedragsmatige kant van de persoon benaderd. Bewustwording van lichaamssensaties en de gevoelsmatige betekenis daarvan dragen bij aan het versterken van het (lichaams) ego, het identiteitsgevoel en de autonomie. De therapeut kan lichaamsgericht interveniëren aan de hand van:

- Verbale interventies; hierin richt de therapeut de cliënt verbaal naar het aanwezige gevoel
- Uitvoerige instructies; cliënt wordt begeleid om met de aandacht systematisch naar het lichaam gaan
- Non-verbale interventies; door middel van spiegelen en modelleren kunnen lichaamshoudingen en bewegingen worden ervaren en gezien. Lichaamstekening maken draagt bij tot inzicht in waardering van uiterlijke verschijning en de gevoelsmatige ervaring van het lichaam.
- Aanraking: lichamelijke aanraking zorgt voor verhoogde gevoeligheid en intimiteit. Ondersteunende aanrakingen kunnen helpen bij confronterende of pijnlijke ervaringen, zodat ervaringen worden toegelaten en er mee om wordt gegaan.

De therapeut kan gebruik maken van symbolische aspecten waarbij de nadruk ligt op het in beweging, of met materiaal, tot expressie brengen van gevoelens en gedachten.

De psychomotorische therapeut werkt vanuit drie samenhangende behandelstrategieën:

- Oefenen: gestructureerde bewegings- en lichaamsgerichte activiteiten met als doel het stabiliseren, ontwikkelen en/of herstellen van de functies van het lichaam. In het hier en nu en in contact met omgeving en/of lichaam
- Ervaren: activiteiten waarin geëxperimenteerd wordt met gedragsalternatieven en het effect hiervan in relatie met de omgeving. Het (her)ontwikkelen van bewegingsmogelijkheden en vergroten van zelfstructurend vermogen zijn van belang binnen deze strategie. Focus ligt op het hier, nu en daar.
- Ontdekken: doel is om inzicht te krijgen in en verwerken van conflicten die wijzen naar traumata en impact hebben op de huidige problemen. De conflicten moeten ontdekt, geuit, benoemt en geïntegreerd worden. Focus ligt op het hier, nu, toen en daar.

*Na een aantal therapiesessies in de zaal heeft dhr. handvaten om thuis aan de slag te gaan met activiteiten oppakken. Hij heeft geleerd hoe hij nu gemakkelijker zijn lichaam kan gebruiken met de beperking. Tijdens sport heeft dhr. plezier ervaren, doordat het bewegen langzaamaan weer lukte. Dhr. ziet zijn lichaam nu minder als 'ding', maar meer als iets dat weer bij hem gaat horen. Dhr. geeft aan dat hij over een paar weken weer het werken gaat proberen, maar daarvoor nog samen met zijn dochter op vakantie gaat. Dhr. pakt activiteiten in het dagelijks leven langzaamaan weer op.*

# Discussie

De gebruikte literatuur heeft zijn voor- en nadelen gehad. Het voordeel is dat lichamelijke beperking, CVA, verliesverwerking en PMT, redelijk grote definities zijn en hierdoor genoeg literatuur te vinden is. Dit brengt als nadeel mee dat het lastig was om specifiek te zoeken en me te beperken. Er is op persoonlijk voorkeur literatuur geselecteerd. Voor dit onderzoek is er alleen gebruik gemaakt van Nederlandstalige literatuur. Wanneer dit onderzoek zal worden overgedaan, is er een grote kans dat er ander literatuur wordt gebruikt en hierdoor andere resultaten en conclusie. Er is daarom voor gekozen om naar alle literatuur te verwijzen, zodat herhaald onderzoek mogelijk is.

Voor dit onderzoek is alleen de lichamelijke beperking als gevolg van een CVA beschreven. Naast een CVA zijn er veel andere mogelijkheden die een lichamelijke beperking kunnen veroorzaken. Deze zijn niet aan de orde gekomen. Daarnaast wordt er in andere literatuur aangegeven dat het zeldzaam is dat iemand na een CVA alleen lichamelijke beperking heeft. Meestal speelt er naast de lichamelijke beperking ook verandering op in het cognitieve en/of psychische aspect. In de resultaten worden de cognitieve en psychische aspecten niet meegenomen, terwijl dit in de praktijk vaak wel aan de orde komt.

Literatuur voor het hoofdstuk verliesverwerking was moeilijk te vinden. Er zijn veel soorten modellen geschreven rondom rouw en verliesverwerking. Dit maakte het lastig om een keuze te maken in het gebruik van één of meerdere modellen. De keuze is gemaakt op persoonlijk voorkeur. Het takenmodel is voornamelijk geschreven voor nabestaanden na overlijden. Er wordt aangegeven dat dit model ook van toepassing is voor mensen met lichamelijk verlies. Doordat dit hier niet specifiek voor geschreven is, wordt er een gemis ervaren in kennis over verliesverwerking specifiek voor mensen met lichamelijke beperking.

Bij het takenmodel zijn nog wel kanttekeningen:

- De taken worden sterk vanuit het intra-psychische gezichtspunt geschreven. De manier waarop de omgeving het verwerkingsproces kan beïnvloeden komt nauwelijks aan de orde.
- De taken geven aan wat het einddoel is waarnaar gestreefd moet worden. Hierin wordt niet beschreven wat dit allemaal oproept bij de getroffene. Daarnaast wordt er niet aangegeven hoe getroffene hierin begeleid kan worden.
- Bij de tweede taak: pijn en verdriet doorleven, wordt in verschillende literatuur aangegeven dat het niet altijd van belang is dat verdriet geuit wordt en dat dit ook niet gestimuleerd hoeft te worden.

Tijdens het onderzoeken is ervaren dat de onderwerpen te groot waren om dit goed te kunnen beperken en specifiek te richten op de vraagstelling. Dit heeft als gevolg dat het als heel lastig is ervaren om specifiek per taak van verliesverwerking aan te geven welke interventiemogelijkheid gepleegd kan worden door de psychomotorische therapeut. Als nadeel is ervaren dat er over de inhoud van de taken weinig gevonden kon worden.

Psychomotorische therapie is nog een vrij nieuwe therapievorm in de revalidatie. Als gevolg hiervan is er moeilijk relevante literatuur gevonden. Niet elke gebruikte literatuur is wetenschappelijk bewezen, maar overgenomen uit theorielessen of van docenten. Beschreven interventies zijn heel breed. Dit maakt het lastig om te specificeren. Het doen van interventies hangt van verschillende factoren af: de cliënt, de therapeut, de context, de instelling etc. Deze factoren zijn niet meegenomen in dit onderzoek, maar wel van belang.

# Conclusie

Psychomotorische therapie, in de revalidatie, heeft als doel om met de revalidant een optimale integratie te vinden op lichamelijk en psychosociaal gebied. PMT is een ervaringsgerichte therapievorm die erop gericht is om de revalidant zowel letterlijk als figuurlijk in beweging te laten komen, stil laat staan bij de betekenis van interactioneel bewegingsgedrag en/of bij de beleving van het eigen lichaam. Het letterlijk stilstaan bij het lichaam en het bewegen hiervan is confronterend voor de revalidant met een lichamelijke beperking, maar juist daarom sluit PMT bij revalidanten met een lichamelijke beperking aan. Wanneer het de revalidant lukt om succeservaring op te doen in het lichamelijk bewegen, heeft dit rechtstreeks gevolgen voor de zelfwaardering. Er wordt ervaren dat het lichaam nog iets kan doen, ondanks de lichamelijke beperking. Bewegend krijgt de revalidant weer vertrouwen in het lichaam en inzicht in mogelijkheden in het dagelijks leven. Doordat mensen met een lichamelijke beperking te maken kunnen krijgen met verwerkings- en acceptatieproblemen, kan de begeleiding van een psychomotorische therapeut gewenst zijn.

Interventies vanuit de PMT zijn specifiek gericht op bewegingsgedrag en/of lichaamsbeleving.

|                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Bewegingsgerichte interventies gericht op:</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Het lichamelijk handelen: actief worden, inspanning, verplaatsen door de ruimte, interactief zijn met mensen en dingen</li> <li>• Mogelijkheden ontdekken en uitbouwen, met onmogelijkheden leren omgaan en accepteren</li> <li>• Begrijpen van en leren luisteren naar lichaamssignalen</li> <li>• Verkennen, herkennen en erkennen van problematiek</li> </ul>                           |
| <b>Lichaamsgerichte interventies gericht op:</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Het (weer) ervaren van lichamelijke ervaringen, gevoelens en sensaties</li> <li>• Het leren omgaan met eigen gevoelens in contact met de anderen en/of het andere</li> <li>• Lichaamsbewustwording</li> <li>• Lichaamsbeleving</li> <li>• Het in beweging ( of met materiaal) tot expressie brengen van gevoelens en gedachten</li> <li>• Verwoorden van lichamelijke gevoelens</li> </ul> |

De psychomotorische therapeut kan bij de bewegings- en lichaamsgerichte interventies kiezen voor:

|                          |                                                                                                                                                                                          |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Lichaamsgericht</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbaal</li> <li>• Uitvoerige instructies</li> <li>• Non-verbaal: spiegelen, modelleren, tekening, symbolisch</li> <li>• Aanrakingen</li> </ul> |
| <b>Therapievorm</b>      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Individueel</li> <li>• Groep</li> <li>• Systeem/gezinsgericht</li> </ul>                                                                        |
| <b>Behandelstrategie</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oefenen</li> <li>• Ervaren</li> <li>• Ontdekken</li> </ul>                                                                                      |

Er zal nu een koppeling gemaakt worden tussen lichamelijke beperking en verliesverwerking. Dit zal gedaan worden aan de hand van het beschrijven van de taken van verliesverwerking. Bij revalidanten met een lichamelijke beperking door een CVA zullen de taken er mogelijk als volgt uit zien:

*Taak 1: De realiteit van het verlies aanvaarden*

De revalidant zal door de lichamelijke beperking verlies ervaren van het vertrouwde bestaansleven. Er is een verstoring in de identiteit (fysiek, sociaal en normatief) en daarmee het zelfbeeld, het lichaamsbeeld, de relatie met de omgeving, de autonomie en het toekomstperspectief. De revalidant zal het feitelijke verlies, de betekenis van het verlies en de onomkeerbaarheid van het verlies moeten erkennen en accepteren.

*Taak 2: De pijn en het verdriet doorleven*

Wanneer de revalidant pijn en verdriet doorleeft kan de realiteit pas echt aanvaard worden. Door een veranderd lichaam kan de revalidant schaamte en een hekel krijgen aan het lichaam, waardoor er neiging is tot terugtrekgedrag. Het is aan de revalidant om emoties te erkennen, uit te spreken en te uiten.

*Taak 3: Zich aanpassen in een nieuwe situatie en aan een nieuw leven*

Het is aan de revalidant om zich aan te passen in het dagelijks leven. Dit betekent dat het verlies geïntegreerd moet worden in het eigen bestaan en er betekenis aan toegekend wordt. Om dit mogelijk te maken kan geconcludeerd worden dat er verandering/aanpassing moet plaatsvinden in de aspecten van de identiteit.

| Aspect    | Aanpassen/veranderen van:                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fysiek    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wijze waarop het lichaam wordt gebruikt – lichamelijk functioneren</li> <li>• Afhankelijk/onafhankelijk</li> <li>• Het vertrouwen in eigen lichaam</li> <li>• Waarneming van zichzelf (het lichaam)</li> </ul> |
| Sociaal   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• De (verkeerde) gevormde beelden van de werkelijkheid</li> <li>• De ervaren gevoelswaarden van relatie van zichzelf met de anderen en het andere</li> <li>• Betekenis van de relatie</li> </ul>                 |
| Normatief | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Waardering van menselijk bestaan</li> <li>• Zelfbeeld, lichaamsbeeld, zelfacceptatie</li> <li>• Toekomstperspectief</li> </ul>                                                                                 |

*Taak 4: Het verlies emotioneel een plaats geven en de draad van het leven weer oppakken*

De revalidant zal zich emotioneel terugtrekken van het verlies. Zodat de emotionele energie gebruikt kan worden voor het oppakken van (nieuwe) activiteiten. De relatie met het verleden van de revalidant zal veranderen. Het verlies en de emoties krijgen een plaatsje. Dit maakt het mogelijk om door te leven met een nieuwe identiteit in plaats van te blijven vasthouden aan het verleden.

Aan de hand van boven staande koppeling tussen lichamelijke beperking en taken van verliesverwerking, zal de koppeling gemaakt worden tussen de taken en interventiemogelijkheden van de psychomotorische therapeut. Dit zal gedaan worden aan de hand van een ingevulde tabel. Met deze tabel zal overzichtelijk antwoord gegeven worden op de vraagstelling:

*Welke interventiemogelijkheden vanuit de PMT zijn toepasbaar binnen de taken van verliesverwerking (Worden 1992) bij mensen met een lichamelijke beperking ten gevolge van een CVA, die begeleid worden binnen de revalidatiesetting.*

| Taak     | Bewegingsgericht                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Lichaamsgericht (verbaal, instructies, non-verbaal, aanrakingen)                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Attitude                                                                      | Therapie vorm                       | Behandel strategie |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------|
| <b>1</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Mogelijkheden ontdekken en uitbouwen, met onmogelijkheden leren omgaan en accepteren</li> <li>Verkennen, herkennen en erkennen van problematiek</li> </ul>                                                                                                                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>Lichaamsbewustwording</li> <li>Het leren omgaan met eigen gevoelens in contact met de anderen en/of het andere</li> </ul>                                                                                                                                                                                               | Confronterend, stimulerend, uitnodigend, geduldig, acceptierend               | Individueel, groep                  | Ontdekken, ervaren |
| <b>2</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Begrijpen van en leren luisteren naar lichaamssignalen</li> <li>Verkennen, herkennen en erkennen van problematiek</li> </ul>                                                                                                                                                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>Het (weer) ervaren van lichamelijke ervaringen, gevoelens en sensaties</li> <li>Het leren omgaan met eigen gevoelens in contact met de anderen en/of het andere</li> <li>Verwoorden van lichamelijke gevoelens</li> <li>Het in beweging ( of met materiaal) tot expressie brengen van gevoelens en gedachten</li> </ul> | Inlevend, nabij, acceptierend, trouw, stimulerend, uitnodigend, confronterend | Individueel, groep                  | Ontdekken, ervaren |
| <b>3</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Het lichamenlijk handelen: actief worden, inspanning, verplaatsen door de ruimte, interactief zijn met mensen en dingen</li> <li>Mogelijkheden ontdekken en uitbouwen, met onmogelijkheden leren omgaan en accepteren</li> <li>Begrijpen van en leren luisteren naar lichaamssignalen</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Het (weer) ervaren van lichamelijke ervaringen, gevoelens en sensaties</li> <li>Het leren omgaan met eigen gevoelens in contact met de anderen en/of het andere</li> <li>Lichaamsbeleving</li> </ul>                                                                                                                    | Structurend, uitnodigend, stimulerend, uitlokkend, acceptierend               | Individueel, groep, systeem gericht | Oefenen, ervaren   |
| <b>4</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Het lichamenlijk handelen: actief worden, inspanning, verplaatsen door de ruimte, interactief zijn met mensen en dingen</li> <li>Mogelijkheden ontdekken en uitbouwen, met onmogelijkheden leren omgaan en accepteren</li> </ul>                                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>Het leren omgaan met eigen gevoelens in contact met de anderen en/of het andere</li> <li>Verwoorden van lichamelijke gevoelens</li> </ul>                                                                                                                                                                               | Uitnodigend, structurend, acceptierend, stimulerend, inlevend                 | Individueel, groep, systeem gericht | Oefenen, ervaren   |

# Aanbevelingen

Wanneer de psychomotorische therapeut gebruikt maakt van bovenstaande interventies, moeten de algemene richtlijnen voor begeleiden bij verliesverwerking ook in acht worden genomen:

- Bied getroffene de gelegenheid om zijn verhaal te vertellen
- Bied getroffene de gelegenheid om zijn gevoelens van het verlies te vertellen
- Wees alert op bronnen van secundaire victimisatie
- Geef getroffene de tijd om het verlies te verwerken
- Mobiliseer het sociale netwerk van getroffene
- Benadruk dat allerlei 'vreemde' verschijnselen doorgaans normaal zijn
- Benoem na enige tijd het verband tussen negatieve gevoelens en onredelijke gedachten
- In geval van verstoorde verwerking doorverwijzen

Het wordt aanbevolen om een vervolgonderzoek te doen op de effectiviteit van de beschreven interventies. Doordat de interventies niet in de praktijk zijn uitgevoerd kan er niet gezegd worden of de interventies de revalidant daadwerkelijk helpen in het voltooien van de taken. Hierbij is van belang dat de therapeut zich inleest in de verschillende taken. Hierbij moet de therapeut zich realiseren dat elke revalidant uniek is en verlies anders verwerkt.

Het wordt sterk aanbevolen om onderzoek te doen naar verliesverwerking specifiek gericht op mensen met lichamelijke beperking. Er is hier nog weinig literatuur over te vinden, terwijl dit wel van belang is. Mensen met lichamelijke beperking hebben net als nabestaanden na overlijden te maken met verlies, maar dit is wel van een andere orde. Tegenwoordig zijn er voornamelijk rouwmodellen geschreven voor nabestaanden na overlijden. Er wordt aanbevolen om te onderzoeken hoe een rouw/verwerkingsproces verloopt bij mensen met lichamelijke beperking.

# Literatuurlijst

## Boeken

- Bakker, E. & Buuren van, H. (2009), *Onderzoek in de gezondheidszorg*, Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers
- Bergsma, J. (2002) *Lichamelijke verstoring en autonomie*, Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg
- Bosscher, R.J. & Lange de, J.(2008), *Psychomotorische therapie in de praktijk*, Amsterdam: Boom
- Bout van, J. & Boelen, P.A. & Keijser de, J. (1998), *Behandelingsstrategieën bij gecompliceerde rouw en verliesverwerking*, Houten: Bohn Stafleu van Lochem
- Bout van den, J. & Veen van der E. (1997), *Helpen bij rouw*, Utrecht: De Tijdstroom
- Broekaert, E. & Hove van, G. (2007), *Handboek bijzondere orthopedagogiek*, Antwerpen – Apeldoorn: Garant
- Cranenburgh van B. (2009) *Neuropsychologie, over de gevolgen van hersenbeschadiging*, Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg
- Deth, van R & Vandereycken, W. (2009), *Psychotherapie van theorie tot praktijk*, Houten: Bohn Stafleu van Lochem
- Eilander H. & Belle-Kusse van P. & Vranken P. (2006) *Hersenletsel: achtergronden en aanpak – ze zeggen dat ik zo veranderd ben*, Den Haag: Lemma
- Franke, C.L. & Limburg, M. (2006) *Handboek cerebrovasculaire aandoeningen*, Utrecht: De tijdstroom
- Haans, T & Reijen van, J (2008), *groepsdynamica in gedragstherapeutische en psychodynamische groepen*, Houten: Bohn Stafleu van Lochem
- Hekking, P. & Fellinger P. (2011) *Psychomotorische therapie: een inleiding*, Amsterdam: Boom
- Mönnink de, H. (2008) *Verlieskunde, handleiding voor de beroepspraktijk*, Maarssen: Elsevier
- Nederlandse ICF World Health Organization (2002), *ICF, Nederlandse vertaling van de 'International Classification of Functioning, Disability and Health*, Houten: Bohn Stafleu van Lochem
- Palm, J. (2005) *Omgaan met hersenletsel. Hulp bij een veranderd leven*. Assen; Van Gorcum & Comp. B.V.
- Polspoel, A. (2007) *Wenen om het verloren ik, over verlies en rouw*, Kampen: Ten Have
- Schweizer, C. (2009), *Handboek beeldende therapie*, Houten: Bohn Stafleu van Lochem
- Weerman, A. (2006), *zes psychologische stromingen één cliënt*, Soest: Nelissen

## Artikelen:

- Balvert den, K. (1997), *Psychomotorische therapie in de revalidatie, een casuïstiek*, 't Web nummer 4
- Leijssen, M. (2001), *lichaamsgerichte interventies in de psychotherapeutische hulpverlening: waardevol en ethisch verantwoord?*, Geestelijke volksgezondheid 3, pag. 195-217
- NVMP (maart 2009), *Beroepsprofiel psychomotorische therapeut*, (elektronische versie), verkregen op 3 oktober 2012, van [www.nvpmt.nl](http://www.nvpmt.nl)
- NVPMT. (2010), *Visiestuk Revalidatie en PMT*, ( elektronische versie), verkregen op 11 november 2011, van [www.nvpmt.nl](http://www.nvpmt.nl)
- Sietsma, L.W. (1997), *Betekenenissen van bewegen in de revalidatie*, reader Werkveldoriëntatie (G079), pag. 4 – 16
- Veymeyer, B. (2008), *Een nieuwe houding, over bewegings- en lichaamsgerichte therapie*, verkregen op 22 april 2012, van <http://www.rino.nl/artikelen/een-nieuwe-houding>

*Readers:*

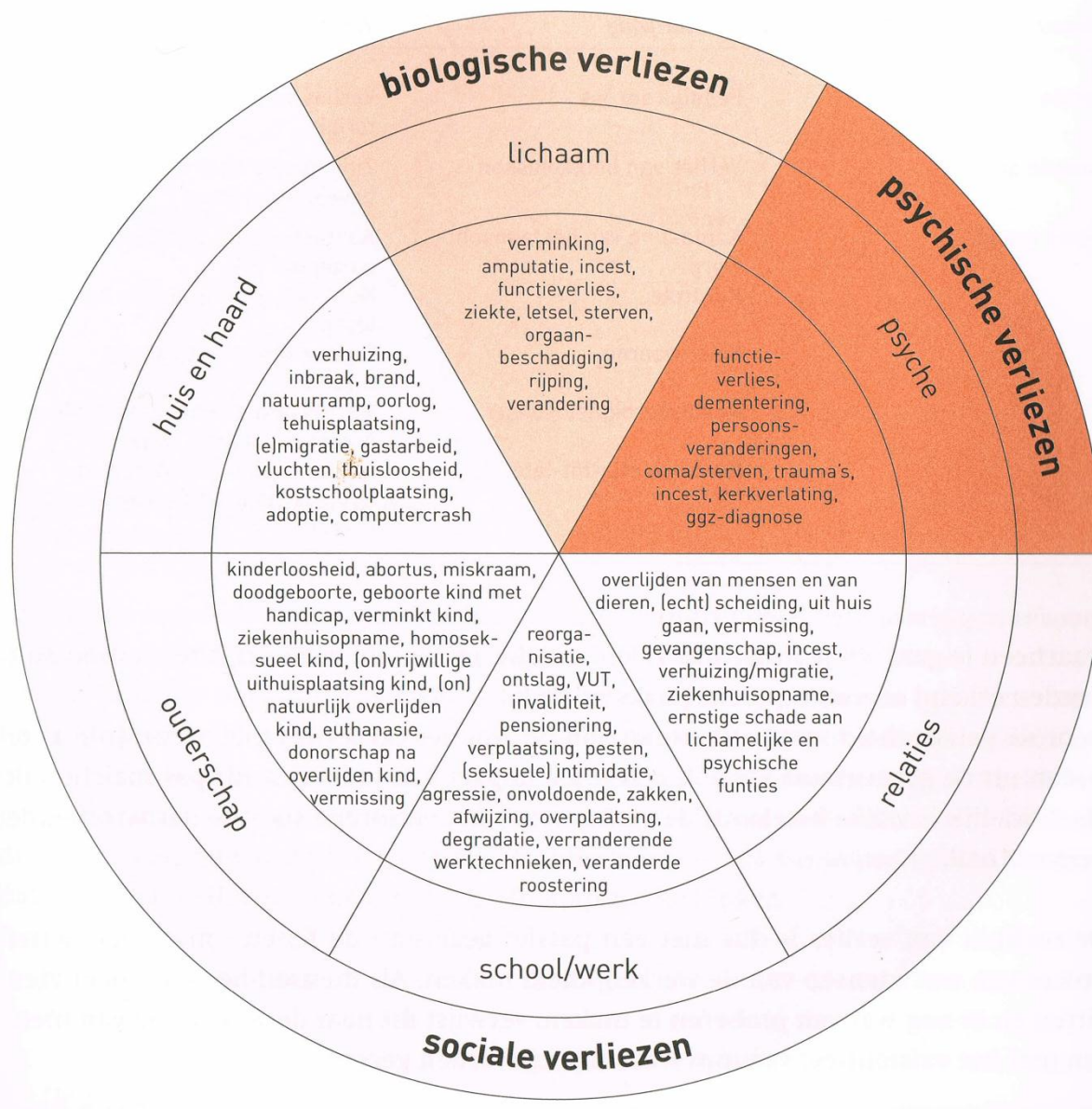
- Blink van den, M. *BGM, Bewegingsgeoriënteerde methodieken*, (G048), Zwolle: Windesheim
- Dijk, F. & Beusekom van R. (2007), *Werkveldorientaties bewegingsagogie en psychomotorische therapie* (G079), Zwolle: Windesheim
- Fellingier, P. & Sietsma, L., & Overbeek, R. (2006) *Bewegingsagogie en psychomotorische therapie* (G006), Zwolle: Windesheim
- Verschuur P. (2007) *Lichaamsgeoriënteerde methodieken 1* (G027), Zwolle: Windesheim

*Internet:*

- <http://www.dehoogstraat.nl>
- <http://www.hersenstichting.nl>
- <http://www.google.nl>
- <http://www.google.nl/boeken>
- <http://www.rino.nl/artikelen/een-nieuwe-houding>
- <http://www.nvpmt.nl>

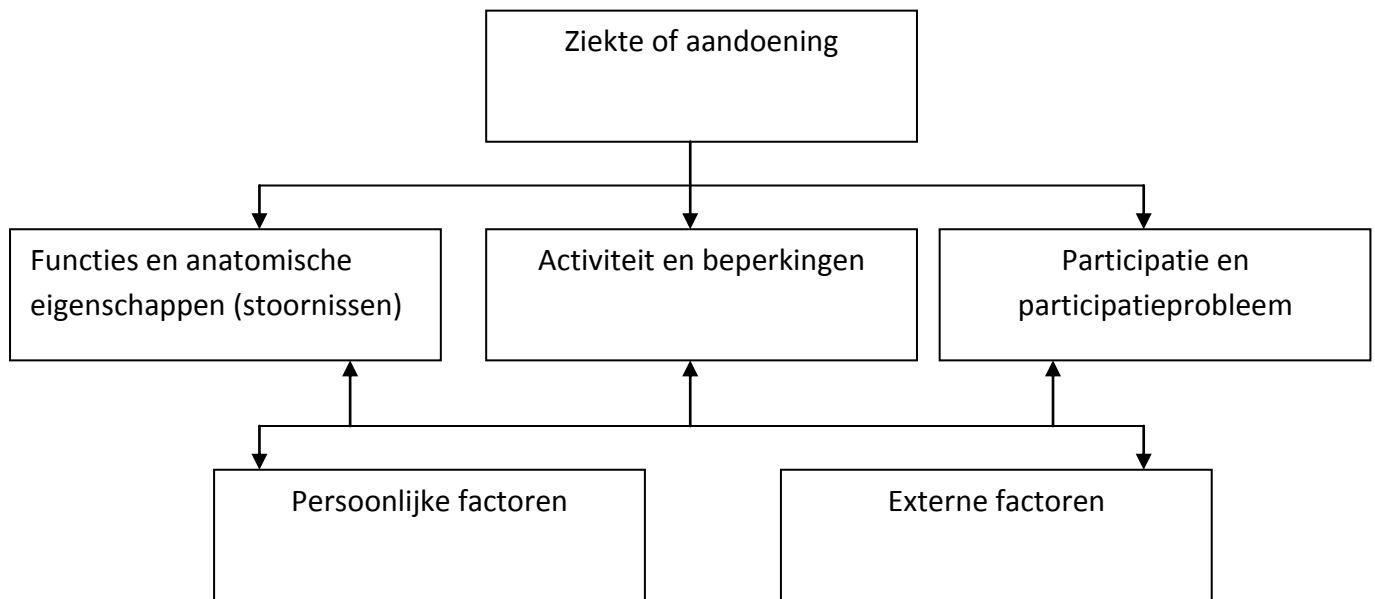
# Bijlagen: Biopsychosociaal model

Verliezen die zich voordoen doen binnen elk aspect.<sup>56</sup>



<sup>56</sup> Mönnink de, H. (2008) *Verlieskunde, handleiding voor de beroepspraktijk*, Maarssen: Elsevier, pag. 57

# ICF model



*Schema International Classification of Functioning, Disability and Health*  
(World Health Organisation, 2002)

## **Definitie uitleg:**<sup>57</sup>

*Functies:* fysiologische en mentale eigenschappen van het menselijk organisme

*Anatomische eigenschappen:* positie, aanwezigheid, vorm en continuïteit van onderdelen van het menselijk lichaam. Lichaamsdelen, orgaanstelsels, organen en onderdelen van organen.

*Stoornissen:* afwijkingen in of verlies van functies of anatomische eigenschappen

*Activiteiten:* onderdelen van iemands handelen

*Beperkingen:* moeilijkheden die iemand heeft met het uitvoeren van activiteiten

*Participatie:* iemands deelname in het maatschappelijke leven

*Participatieproblemen:* problemen die iemand heeft met het deelnemen aan het maatschappelijk leven

*Externe factoren:* iemands fysieke en sociale omgeving

*Interne factoren:* iemands individuele achtergrond

<sup>57</sup> Nederlandse ICF World Health Organization (2002), *ICF, Nederlandse vertaling van de 'International Classification of Functioning, Disability and Health*, Houten: Bohn Stafleu van Lochem, pag. 11

# Kapstok PMT

| “kapstok PMT”                                             |                                           |                                                                             |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| Actie van de deelnemer:                                   | Actie van de Therapeut:                   | Doelen geformuleerd in termen van:                                          |
| <u>Oefenen</u><br>Leren<br>Doen                           | Structureren<br>Sturen<br>Leiden          | Mobiliseren<br>(re-)activeren<br>(re-)habiliteren<br>Leren om..             |
| <u>Ervaren</u><br>Beleven<br>Experimenteren               | Uitlokken<br>Creëren<br>Uitnodigen tot... | Ervaren dat..<br>Compenseren<br>Uitproberen van...                          |
| <u>Ontdekken</u><br>Ontwikkelen<br>Herbeleven<br>Benoemen | Creëren<br>Spiegelen<br>Confronteren      | Inzicht krijgen in..<br>Conflict oplossen<br>Integreren van...<br>Relabelen |

*Kapstok waarin de PMT behandelstrategieën zijn opgenomen<sup>58</sup>*

<sup>58</sup> Fellingier, P. & Sietsma, L., & Overbeek, R. (2006) *Bewegingsagogie en psychomotorische therapie* (G006). Zwolle: Windesheim