

De zoektocht naar psychomotorische therapie bij conversiestoornissen!!!

**Gebruik je een lichaamsgerichte methodiek of een
bewegingsgerichte methodiek?**



Christelijke Hogeschool Windesheim
School of Human Movement & Sports
Bewegingsagogie en Psychomotorische Therapie

Naam: Ruud Schurink

Klas: 4BB

Datum: 13 juni 2008

Begeleidende docent: Cor Niks

Beoordelende docent: Martin van den Blink

Voorwoord

Deze scriptie is geschreven door Ruud Schurink 4^e jaars student Bewegingsagogie en Psychomotorische Therapie aan de School of Human Movement & Sports, Hogeschool Windesheim, te Zwolle.

Deze scriptie is tot stand gekomen in het kader van een afstudeer module in het laatste jaar van de opleiding. Naar aanleiding van een casus die ik meegemaakt heb tijdens mijn eindstage bij de Psychiatrische Afdeling van Algemeen Ziekenhuis (PAAZ) van Ziekenhuisgroep Twente locatie Twenteborg te Almelo, is deze scriptie geschreven.

Bij deze wil ik allereerst Annabel (fictief hoofdpersoon casus) bedanken voor haar medewerking aan mijn scriptie. Net als de vele andere mensen van wie ik alle informatie heb gekregen en die mij geholpen hebben bij het schrijven van deze scriptie.

Inhoudsopgave

	Blz:
Voorwoord	2
Inhoudsopgave	3
Inleiding met vraagstelling	4
1. Verantwoording probleemstelling	5
2. Theoriestudy conversiestoornis; met casus en pmt	6 -10
2.1 Kenmerken	
2.2 Prevalentie en co-morbiditeit	
2.3 Verklaring	
Psychoanalytisch model	
Leertheoretisch- of gedragsmodel	
2.4 Diagnostiek	
2.5 Behandeling	
2.6 Literatuur/ wetenschappelijk onderzoek: pmt bij conversiestoornis	
3. Casestudy	11-17
3.1 Casuïstiek	
3.2 Diagnostiek	
3.3 Diagnostiek bij opname	
3.4 Classificerende (DSM-IV-TR), hermeneutische en kritische diagnostiek	
3.5 Gekozen behandeling na definitieve diagnostiek.	
4. Psychomotorische therapie bij de casus (Annabel)	18-21
4.1 Pmt modaliteit en verantwoording	
4.2 Lichaamsgericht- en/of bewegingsgerichte methodiek	
4.3 Benaderingswijze, attitude en verantwoording	
4.4 Behaalde resultaten met de gekozen pmt modaliteit, benaderingswijzen en attitude	
5. Lichaamsgerichte methodiek en bewegingsgerichte methodiek	22-23
5.1 Inleiding	
5.2 Lichaamsgerichte methodiek	
5.3 Bewegingsgerichte methodiek	
6. Inventarisatie pmt ervaring bij conversiestoornissen	24-25
7. Conclusie	26-27
8. Aanbeveling	28-29
9. Literatuurlijst	30-31
Bijlage:	32-43
A. Groepsformat	
B. Vragenlijst psychomotorische therapie van Claudia Emck	
C. Inge vulde vragenlijst "Inventarisatie pmt ervaring bij conversiestoornis	

Inleiding met vraagstelling

Met enige regelmaat komen cliënten in de psychiatrie terecht omdat ze opgenomen zijn met medisch onverklaarbare klachten.

Deze klachten kunnen zeer uiteenlopend zijn en vallen onder de term somatoforme stoornissen. Enkele voorbeelden hiervan zijn de somatisatiestoornis, hypochondrie en de conversiestoornis. In deze casestudy zal gesproken worden over een conversiestoornis.

Mijn vraagstelling luidt als volgt:

Welke behandelingsmethode (lichaams- of bewegingsgericht) binnen de psychomotorische therapie levert het meest positieve effect op bij de behandeling van een conversiestoornis binnen de klinische setting?

Zoals bij elke vraagstelling gaat er een probleemstelling aan vooraf. Deze vindt u in het eerste hoofdstuk. Hier zal ook de vraagstelling wat nader uitgelegd worden.

In het tweede hoofdstuk is de theoriestudy uitgewerkt. Hierin wordt als eerst de conversiestoornis beschreven. Wat zijn de kenmerken, de prevalentie, verklaring, diagnostiek en behandeling. Daarna wordt beschreven wat er aan literatuur en wetenschappelijk onderzoek gevonden is over psychomotorische therapie (pmt) bij conversiestoornis.

Het derde hoofdstuk gaat over de casestudy. Waarin Annabel in de casuïstiek en diagnostiek wordt beschreven. Bij de diagnostiek worden ook de classificerende (DSM-IV-TR), hermeneutische en kritische diagnostiek beschreven

De psychomotorische therapie bij de casus Annabel wordt in het vierde hoofdstuk beschreven. Het wordt beschreven aan de hand van de volgende onderwerpen: pmt modaliteit en verantwoording, lichaamsgericht- en/of bewegingsgerichte methodiek, benaderingswijze, attitude en verantwoording

In hoofdstuk vijf kunt u lezen wat een lichaamsgerichte methodiek en een bewegingsgerichte methodiek is alvorens er een korte inleiding beschreven staat.

In het zesde hoofdstuk treft u een inventarisatie aan waarin de ervaring wordt weergegeven van meerdere psychomotorische therapeuten bij de behandeling van een conversiestoornis. Hiervoor is een vragenlijst naar verschillende van hen verstuurd.

In hoofdstuk zeven wordt een antwoord gegeven op de vraagstelling van deze casestudy.

In hoofdstuk acht treft u mijn aanbevelingen aan.

Het laatste hoofdstuk, hoofdstuk negen, is gebruikt voor de literatuurlijst.

De scriptie wordt afgesloten met een drietal bijlagen.

1. Verantwoording probleemstelling

Mijn probleemstelling en vraagstelling komen voort uit mijn eindstage. Mijn eindstage heb ik gelopen op de PAAZ van Ziekenhuisgroep Twente locatie Twenteborg te Almelo. Tijdens mijn eindstage ben ik tegen een probleem aangelopen die ik dus graag aan de hand van deze casestudy probeer op te lossen.

Het probleem waar ik tegen aan ben gelopen, kwam heel onverwachts en overweldigend. Elke week heb ik met een structurerende klinische groep van de PAAZ één uur pmt. Het is een open groep, dat wil zeggen dat er steeds cliënten instromen maar ook vertrekken.

Bij het ophalen van mijn cliënten voor de pmt werd ik door de psychiatisch verpleegkundige ingelicht dat er een nieuwe cliënt met een conversiestoornis in de groep is gestart.

Vanaf dat moment zat ik al met een probleem omdat ik niet wist wat een conversiestoornis is. Ik wist dit niet omdat ik er nog nooit eerder mee in aanraking ben gekomen. Daarnaast is er binnen de opleiding geen aandacht aan deze problematiek besteed.

In de oefenzaal aangekomen kwam ik voor een nog groter probleem te staan. Als ik al niet weet wat een conversiestoornis inhoudt, hoe moet ik dan weten hoe ik daarbij professioneel pmt kan geven.

Ik werd dus geconfronteerd met een cliënt met een conversiestoornis waar ik veel vragen bij had.

1. Wat is een conversiestoornis?
2. Hoe wordt een conversiestoornis behandeld?
3. Welke benaderingswijzen en attitudes hebben de voorkeur tijdens het behandelen van een conversiestoornis?
4. Welke methodiek binnen pmt ga ik gebruiken, lichaamsgericht of bewegingsgericht?
5. Zijn er al afspraken gemaakt in het multidisciplinaire behandelteam van de manier van behandelen, dit i.v.m. een klinische setting?

In deze casestudy wil ik mijn eigen kennis wat betreft conversiestoornissen en de pmt daarbij vergroten. Ik wil deze kennis vergroten om mezelf als psychomotorisch therapeut vaardiger te maken in het behandelen van conversiestoornissen zodat ik in het werkveld niet weer tegen hetzelfde probleem aanloop.

Daarnaast hoop ik ook dat studiegenoten eventuele psychomotorische therapeuten wat met deze scriptie kunnen.

Naar aanleiding van deze ervaring ben ik tot de volgende vraagstelling gekomen:
Welke behandelingsmethode (lichaams- of bewegingsgericht) binnen de psychomotorische therapie levert het meest positieve effect op bij conversieproblematiek binnen de klinische setting?

Met het meeste positieve effect bedoel ik de symptomen, zoals straks in de theorie en casuïstiek benoemd worden, te verbeteren en op te heffen. Daarnaast wordt ook met het meeste positieve effect bedoeld dat de patiënt met een conversiestoornis uiteindelijk de spanningen cq stress niet meer weer te geven via lichamelijke klachten maar met een adequate coping.

2. Theoriestudy conversiestoornis; met casus en pmt.

2.1 Kenmerken

De patiënten die een conversiestoornis hebben suggereren een neurologische ziekte door de verschijnselen en symptomen die ze hebben, maar waarbij geen neurologische of organische oorzaak vastgesteld kan worden; men spreekt dan van een "functionele" stoornis (Van der Molen e.a., 1997)

Casus: Annabel is in eerste instantie opgenomen op de afdeling neurologie omdat zij, zoals hierboven beschreven staat, verschijnselen en symptomen had van een neurologische ziekte. Dit waren pijnklachten in de linkerpols, onderarm en borst. Na veel onderzoek waren er geen neurologische of organische oorzaken bij Annabel te vinden.

De symptomen manifesteren zich in functionele of functieverandering op motorisch gebied, waarbij de bewuste controle over de dwarsgestreepte spieren is verstoord (zoals bij verlamming of gelokaliseerde spierzwakte, stoornis in de coördinatie of het evenwicht, loopstoornissen, slikproblemen, afonie of aanvallen van ongecontroleerde bewegingen), op sensorisch gebied (zoals verlies van de tast- of pijnzin, dubbelzien, blindheid, doofheid en hallucinaties) of op het gebied van bewustzijn (bijvoorbeeld bij wegrakingen of pseudo-epileptische aanvallen met willekeurige motorische of sensorische componenten). Als er symptomen aanwezig zijn uit meer dan een categorie dan kan er ook sprake zijn van een gemengd beeld. De symptomen worden niet met opzet veroorzaakt (Moene, 2004, Van der Molen e.a., 1997).

Casus: Annabel had van bovenstaande symptomen uitvalverschijnselen tetraplegie, ongecontroleerde bewegingen van de armen en een lichte mate van afonie bij vermoeidheid.

Pmt: Gezien het positieve effect van het verbeteren of opheffen van de symptomen is dit voor mij belangrijke informatie. Ik weet dan waar de symptomen zich in manifesteren en waar ik me als psychomotorische therapeut op moet focussen gezien het meeste positieve effect zoals in de vraagstelling beschreven staat.

De symptomen worden vaak vergezeld door gevoelsstoornissen of pijn. De relatie met psychologische factoren is complex en er zijn sterke aanwijzingen dat traumatisering (seksueel misbruik), acute stress en mogelijk langdurige stress een rol spelen bij het ontstaan van de stoornis (Moene, 2004).

Aangenomen wordt dat de verschijnselen een uitdrukking zijn van een psychologisch conflict of door andere stresfactoren worden veroorzaakt (Van der Molen, 1997)

Casus: Bovenstaande is zeker van toepassing bij Annabel. Annabel is getraumatiseerd en leeft door alle gebeurtenissen al langere tijd onder grote stress wat een rol speelt bij het ontstaan van de conversiestoornis.

Vaak treden de conversieklachten vaak abrupt op tijdens en na een emotionele gebeurtenis.

Pmt: Dat conversieklachten vaak ontstaan tijdens en na een emotionele gebeurtenis kan een aanknopingspunt zijn voor de behandeling en dus pmt. Het kan betekenen dat de patiënt niet kan omgaan met emotie cq stress. Als ik naar mijn vraagstelling kijk, is dit een belangrijk aspect. Ik zou zelf aanbevelen om hier met een lichaamsgerichte methodiek mee te gaan werken. De reden hiervoor is dat Annabel via gestructureerde lichaamservarings oefeningen haar eigen lichamelijke sensaties

kan leren verkennen en herkennen. Vervolgens zou ik die dan koppelen aan emoties zoals blij, boos, bang en bedroefd. Het doel is dat Annabel weet welke lichaamssignalen bij een bepaalde emotie horen. Een stap verder is dan om goed met die emoties om te kunnen gaan.

De ene conversiepatiënt doet heel onverschillig over zijn problemen, de ander presenteert ze juist op dramatische wijze. In de regel ontkennen ze de psychologische achtergrond van hun klachten (Van der Molen e.a., 1997)

Casus: *Het bovenstaande zien we ook bij Annabel. Op het niet meer kunnen lopen reageert ze met: 'dat komt allemaal vanzelf wel weer goed'. Ze is er ook niet verdrietig of boos over. Dat ze op de afdeling psychiatrie is opgenomen snapt ze helemaal niets van want haar problemen zitten toch in haar lichaam en niet in haar hoofd.*

Pmt: *De bovenstaande informatie is belangrijk voor de pmt. Ze is zich niet bewust van haar psychologische achtergrond van haar klachten. Als psychomotorische therapeut moet je dan afvragen of het wenselijk is om hier wel of niet op in te gaan zetten.*

Er bestaan nog veel verschillen van mening met betrekking tot de precieze aard van de conversiestoornis. Er is gebrek aan wetenschappelijk bewijs voor een overeenstemming over de ontstaansmechanismen en de etiologie van de conversiestoornis. Een aantal auteurs (Ford & Folks, 1985; Binzer & Kullgren, 1996) pleit er dan ook voor om de conversiestoornis meer te zien en te behandelen als een symptoom dan als een primaire diagnose.

Voor de diagnostische criteria voor de conversiestoornis volgens de DSM-IV-TR verwijst ik naar de DSM-IV-TR.

2.2 Prevalentie en co-morbiditeit

De prevalentie van de conversiestoornis in de ziekenhuizen in Nederland is 0,5-5%. Binnen de poliklinieken neurologie komt het met een percentage van 4% voor (Moene, 2004). De stoornis komt zowel bij jeugdigen als bij volwassenen voor en lijkt niet gerelateerd te zijn aan sociaal-economische status of intelligentieniveau. Het is nog onduidelijk waarom vrouwen twee- tot driemaal zo vaak aan CS lijden als mannen. Psychiatrische co-morbiditeit op de as-I komt in 22-75% van de gevallen voor waarbij het vooral gaat om depressie, net als bij Annabel, en angststoornissen (Mace & Trimble, 1996; Crmlisk e.a., 1998). Een belangrijke comorbide stoornis die bij 48-60% van de patiënten met CS voorkomt, is de somatisatiestoornis, een chronische verlopende stoornis waarbij vele lichamelijke onverklaarde klachten optreden (Folks, Ford & Regan, 1984; Cloninger e.a., 1986). De percentages as-II-stoornissen variëren van 17- 50% (Merskey, 1995; Crimlisk e.a., 1998) waarbij vooral de cluster-C-persoonlijkheidsstoornissen, net als bij Annabel, hoog scoren (Moene e.a., 2001; Binzer, Andersen & Kullgren, 1996).

2.3 Verklaring

Hieronder staan een aantal verklaringsmodellen voor het ontstaan en voortbestaan van de conversiestoornis. Rond 1900 werd door het voorafgaande belangrijke werk van Brequet, Charcot, Janet, en Freud de stoornis definitief gezien als psychologische stoornis.

- Het psychoanalytische model is het oudste verklaringsmodel, waar Freud ook vanuit gaat.

Hierin wordt het conversiesymptoom opgevat als de lichamelijke uiting van stress zoals een trauma of intrapsychisch conflict met als doel het vermijden van psychisch lijden (primaire ziekte winst). Door de klachten kunnen moeilijke zaken worden vermeden of prettige, zoals zorg en aandacht (secundaire ziekte winst, worden verkregen. Uitgangspunt voor de behandeling is dat het symptoom zal verdwijnen als het conflict in de therapie kan worden opgelost en het bijbehorende affect kan worden geuit (Moene, 2004; Van der Molen, 1997; Vandereycken & Van Deth, 2004).

Casus: Wanneer we vanuit dit model naar Annabel kijken zien we een aantal overeenkomsten. Annabel is getraumatiseerd. Ze leeft als geruime tijd onder stress en is al regelmatig opgenomen (ziekte winst). Wat betreft haar secundaire ziekte winst wil de psychiater de behandeling zo kort mogelijk houden i.v.m. hospitalisering. Daarnaast is het een vrouw die vaak over haar grenzen gaat en over haar grenzen laat gaan.

Pmt: Als ik vanuit dit model kijk moet de cliënt dus weten wat stress is en tevens moet ze weten waaraan je dat kunt merken in je lichaam. Het probleem zit dus "alleen" in het adequaat uiten van stress en emoties zodat het niet meer lichamenlijk wordt geuit. Ik weet niet of dit helemaal waar is en of je als psychomotorische therapeut hier van uit mag gaan. Volgens mij is een patiënt met een conversiestoornis, in dit geval Annabel, niet bewust van de lichamelijke sensaties maar wel van de emoties bang, boos, blij en bedroefd. Dus mijn visie is inzetten op lichaamservaringen d.m.v. lichaamsgerichte methodiek. Dit wil niet meteen zeggen dat dit de juiste methodiek is voor het meeste positieve effect. Wel levert het er een grote bijdrage.

- Het leertheoretisch- of gedragsmodel.

Dit model gaat ervan uit dat de conversiestoornis, net als andere psychiatrische symptomen, ontstaat en blijft voortbestaan door aangeleerd gedrag. Zo zouden sommige kinderen van hun ouders leren hun spanningen weer te geven via lichamelijke klachten. Hiervan zouden ze later in belastende situaties onopzettelijk opnieuw gebruik van maken. De lichamelijke klachten kunnen een belangrijk middel zijn om aandacht of steun te krijgen bij emotionele problemen.

Verschillende factoren kunnen een rol spelen in het voortbestaan van de klachten, zoals bekrachtiging door de omgeving, het kunnen vermijden van vervelende situaties, zoals bij het ontstaan van een conversie verlamming van een been na een val bij een meisje met tentamenangst. Het model geeft echter geen antwoord op de vraag hoe en door welk mechanisme het symptoom op zichzelf ontstaat.

Over hoe het model kan worden toegepast bij een conversiestoornis is onduidelijk, (Moene, 2004; Van der Molen, 1997; Vandereycken & Van Deth, 2004).

Casus: Ik vind het moeilijk om dit model bij Annabel te plaatsen. Ik weet namelijk niets over haar ouders m.b.t. het gebruiken van lichamelijke klachten om zo spanningen te uiten. Ik kan me wel voorstellen dat Annabel dit zichzelf onbewust heeft aangeleerd. Het is namelijk zo dat wanneer de spanningen bij Annabel te hoog oplopen er lichamelijke klachten komen. Dit is constant een oorzaak en gevolg bij haar. Ik denk dat het bovenstaande voort kan komen uit hoe men thuis bij Annabel met problemen omging. Uit het verhaal van Annabel heb ik de indruk gekregen dat er bij haar thuis niet of nauwelijks gesproken werd over de moeilijkheden, laat staan over je gevoel. En wanneer je niet geleerd heb om te praten over problemen waar blijft dan de pijn? Ik ben van mening dat deze pijn op allerlei manieren naar buiten kan komen en dus ook in lichamelijke klachten. Het is dus belangrijk om te weten hoe er binnen een familie gereageerd wordt op moeilijkheden.

Pmt: Uitgangspunt bij pmt is; dat wat aangeleerd is kan ook afgeleerd worden. Met andere woorden, bij pmt kan je leren om ander gedrag te ontwikkelen waardoor je geen lichamelijke klachten meer krijgt of "nodig" hebt. Je kan leren moeilijkheden te overwinnen zonder dat je met moeilijkheden, bijvoorbeeld lichamelijke klachten, blijft zitten. Dat betekent de cliënt uitnodigen tot het aanleren van ander gedrag. Je leert de cliënt andere ervaringen op te doen.

2.4 Diagnostiek

De diagnostische criteria voor de conversiestoornis lijken duidelijk, maar in de klinische praktijk zijn er vaak problemen bij de diagnostiek.

Het stellen van de diagnose conversiestoornis is geen eenvoudige zaak. Het is belangrijk een somatische, vaak neurologische, oorzaak voor de klachten DSM-IV-criterium D) uit te sluiten. Dit is de taak van de somatische specialist, meestal de neuroloog. Naast het klinisch neurologisch onderzoek, waarbij tijdens het lichamenlijk oriënterend onderzoek ook gekeken wordt naar voor de conversiestoornis typerende inconsistenties in het klachtenpatroon heeft men tegenwoordig de beschikking over technisch geavanceerde apparatuur voor het onderzoek van zenuw- en spierstelsel. Ondanks dit blijven patiënten, maar ook artsen en specialisten, bang dat een somatisch lijden over het hoofd gezien wordt. Hierdoor is het vaak moeilijk om somatisch onderzoek te begrenzen.

De andere diagnostische kenmerken van conversiestoornis zijn evenmin eenvoudig vast te stellen. De clinicus heeft bijvoorbeeld nooit volstrekte zekerheid of er een samenhang bestaat tussen conflicten of andere stressveroorzakende factoren en het optreden van de conversieverschijnselen.

In de praktijk hechten sommige klinici bij het stellen van de diagnose nog belang aan kenmerken die van oudsher met conversie in verband zijn gebracht. Bekend is "la belle indifférence" (de schone onverschilligheid), een opmerkelijk onverschillige houding die patiënten met een conversiestoornis kunnen vertonen tegenover de toch ernstige klachten. Anderzijds zijn er patiënten die hun klachten juist op theatrale wijze presenteren. De aanwezigheid van deze kenmerken wordt wel opgevat als ondersteuning van de diagnose "conversiestoornis", maar de diagnostische waarde ervan is gering, omdat ze lang niet altijd aanwezig zijn en niet specifiek zijn voor conversie (Moene, 2004; Van der Molen, 1997; Vandereycken & Van Deth, 2004).

2.5 Behandeling

In de behandeling van conversiestoornis is een brede blik op het functioneren van de cliënt aangewezen. Dit betekent meer onderzoek doen dan uitsluitend een klachtinventarisatie en meer behandelen dan alleen de symptomen. Analyses rondom de vaardigheden en voorkeuren van probleemoplossing (coping) door de levensgeschiedenis heen kunnen belangrijke aangrijpingspunten voor behandeling opleveren. Streven is de draagkracht van de cliënt door cognitieve en gedragsveranderingen zo te versterken dat de functie van de klachten vervalft of in elk geval vermindert. Dat dit soms betekent dat behandeling mede gericht dient te worden op het verwerken van met de conversie samenhangende traumatische ervaringen lijkt geen twijfel. In elk geval biedt cognitieve gedragstherapie, gericht op de disfunctionele dynamiek van gedrag en cognities, bij conversiestoornis een passend denken behandelingskader (Nienke van der Veer en Erik ten Broeke, 2002).

Pmt: Bij de behandeling van conversiestoornis pleit men voor een brede aanpak. Hier kan ik mij helemaal in vinden. Een voorbeeld moge duidelijk maken wat ik bedoel. De symptomen van Annabel manifesteren zich op de motoriek. Motoriek betekent bewegen en bewegen betekent voor mij weer een bewegingsgerichte

methodiek. De disfunctionele dynamiek van gedrag en cognities zou voor de pmt bij Annabel een mogelijkheid kunnen zijn. Een groot probleem bij Annabel is dat ze niet durft op te komen voor zichzelf. Dit heeft te maken met het feit dat ze bepaalde gedachten over zichzelf en anderen heeft ook wel cognities genoemd. Vaak zijn het cognities van; ik ben niet goed, de ander weet het beter dan mij of als ik dit zeg dan vinden ze me.....etc. Om meer zelfvertrouwen te ontwikkelen volgt Annabel een training Sociale Vaardigheden (TSV) waarin ze de dynamiek van gedrag en cognities probeert te verbeteren.

Fysiotherapie speelt vaak een belangrijke rol, omdat daarmee het lichamelijke functieverlies stap voor stap kan worden hersteld en de patiënt een lichamenlijk alibi krijgt aangereikt voor een psychologisch probleem (Jaspers, 1994).

Pmt: Dat wat de fysiotherapeut doet is puur en alleen op het bewegen gericht. Zelf vind ik dat een psychomotorische therapeut meer geïndiceerd is voor de behandeling van een patiënt met een conversiestoornis. Dit omdat tijdens de motorische symptoom behandeling er ook lichamenlijk belevingen van het lichaam ingang komen. Het zou zo kunnen zijn dat de patiënt die lichamenlijke sensaties gaat koppelen aan emoties betreffende psychische problematiek en dat is juist niet de bedoeling op dat moment van de behandeling. Een psychomotorische therapeut is er, naar mijn mening, beter in geschoold om dit te kunnen vermijden of goed op te kunnen vangen wanneer het wel gebeurt. Belangrijk is de kennis van de psychopathologie, het observeren, analyseren, passende interventies, smalltalk, mental-set, rationale, het gebruiken van LECS, etc. Met name het gebruiken van LECS, (Lichaam, Emotie, Cognitief en Sociaal) is in deze belangrijk. LECS gebruik je binnen de bewegingsgerichte methodiek op een hele andere manier dan binnen de lichaamsgerichte methodiek en ook is het doel daarbij afhankelijk van het gebruik. In het geval van het lichamenlijk functieherstel gebruik je LECS in dat doel en niet in het doel van de psychische problematiek.

Een suggestieve aanpak, soms in de vorm van hypnose wordt wel gepraktiseerd. Door hypnose toe te passen in de behandeling kunnen impliciete processen eenvoudiger aangesproken worden, zoals het zich voorstellen van bewegingen in een conversief verlamd been of in trance teruggaan naar de tijd voor het ontstaan van de conversie waarin men nog wel kon lopen en bewegen. Daarna worden gerichte suggesties gegeven zodat deze ervaring verplaatst kan worden naar het heden.

De hypotherapeutische behandeling van conversie beperkt zich vandaag de dag meestal niet tot directe symptoombeïnvloeding. In de behandeling besteedt de therapeut onder meer ook aandacht aan een verklaring voor de klachten (Du Jour, 1991).

2.6 Literatuur/ wetenschappelijk onderzoek: PMT bij conversiestoornis

Tijdens het literatuur- en wetenschappelijk onderzoek zijn er geen resultaten gevonden over psychomotorische therapie bij conversiestoornis.

In de literatuurlijst is te vinden welke bronnen zijn aangeboord.

Daarnaast zijn een twaalftal Nederlandse psychomotorisch therapeuten benaderend en gevraagd of zij literatuur of wetenschappelijk onderzoek hebben over psychomotorische therapie bij conversiestoornis. Geen van alleen kon hier bij helpen.

De conclusie die ik trek is dat er geen literatuur en wetenschappelijk onderzoek is over pmt bij conversiestoornis.

3. Casestudy

3.1 Casuïstiek

Annabel is een vrouw van 56 jaar met een psychiatrische voorgeschiedenis die vanaf 1986 is begonnen.

Vanaf 1986 tot en met 2001 is niet veel meer bekend dan de volgende opsomming:

- 1986: Deeltijdbehandeling PDAZ.
- 1991: Poliklinisch contact PAAZ.
- 1996: Opname PAAZ.
- 1996 tot en met 1998 Deeltijdbehandeling.

Tijdens deze opnames en behandelingen is ze behandeld voor depressie en een posttraumatische stress-stoornis (PTSS) ten gevolge van een incestverleden. Ook is ze tijdens de laatste opname gediagnosticeerd als een vrouw met persoonlijkheidspathologie.

- 2000: Cursus "De pijn de baas".

Tijdens deze opname is Annabel behandeld voor whiplashklachten na een auto ongeluk. Daarnaast heeft ze door dat ongeluk ook concentratie- en geheugenproblemen.

- 2001: Kortdurend ambulant contact psycholoog.

Deze contacten waren voor het behandelen van angstklachten en hyperventilatie. Helaas was er geen behandeling mogelijk vanwege geslotenheid en angst. Ze is doorverwezen naar de PAAZ.

- 2001: Deeltijdbehandeling PDAZ.

Er is gekozen om de behandeling kort te houden, niet intensief en niet te ruime doelstellingen i.v.m. het gevaar van afhankelijkheid en hospitalisatie.

Ze is behandeld om de hyperventilatie en de vermoeidheid te leren hanteren.

Daarnaast is er ook beperkt aandacht besteed aan het leren omgaan met onderliggende spanningen. Ze is namelijk nog er gevoelig voor psychosociale stressoren.

Vanaf november 2007 is ze weer opgenomen op de PAAZ en zijn er recentelijk gegevens aanwezig.

Annabel komt van de afdeling neurologie. Op de afdeling neurologie is ze opgenomen i.v.m. pijnklachten in de linkerpols, onderarm en borst. Annabel kreeg uitvalsverschijnselen waarvan zij zelf zegt dat die ontstaan zijn na inname van pijnmedicatie. Ze is nu op de afdeling Psychiatrie opgenomen voor conversie beeld van tetraplegie. Ze zit in een rolstoel, kan niet lopen en maakt ongecontroleerde bewegingen met de armen. Haar spraak is nu weer goed maar bij vermoeidheid gaat Annabel stotteren.

Pmt: Zoals in de theorie beschreven, zijn deze verschijnselen symptomen van een conversiestoornis maar ik denk dat ze een relatie hebben met andere problemen van Annabel. De andere problemen zijn: het niet opkomen voor zichzelf, constant over eigen grenzen gaan en over haar grenzen heen laten gaan. Voor de pmt is het belangrijk om dit te weten. De psychomotorisch therapeut kan hier ook op ingezet worden in plaats van direct de symptomen aan te pakken. Op zich zou ik dit heel goed vinden omdat ik denk dat ze hiervoor gemotiveerd is. Ik vraag me alleen af of haar draagkracht hiervoor voldoende is. De kans bestaat dat ze overvraagd wordt en nog dieper in de depressie en conversie zakt. Overleg met het behandelingssteam is hierbij noodzakelijk. Daarna is overleg met de cliënt noodzakelijk. Verder is het belangrijk dat ze weer snel in beweging komt i.v.m. een alibi en de schade die kan ontstaan aan haar lichaam omdat ze niet beweegt.

Als ik naar de vraagstelling kijk is niet alleen de methodiek keuze erg belangrijk voor het meest positieve effect maar ook zeer zeker het doel waar op ingezet wordt. Dus mijn voorkeur gaat uit om eerst het doel te kiezen en dan de methodiek

Annabel vindt dat de neuroloog wel erg weinig onderzoek heeft gedaan, maar ze denkt wel dat ze op de afdeling psychiatrie wat kan leren. Ze wil graag leren opkomen voor zichzelf en haar eigen mening willen geven. Annabel vindt zich namelijk te meegaand. Annabel is de laatste tijd erg somber. Die somberheid wordt door de opname versterkt omdat er weer gevoelens boven komen van een aantal jaren terug toen ze ook was opgenomen voor depressie en PTSS. Zelf zegt Annabel dat het incestverleden nu geen rol meer speelt. Annabel is op haar 14^e jaar 4 keer misbruikt door haar vader (overleden). De moeder van Annabel (overleden) heeft Annabel altijd goed verzorgd, maar was nooit erg knuffelig. Haar moeder vertelde haar toen ze volwassen was, dat ze nooit van haar heeft gehouden. De 4 broers en zus van Annabel zijn niet door vader misbruikt. Ze had een goede band met haar zus, die op 46 jarige leeftijd aan leukemie is overleden. Met haar twee broers heeft Annabel goed contact. Naast het incestverleden heeft Annabel heel wat voor haar kiezen gekregen wat ook de nodige spanningen en stress met zich mee hebben gebracht en nog steeds brengen. In 2001 is een heel goede vriendin van Annabel overleden. De man van Annabel heeft een arbeidsconflict waardoor hij niet werkt. Annabel heeft twee keer een auto ongeluk gehad waardoor ze twee keer een whiplash heeft opgelopen. Haar zus is overleden en haar zoon werd mishandeld. De man van Annabel heeft een jaar geleden een hartinfarct gehad (heeft een pace-maker). Een vriend van Annabel heeft onlangs ook een hartinfarct gehad. Daarnaast is de sociale situatie ook van dienaar dat Annabel verhoogde stress heeft. Haar zoon (28 jaar) is autistisch en woont in een woonvorm. De dochter van Annabel (34 jaar) heeft een 3 jarige dochter welke overdag naar een Medisch Kleuter Dagverblijf (MKD) gaat. Haar kleindochter heeft een ontwikkelingsachterstand, praat bijna niet en heeft een open gehemelte. Daarnaast hebben de beide kinderen van Annabel epilepsie. Annabel heeft zelf ook epilepsie maar ondervindt er geen hinder van. Ze gebruikt voor de epilepsie carbamazepine. Het contact met haar man is goed en hij steunt haar in alles.

Pmt: *Wat hierboven allemaal staat beschreven is niet niks. Het lijkt mij aannemelijk te verklaren dat ze door al deze gebeurtenissen een grote mate van stress heeft ontwikkeld en dat ze daardoor conversie vertoont als ik kijk naar het psychoanalytische model (conversiesymptoom opgevat als de lichamelijke uiting van stress zoals een trauma of intrapsychisch conflict met als doel het vermijden van psychisch lijden). Ik vind zelf dat in deze casus het niet wenselijk is om al deze stress gebeurtenissen en intrapsychisch conflicten te behandelen. Ze geeft namelijk zelf aan dat het incest verleden nu geen rol meer speelt.*

Ik krijg steeds meer het idee dat ze moet leren omgaan met haar stress en emoties en het uiten hiervan op een adequate manier en niet door lichamelijke uitvalverschijnselen. Mijn voorkeur zou hier eerst een lichaamsgerichte methodiek zijn. Door middel van gestructureerde lichaamsgerichte oefeningen kan ze haar lichaamservaringen verkennen en ervaren. Dit kan dan in de pmt modaliteit oefenen.

3.2 Diagnostiek

3.2.1 Diagnostiek bij opname.

Bij opname van Annabel heeft de psychiater een Uitgebreid Psychiatrisch Onderzoek (UPO) afgenomen. Dit is een onderzoek waarin een uitgebreide anamnese wordt afgenomen waarin verschillende onderwerpen worden onderzocht.

Uit dit onderzoek is een voorlopige classificerende (DSM-IV-TR) diagnose gekomen. Deze diagnose is voorlopig omdat Annabel niet in staat was om een adequate anamnese te geven. Daarbij was het conversie beeld nog niet goed diagnosticeerbaar en was er eventueel ook een differentiale diagnose voor depressie.

- Classificerende (DSM-IV-TR) diagnose voorlopig:

As I: -

As II: Persoonlijkheidsstoornis NAO

As III: Whiplash ??

As IV: -

As V: GAF 80

Voordat er een definitieve diagnose gesteld kan worden, is er eerst een observatie en een voorlopige behandeling van een aantal weken uitgezet. Vanuit verschillende disciplines is er onderzocht om zo meer informatie te krijgen voor een betrouwbare diagnose.

Hieronder vindt u een samenvatting van de observatie gegevens waarvan ik denk dat ze het meeste aansluiten bij de diagnose conversiestoornis en die van belang kunnen zijn voor benadeling en in het bijzonder pmt. Aansluitend daarop wordt de definitieve diagnose gesteld.

Samenvatting observatie gegevens:

Psychiater:

Het gaat steeds beter met Annabel. Ze kan haar knieën buigen, de armen hebben meer stuur en ze kan steeds meer zelf. Haar stemming lijkt ook in een stijgende lijn te zitten. Annabel geeft aan dat ze boos is omdat ze met zichzelf geconfronteerd wordt. Ze kijkt er wel van op dat ze boos is omdat dit haar nooit overkomt. Met het uiten van emoties heeft ze veel moeite.

Annabel geeft aan erg boos geweest te zijn, maar durfde dit niet te laten zien. Als ze dan doorgaat zou ze een ander met een mes kunnen steken.

Annabel is begonnen met de indicatie therapie Training Sociale Vaardigheden (TSV). Met de hoop dat ze zo wat beter voor zichzelf kan opkomen.

Door de manier waarop Annabel benaderd wordt, voelt zich niet begrepen. Ze heeft een branderig gevoel in haar benen. Het is van net boven de knie tot aan de enkels, hier is geen verklaring voor. De klachten zijn aanwezig sedert de terugval.

Annabel wil graag wat doen met de boosheid die ze ervaart.

Psychiatrisch Verpleegkundige:

Annabel kan haar valkuilen benoemen. Deze zijn onder andere: grenzen overgaan, alles 'pikken' van de omgeving en nooit boos worden.

Annabel heeft een aantal malen op adequate wijze haar irritatie benoemd in de groep. Het lijkt dat ze zich bewuster wordt van het feit dat ze haar grenzen overgaat, maar ze kan het nog maar slechts af en toe tot halt roepen.

Opvallend is dat Annabel geneigd is haar problemen in een gesprek te bagatelliseren. Dit lijkt niet congruent met haar gevoel te zijn.

Ze heeft angst de controle over haar boosheid te verliezen. Deze angst heeft onder andere te maken met een ervaring van 20 jaar geleden waar ze tijdens een opname de controle over haar boosheid heeft verloren en is gesepareerd.

Annabel heeft een terugval gehad. Dit ging gepaard met tremoren over het gehele lijf. Ze was hierbij ook angstig. Hierna kon Annabel niet meer lopen en vertoonde ze verlamingsverschijnselen. Ze was hierna erg verdrietig en boos wat resulteerde in het moeizaam accepteren van de terugval.

Drama therapeut:

Bij een spel wil ze opzettelijk niet winnen, dit omdat ze het een ander meer gunt.

Activiteiten therapeut:

Tijdens de activiteiten therapie laat Annabel heel veel verschillende gezichten zien. De ene keer is ze vrolijk en de andere keer is ze boos en geïrriteerd. Haar stemming wisselt erg sterk. Vaak lacht Annabel ook terwijl er achter die lach boosheid zit. Als je er naar vraagt reageert ze kortaf en komen de lichamelijke klachten en vermoeidheid naar boven.

Psychomotorisch therapeut:

De doelstelling bij pmt is om het lopen te verbeteren en om daarmee Annabel een alibi te geven van haar fysieke mogelijkheden. Hiermee wordt getracht de cirkel van het motorisch uitvallen van functies door psychische blokkades te doorbreken. Ze had het lopen een stuk opgebouwd, maar heeft helaas zonder duidelijke oorzaak een terugval gehad.

Pmt: Ik denk, dat het zou kunnen helpen als Annabel ook met de onderliggende gevoelens van boosheid iets zou kunnen doen. Zelf herkent ze dit wel, maar de drempel is nog vrij hoog. Het onderwerp is bespreekbaar, ze geeft zelf duidelijk haar grens aan.

Tijdens het multidisciplinair overleg zijn alle observaties, gebeurtenissen en behandelingen die hierboven beschreven staan besproken. Daaruit is een diagnose gekomen die te vinden is bij de classificerende (DSM-IV-TR), hermeneutische en kritische diagnostiek.

3.2.2 Classificerende (DSM-IV-TR), hermeneutische en kritische diagnostiek.

- Classificerende diagnostiek (DSM-IV-TR) definitief:

As I:

300.11 Conversiestoornis, met motorische symptomen of uitvalverschijnselen.
F44.4 opmerking: met Hyperventilatie

As II:

301.9 Persoonlijkheidsstoornis NAO
Vooral C-cluster

As III:

799.90 Geen diagnose

As IV: Problemen sociale omgeving

As V: GAF-code 50

- Hermeneutische diagnostiek:

Vanuit de hermeneutische invalshoek probeert de diagnosticus zicht te krijgen op de aard van de verstoring van de interactie, de dialoog van de deelnemer met zijn omgeving. Die omgeving kan zowel sociaal (medemensen) als materieel (dingen)

van aard zijn. De wijze waarop de deelnemer en de omgeving met elkaar omgaan is niet meer adequaat. Vanuit deze invalshoek ziet men in een probleemsituatie niet alleen de deelnemer. De diagnosticus probeert het mislukte interactiepatroon van de deelnemer te begrijpen vanuit de wijze waarop de deelnemer zich verhoudt tot de hem omringende wereld als ook omgekeerd; wat betekent dit mislukken voor de wijze waarop de deelnemer zijn omgeving en zichzelf begrijpt? De diagnosticus probeert de deelnemer te begrijpen in zijn verstoorde dialoog.

De hermeneutische invalshoek speelt een belangrijke rol in de diagnostiek, vooral daar waar er duidelijkheid dient te ontstaan over het gedrag t.o.v. het probleemgedrag van de deelnemer. Vanuit de hermeneutische invalshoek worden het mislukken, de klacht van de deelnemer gezien in de context van de deelnemer. De hermeneutische invalshoek is een procesgeoriënteerde benadering. In feite vallen de diagnostische fase en de behandelphase (voor een deel) samen. (*Diagnostiek, indicatie en behandeling G041, Sandra Verbeeten.*)

Vragenlijst voor psychomotorische therapie van Claudia Emck:

Voor de hermeneutische diagnostiek wordt veel gebruik gemaakt van vragenlijsten. Om wat meer inzicht te krijgen in de context van Annabel heb ik gebruik gemaakt van de "Vragenlijst voor psychomotorische therapie van Claudia Emck". (Voor een ingevulde versie van de vragenlijst zie bijlage.) Hieronder een korte samenvatting van het ingevulde met een conclusie.

Intake gegevens:

Annabel is een vrouw van 56 jaar en is 16 november 2007 opgenomen voor conversiestoornis. Ze hoopt dat met behulp van de opname dat het in de toekomst weg blijft.

Kleuterleeftijd:

Ze was 2 ½ jaar toe ze leerde lopen. Hier had ze geen problemen mee. Op haar 4^{de} jaar leerde ze fietsen en op haar 8^{ste} jaar leerde ze zwemmen en haalde ze A en B. Het leren zwemmen vond ze erg leuk.

Tijdens deze periode heeft haar vader een zwaar ongeluk gehad.

Basisschool:

Ze heeft gymnastiek lessen gehad en vond dit prachtig. Atletiek vond ze leuk en balspelen vond ze erg leuk. Het minst leuke was turnen want dit vond ze niet leuk. Ze is in de stad opgegroeid en speelde het liefst buiten. Tot haar 12^{de} jaar deed ze spelletjes zoals kaarten en gezelschap spelen.

Ze speelde liever met anderen en had een vaste vriend(in).

Middelbare school:

Na de basisschool heeft ze met plezier de huishoudschool gevolgd waar ze de leerkracht goed van vond.

Ook in deze periode waren voor haar spel en atletiek de leukste activiteiten. Turnen was nog steeds het minst leuke onderdeel maar ringen had ze echt een hekel aan. Van activiteit spel vond ze trefbal het leukste, omdat je dan samenspeelt en korfbal het minst leukste, omdat ze de bal er niet kon in gooien.

Bij het kiezen van partijen was ze vaak in het midden.

Vrijetijd:

Ze is 2 jaar lid geweest van een badminton sportvereniging. Nu is ze niet meer lid maar zou wel graag sportactiviteiten willen doen en vooral tafeltennis.

Ze heeft dansles gehad en houdt nog steeds van dansen.

Handwerken, puzzelen, en computer zijn voor haar belangrijke hobby's die niets met sport/bewegen te maken hebben.

Ziekten, klachten en angsten:

Ze heeft twee keer een ongeluk gehad waar ze een whiplash aan over heeft gehouden. Van deze nekkklachten heeft ze soms nog last met sporten.

Ze is wel eens gespannen en voelt deze spanningen ook in haar lichaam. Tijdens het sporten heeft ze daar soms last van.

Van angsten heeft ze geen last.

Ze is eerder in behandeling geweest. Voor 20 jaar geleden is ze opgenomen op de PAAZ en voor 8 jaar gelden in het revalidatiecentrum.

Gedrag en gevoelens:

Tijdens het spelen van een spel vindt ze het belangrijk om te winnen. Als ze dan toch verliest gedraagt ze zich sportief.

Over het algemeen toont ze niet haar gevoelens gemakkelijk zoals ze zelf zegt.

Boosheid, verdriet en angst laat zien niet zijn terwijl het er wel degelijk is. De emotie blijdschap laat ze niet zien omdat ze dat bijna nooit is.

Ze geeft aan zich gemakkelijk te kunnen beheersen ook in spelsituaties.

Lichaamsattitude:

Graag zou ze slanker willen zijn maar de rolstoel speelt daar een belangrijke rol bij.

Over haar heupen is ze niet tevreden.

Aangeraakt worden door anderen vindt ze niet leuk. Wanneer dat wel gebeurd wil ze het graag weten.

Er zijn volgens haar geen dingen die ze niet durft vanwege haar uiterlijk en lichaam.

Conclusie:

Annabel heeft een intrinsieke motivatie voor de opname wat de mogelijkheden van behandeling zouden kunnen vergemakkelijken. Gymlessen vond ze erg leuk. Dit kan een ingang zijn voor pmt. Gespannenheid en het uiten van emoties zijn belangrijke aspecten bij Annabel. Wanneer er binnen de behandeling aanrakingen plaats vinden, wil Annabel hier graag van op de hoogte zijn. Hier houdt ze namelijk niet van.

Pmt: Verschillende lichaamsgerichte methodieken voor ontspanning zou een mogelijkheid zijn om spanningen bij Annabel te verminderen. Doordat de spanningen worden verminderd, kan Annabel zich rustiger en meer ontspannen voelen wat het psychisch lijden kan verminderen en dus ook de conversiestoornis kan verbeteren. Daarnaast is het uiten van emoties en stress ook een belangrijk aanknopingspunt bij de conversiestoornis. Dit zou ik doen d.m.v. bewegingsgerichte methodiek m.b.v. sport en spel activiteiten omdat Annabel aan heeft gegeven dit leuk te vinden. Er zijn genoeg bewegingsgerichte activiteiten te arrangeren in de modaliteit oefenen en ervaren om bepaalde stress en emoties op te roepen en te uiten.

- Kritische diagnostiek:

De kritische invalshoek is ontleend aan de emancipatorische pedagogiek. In feite betreft het een meer sociologische benadering van mensen met een probleem.

Vanuit deze visie is met kritisch ten aanzien van omgevingsvariabelen die ontwikkelingsmogelijkheden van mensen blokkeren, die hen onmondig en volgzaam maken. In de sociologie is deze benaderingswijze ook bekend als de etiketteringtheorie of het sociale systeemmodel. Iemand die zich geruime tijd anders gedraagt dan de omgeving van hem verwacht, krijgt van die omgeving een stempel, een etiket opgeplakt. Vervolgens leert hij de rol van de stempel te spelen, hij maakt zich de codes en leefregels die hij krijgt opgelegd eigen. Mensen kunnen stuklopen op te hoge verwachtingen van de omgeving, te hoge eisen. Zij

internaliseren deze verwachtingen en eisen en schieten tekort deze te realiseren. Vanuit deze visie op het ontstaan van problemen worden we scherp en kritisch gemaakt ten aanzien van ziekmakende factoren in de omgeving, zowel wat betreft het individu als wat betreft de mensheid in het algemeen. We dienen ook scherp en kritisch te zijn ten aanzien van ons eigen verwachtingspatroon ten aanzien van de deelnemer. In hoeverre produceren wij zelf, als component van de samenleving, de problemen die wij vervolgens aan de deelnemer die mislukt toeschrijven? De diagnosticus dient te beseffen dat mensen ziek kunnen worden van te hoge verwachtingen en eisen van het milieu van de deelnemer, of ziek kunnen worden door een niet adequaat hanteren van begrippen als tijd en ruimte. (*Diagnostiek, indicatie en behandeling G041, Sandra Verbeeten.*)

In het begin vond Annabel dat neurologie erg weinig onderzoek gedaan had. Hierdoor was ze moeilijk te bereiken en het psychische probleem te bespreken. Annabel gaf te kennen dat ze niet meer verder wilde leven als het zo door ging met de recidieven. De somberheid krijgt bij haar de overhand en dat bemoeilijkt de behandeling. Het moeilijke bij Annabel is dat ze heel veel verschillende gezichten laat zijn bij de verschillende disciplines. Hierdoor is het erg ingewikkeld om haar te begrijpen. Uiteindelijk komt er toch naar voren dat ze adequaat moet leren om gaan met haar gevoelens. Hier staat ze ook helemaal achter maar vind het wel angstig.

Conclusie:

Inzetten op het adequaat leren omgaan met gevoelens. De somberheid kan dan verminderd worden zodat het de behandeling verder bevordert. Er moet regelmatig een multidisciplinair overleg zijn zodat er gekeken kan worden of er een consistentie bij Annabel is in het presenteren van zichzelf.

3.2.3 Gekozen behandeling na definitieve diagnostiek.

Vanuit de diagnostiek heeft de psychiater een behandelingslijn uitgezet. De benaderingswijze is toedekkend, uitnodigend en stimulerend. Waar nodig soms directief maar leg hier absoluut niet de nadruk op. Annabel is hier erg gevoelig voor en de kans bestaat dat het een negatief effect op haar ontwikkeling heeft. Er moet op praktische wijze geoefend worden met lopen. Daarnaast is het doel leren bespreekbaar maken van gevoelens, grenzen aangeven en opkomen voor zichzelf. De onderliggende boosheid (geschiedenis), het moeilijk kunnen uiten van gevoelens/emoties en haar conversiestoornis hangen allemaal samen. De wijze van zorg is klinisch waarbij Annabel een bed heeft. Op de PAAZ waar ze klinisch verblijft, wordt gewerkt met groepen. Annabel komt in groep 2. Als bijlage zal ik de groepsformat van groep 2 toevoegen. Deze groepsformat is erg belangrijk voor de gehele behandeling. Hierin staat onder andere wat de visie is, de methodiek, de gewenste attitude van de therapeut etc. Annabel en groep 2 passen bij elkaar.

4. Psychomotorische therapie bij de casus (Annabel)

Er is door een multidisciplinair team gekozen voor pmt omdat de problematiek van Annabel grotendeels motorisch van aard is en ze in praktische zin weer in beweging moet komen.

Opmerking: Ik kan begrijpen dat het multidisciplinair team de ernstig verstoorde motoriek van Annabel zien als de grootste problematiek omdat dat het meest zichtbaar is. Ik zie de verstoorde motoriek niet als grootste problematiek maar als een symbool zoals ook door Moene en Van der Molen e.a. wordt beschreven. Ik denk dat de problematiek van Annabel grotendeels psychisch, stress en coping van aard is. Wanneer er door het multidisciplinair team gekozen wordt pmt in te zetten om de motorische uitvalverschijnselen met een bewegingsgericht - en/of lichaamsgericht programma te behandelen omdat de symptomen urgentie hebben i.v.m. het beperken van schade aan lichaam of een alibi, dan ben ik het er mee eens.

Daarnaast is er ook gekozen voor pmt omdat dit het beste lijkt aan te sluiten bij haar interesse en motivatie, zie vragenlijst Claudia Emck.

Later tijdens haar opname en behandeling kwam er meerdere problematiek naar voren. Annabel heeft moeite om haar grenzen aan te geven, op te komen voor zichzelf, het bespreekbaar maken van haar gevoelens/emoties en omgaan met boosheid. Er is dus ook een agressieregulatie probleem. Ook is hierbij gekozen voor pmt omdat er associaties zijn met slaan, schoppen en/of gooien. De gevolgen van de gestoorde agressieregulatie worden het meest zichtbaar worden in lichamelijke beperkingen zoals geremde motoriek en verlamming. De agressieregulatie therapie volgt Annabel bij een andere psychomotorische therapeut dan de therapie rondom haar motorische problematiek. Het vermoeden is dat ze conversie laat zien tengevolge van die boosheid, grenzen, gevoelens, emoties en haar wisselende stemming. De twee psychomotorisch therapeuten werken nauwe samen om een goede afstemming te creëren en de voortgang van elkaars therapie te bespreken. Dit zorg voor een optimale pmt met een zo hoog mogelijk positief effect.

In de paragrafen hieronder zal ik beide psychomotorische therapieën uitwerken. Pmt 1 is voor de motorische problematiek en pmt 2 is voor de agressieregulatie.

4.1 Pmt modaliteit en verantwoording

Pmt 1:

De modaliteit van de therapie is oefengericht. Dit betekent dat de therapie een instructief karakter heeft. Er wordt namelijk aan de hand van een looptrainingsprogramma getracht haar loopmogelijkheden te vergroten. Bij conversiestoornissen staat het weer oefenen van bewegingen centraal i.p.v. dieper op de problematiek in te gaan.

Opmerking: Naast dat het oefenen van bewegen centraal staat zou ook het tegen gaan van lichamelijk schade en/of een alibi (Jaspers, 1994) centraal kunnen staan.

Pmt 2:

Doen en ervaren zijn de voornaamste modaliteiten waarbij de therapeut leidt maar ook uitlokkend werkt. Je zou het een vorm van systematische desensitisatie kunnen noemen in de breedste zin van het woord. Het doel, de angst geleidelijk verminderen, is hetzelfde alleen de methodiek is anders en meer bewegingsgericht.

4.2 Lichaamsgerichte methodiek en/of bewegingsgerichte methodiek

Pmt 1:

In eerste instantie is er uitgegaan van de bewegingsgerichte methodiek. Het lijkt, met name gezien haar voorgeschiedenis, voor Annabel makkelijker te zijn om vanuit een bewegingsactiviteit te praten over haar beleving en ervaring. Hierbinnen heeft ze een concreet en duidelijk doel voor ogen, uit de rolstoel en weer lopen, eventueel met rollator. Lichaamsgerichte methodieken zullen waarschijnlijk meer beladen zijn en minder bij Annabel passen om het gestelde doel te behalen.

Pmt 2:

Er is gekozen voor een bewegingsgerichte methodiek. Via bewegingsgerichte activiteiten kan ze makkelijker werken aan het uiten van emoties en gevoelens. Dit is praktischer, begrijpelijker en concreter voor Annabel. Het uiten van emoties en gevoelens is erg belangrijke stap voor een patiënt met conversiestoornis. Emoties en gevoelens zijn een vorm van stress. Bij conversiestoornis is het zo dat wanneer er stress ontstaat dat ze daar niet mee overweg kunnen en het uiten door bijvoorbeeld lichamelijke uitvalsverschijnselen. Dit heeft te maken met coping zoals ook in de theorie is beschreven (Nienke van der Veer en Erik ten Broeke, 2002).

Opmerking: Zelf zou ik niet gekozen hebben voor deze bewegingsgerichte methodiek bij dit doel. Ik zou eerst stap voor stap via een lichaamsgerichte methodiek de lichamelijke gevoelens en sensaties laten ervaren en ontdekken om die vervolgens te koppelen aan emoties. Op deze manier wordt er een fundament gecreëerd waar je tijdens de bewegingsgericht methodiek, zoals hier dan beschreven staat, gebruik van kunt maken. Het is volgens mij effectiever en veiliger omdat Annabel dan niet in één keer geconfronteerd kan worden met bepaalde gevoelens en emoties.

Aanvankelijk is er gestart met fitness en badminton. Fitness is ingezet om haar kracht maximaal in te kunnen zetten. Daarnaast is er d.m.v. badminton gekeken naar haar lichamelijke mogelijkheden en is ingezet voor de agressieregulatie. Op dit moment is Annabel zo ver dat ze voorzichtig met een stok op een valmat slaat. Dit lukt haar af en toe en kan ze in enigermate emotie toelaten.

4.3 Benaderingswijzen, attitude en verantwoording

Pmt 1:

Er is gekozen voor een ondersteunende en begrenzend benaderingswijze. Hierbij sluit de therapeut aan bij de mogelijkheden van Annabel waarbij hij net onder haar niveau aansluit. Daarbij probeert de therapeut de verantwoordelijkheid voor dat wat ze doet bij haar te laten. Hier word soms een suggestieve benadering voor gebruikt om Annabel te sturen. Doe je dit niet als therapeut dan gaat ze snel haar eigen weg en gaat ze grenzen over. Ze is sterk geneigd om op de zaken vooruit te lopen en stappen te maken die ze graag zou willen maar voor haar nog niet haalbaar zijn. Gebeurt dit wel, dan wordt Annabel hierin begrensd met een directieve benadering. Dit om negatieve effecten op haar stemming en conversie te voorkomen.

Pmt 2:

De benadering is vooral ondersteunend en congruent geweest. Congruent omdat, ze dan de bedoeling en de boodschap van de therapeut begrijpt. Wanneer de communicatie met Annabel incongruent is, is er de kans dat Annabel het niet meer kan begrijpen en kunnen er problemen ontstaan. Tijdens de agressieregulatie therapie kwam er veel angst bij Annabel naar boven. Met name angst voor haar eigen gevoelens van boosheid. Ze is bang om haar controle te verliezen, om belachelijk gevonden wanneer ze de neiging heeft om te gaan slaan of gooien. Wanneer Annabel ergens op slaat ervaart ze dat als het zelf krijgen van klappen.

Omdat die angst naar boven kwam, is er veel met die angst gewerkt. Zoals ik al genoemd heb in een vorm van systematische desensitisatie. Het gaat er om, dat de angst die optreedt bij denken aan het uiten van haar boosheid, stapsgewijs wordt verminderd. Bij systematische desensitisatie worden de stimuli, die angst uitlokken (in dit geval het uiten van boosheid door bijv. ergens op te slaan) gekoppeld aan stimuli, die de patiënt prettig vindt, bijv. ontspanning of een prettige fantasie (Van der Molen e.a. 1997). Bij Annabel wordt er geen angsthiërarchie opgesteld. Het doel is wel de angst geleidelijk te verminderen. Stevig tegen een shuttle slaan, roept bij Annabel niet of nauwelijks angst op. Met een stok op een mat slaan, roept heel veel angst op. Eerst krijgt Annabel de opdracht zacht en slechts enkele keren op de mat slaan. Dit gaat geleidelijk aan steeds harder en vaker. De angst om met de stok op de mat te slaan, neemt daardoor geleidelijk af waardoor haar controle bij het denken aan en uiten van boosheid toeneemt. Tegelijkertijd durft ze meer kritiek te uiten, waar ze bij TSV ook mee bezig is.

Opmerking: Dit is een mooi positief bruggetje in de therapie om door te gaan met andere gevoelens en emoties. Het doel is dan om de draagkracht te vergroten zodat de functie van de klachten vervalt. Zoals je bij de emotie boosheid van Annabel zag, heeft ze al negatieve cognities bij die emotie en het uiten ervan, wat zich vervolgens uit in conversie. Deze disfunctionele dynamiek van gedrag en cognities zou ik gaan gebruiken voor de behandeling van een conversiestoornis (Nienke van der Veer en Erik ten Broeke, 2002). Als er gekeken wordt naar de vraagstelling, zou dit een passend behandelingskader zijn voor het meest positieve effect. Hier wordt de bewegingsgerichte methodiek gebruikt en zelf vind ik dat ook een goede methodiek mits eerst lichaamsgericht gewerkt is om gevoelens en sensaties te ervaren en te ontdekken om die vervolgens te koppelen aan emoties.

Bij deze benaderingswijze past de confronterende en directieve attitude. Dit is ook een passende attitude voor Annabel. Blijf je als therapeut altijd lief en aardig, komt ze niet verder en blijft ze in een negatieve spiraal en conversie. De andere kant van de confronterende en directieve attitude is, dat het de ontwikkeling van Annabel in de weg kan staan omdat ze zich daardoor bedreigd en overbelast kan voelen. Dus soms is een ondersteunende, sturende en empathische attitude nodig. Zo blijft het contact met Annabel goed en werkbaar.

4.4 Behaalde resultaten met de gekozen pmt modaliteit, benaderingswijzen en attitude

Pmt 1:

De resultaten zijn erg wisselend. Binnen de therapie is duidelijk dat Annabel veel meer kan ten opzichte van de motorische beginsituatie van de opname. Ze kan lopen achter een rollator en heeft erg veel kracht in haar benen en armen. De armen functioneren weer helemaal als van ouds. De motorische functionaliteit van de benen is erg wisselend. Dat het wisselt, hangt veelal samen met haar stemming. Wanneer haar stemming "down" is, kan ze motorisch minder dan wanneer ze opgewekt is. Nadat het lopen erg ver gevorderd was, kreeg ze een terugval. Hier is niet echt een verklaring en/of aanleiding voor. Het lijkt dat dit te maken heeft met haar onvermogen om adequaat om te gaan met emoties, stress en gevoelens. Dit komt overeen met datgene wat in de theorie ook beschreven staat.

Opmerking: Gezien de positieve resultaten en effecten van de symptomen is de bewegingsgerichte methodiek met de modaliteit oefenen gericht op de symptomen van een conversiestoornis aan te bevelen.

Pmt 2:

Vergeleken met de beginsituatie is er vooruitgang. Door zich fysiek in te spannen, kan Annabel tijdelijk haar stress wat betreft haar boosheid verminderen. Hierbij blijkt, dat ze veel kracht heeft en haar grenzen daarin durft af te tasten. Als het gaat over haar echte gevoelens van boosheid komt ze al snel in het verleden terecht en richt ze de boosheid op zichzelf en blokkeert dan. Dit mechanisme is moeilijk te veranderen. Positief is, dat het bespreekbaar is en ze haar gevoelens weet te begrenzen. Hierin wordt ze dan positief bekrachtigd.

5. Lichaamsgerichte methodiek en bewegingsgerichte methodiek.

5.1 Inleiding

Farenfort maakte een onderscheid tussen twee werkwijzen om zo enige ordening aan te brengen in de werkwijzen binnen de pmt. Dit was ook wel noodzakelijk omdat naast de basis (bewegings activiteiten) van de bewegingstherapie steeds vaker andersoortige oefeningen een plaats kregen. Deze andersoortige activiteiten waren bijvoorbeeld diverse soorten ontspanningsoefeningen en werden dan ook lichaamsgeoriënteerde werkwijzen genoemd.

De naam bewegingstherapie die hierboven beschreven staat werd door de opkomende tweedeling in werkwijzen door de Nederlandse Vereniging voor Bewegingstherapie die in 1960 werd opgericht veranderd. Het werd veranderd in pmt, omdat er dus onvrede was ontstaan over de naam bewegingstherapie. Omdat het veranderd was werd ook de naam van de vereniging anders, namelijk "Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie".

De lichaamsgeoriënteerde en bewegingsgeoriënteerde werkwijzen zijn de twee werkwijzen waar onder andere Farenfort een onderscheid tussen maakt.

Deze twee deling wordt in de praktijk al langer gebruikt maar in verschillende benamingen. Zo wordt hier nu de lichaamsgerichte en bewegingsgericht methodiek gebruikt. Binnen de twee verschillende methodieken worden verscheidende vormen met activiteiten gebruikt. Belangrijk is om te weten dat de activiteiten die gebruikt worden geen vanzelfsprekende intrinsieke betekenis hebben. Door het doen van de activiteiten op zichzelf komt het therapeutische proces niet opgang. Het therapeutische proces komt wel opgang door de wijze van aanbieden, de betekenis die de cliënt geeft aan de aangeboden activiteiten en de interventies door de therapeut (Farenfort, J. (1987), Sietsma, L.W. (2001) en Abbas, J. (1988).

5.2 Lichaamsgerichte methodiek

Binnen deze methodiek wordt gebruikt gemaakt van technieken waarin non-verbale communicatie, de beleving van het lichaam en de betekenis van lichamelijke sensaties of gevoelens een belangrijke rol spelen. Alle ervaringen die een persoon opdoet brengen belevingen met zich mee. Deze belevingen betreffen emoties en zijn te onderscheiden in blij, boos, bang en bedroefd. Elke beleving heeft een eigen lichamelijke uitdruktingsvorm. Hierbij gaat het meer om de binnenwereld van de cliënt. Het betreft een impressionele methode. Bij deze methodiek worden vormen gebruikt, zoals ontspanningsoefeningen, ademhalingsoefeningen, sensory-awareness, massage, bio-energetica etc.

Pmt: Deze methodiek heeft mijn voorkeur wanneer er met Annabel stap voor stap gewerkt gaat worden om de lichamelijke gevoelens en sensaties te ervaren en te ontdekken en die vervolgens te koppelen aan emoties. Op deze manier wordt er een fundament gecreëerd waar je tijdens de verdere behandeling in het leren omgaan met stress, gevoelens en emoties gebruik van kunt maken. Dit is niet alleen specifiek voor Annabel maar ook voor de behandeling van andere patiënten met een conversiestoornis. Bij veel lichaamsgerichte oefeningen moet er ook lichamelijk bewogen worden. Dit is met iemand die een tetraplegie heeft als symptoom van een conversiestoornis zeer lastig. Het is dus belangrijk dat eerst de bewegingsmogelijkheden van dien aard zijn dat bepaalde lichaamsgerichte oefeningen gedaan kunnen worden.

Kijkend naar LECS is het belangrijk dat je weet wat je doel is tijdens de oefening en dat je weet dat het gebruikt wordt bij een lichaamsgerichte methodiek en niet bij een bewegingsgerichte methodiek. Hier zit namelijk een wezenlijk verschil in.

Lichaam: Welke lichamelijke sensaties zijn er voelbaar en merkbaar en hoe wordt dat ervaren?

Emotie: Welke emotie (blij, boos, bang en bedroefd) komt er kijken bij bepaalde lichamelijke gevoelens en emoties?

Cognitief: Op welke manier ga je met de gevoelens en emoties om en wat voor gevolgen hebben die gedachten?

Sociaal: Zijn er op sociaal gebied door het niet uiten van gevoelens en emoties problemen?

5.3 Bewegingsgerichte methodiek

Binnen deze methodiek wordt gebruik gemaakt van sport- en spel activiteiten, gymnastiek, zwemmen, stoeien, klimmen, hardlopen, dans etc. Het woord, "gebruik gemaakt" is in deze essentieel. Wanneer bijvoorbeeld klimmen als sportieve activiteit gebruikt wordt, dan ligt de intentie op een heel ander gebied dan wanneer het klimmen wordt gebruikt voor pmt. De intentie ligt in de psychologische betekenis die wordt gekoppeld aan iemands bewegen en de hiermee samenhangende lichaamservaringen tijdens de activiteit. Zoals Tamboer ook beschrijft staat de beïnvloeding van het bewegen in dienst van doelstellingen die buiten dat bewegen ligt. Binnen de bewegingsgerichte methodiek wordt de cliënt gevraagd zich dus te richten op de buitenwereld.

Pmt: Deze methodiek kan goed toegepast worden om het lichamelijk functieverlies stap voor stap te herstellen en de patiënt een lichamelijk alibi aan te reiken voor een psychologisch probleem (Jaspers, 1994). Bij de sport en/of spel activiteit die gekozen wordt, in het geval van Annabel het lopen verbeteren, zal de intentie niet liggen op de activiteit maar op de psychische betekenis. Bij Annabel is dit wanneer ze bijvoorbeeld ervaart dat haar bewegingsmogelijkheden op het gebied van lopen verbeteren. Mijn visie is dat wanneer een patiënt met een conversiestoornis puur en alleen bewegingsgericht behandeld wordt zodat de uitvalsverschijnselen verdwijnen, de conversiestoornis zich zal opheffen. Dit omdat de patiënt een positief gevoel en emotie krijgt van het weer normaal functioneren van het lichaam. De patiënt zal het psychische lijden niet meer ervaren. Een nadeel is dat de oorzaak niet behandeld is en dat kan betekenen dat in de toekomst dezelfde conversiestoornis kan ontstaan. Mijn voorkeur gaat uit om op deze manier te behandelen wanneer een patiënt totaal geen psychisch ziekte inzicht heeft of wanneer de omstandigheden zoals het cognitieve vermogen, sociale context, egosterkte ect. het niet toelaten.

LECS:

Lichaam: Hier wordt mee bedoeld welke bewegingsmogelijkheden er zijn met het lichaam en welke niet. Welke signalen geeft het lichaam tijdens het bewegen en hoe ga je daar mee om.

Emotie: Wat voor gevoelens komen er bij je op wanneer je lichamelijk merkt dat bepaalde bewegingen niet mogelijk zijn of juist wel mogelijk zijn.

Cognitie: Hoe ga je cognitief om met lichamelijke beperkingen of nieuwe mogelijkheden. Wat voor gedachten zijn er allemaal.

Sociaal: Hoe "beweeg" je in sociale situaties. Zijn er verandering, verbetering in de omgang met anderen in sociale contexten. Wat heeft dit te maken met lichaam, emotie en cognitie.

6. Inventarisatie psychomotorische therapie ervaring bij conversiestoornissen.

Zoals al aangegeven is, is er geen literatuur en wetenschappelijk onderzoek te vinden over pmt bij conversiestoornissen. Wel is er in de praktijk veel ervaring met pmt bij conversiestoornissen. Om de pmt bij patiënten met een conversiestoornis meer inhoud te geven in deze casestudy, is er een inventariserend onderzoek gedaan naar pmt bij conversiestoornissen uit de praktijk. Deze inventarisatie is gedaan bij twaalf psychomotorische therapeuten die werkzaam zijn in Nederland waarbij het merendeel binnen de psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis. Zij kregen per mail een vragenlijst die ze na het invullen konden retourneren. Er zijn van de twaalf opgestuurde vragenlijsten zes ingevulde vragenlijsten terug gekomen. Eén psychomotorisch therapeut heeft te kennen gegeven de vragenlijst niet in te vullen met als reden geen ervaring. De ingevulde vragenlijsten van de inventarisatie naar de pmt ervaring bij conversiestoornissen, kunt u vinden in de bijlage.

Hieronder zal ik een samenvatting geven van die ervaringen.

Over het algemeen verstaat iedereen hetzelfde onder een conversiestoornis. Een psychische stoornis wordt omgezet in lichamelijk functieverlies. Het is niet medisch verklaarbaar en geen bewuste simulatie. De ervaring met conversiestoornissen is onder de ingevulde vragenlijsten divers maar wel degelijk aanwezig. Sommigen zien er een aantal per jaar en sommigen maar één. Over het algemeen is de ervaring dat conversiestoornissen hardnekkig zijn en moeilijk te behandelen. Centraal staan het oefenen en ervaren van de mogelijkheden i.p.v. de beperkingen. Er worden niet snel inzichtgevend interventies gedaan omdat de patiënten meestal geen inzicht hebben in de psychische achtergrond. Bij de modaliteit oefenen wordt er door een ondervraagde psychomotorische therapeut de volgende kritiek gegeven: wanneer de modaliteit oefenen wordt gebruikt, kan er te veel nadruk liggen op dat iets "moet" lukken, waardoor de weerstand wellicht vergroot wordt en klachten juist kunnen verergeren. Ook wordt er in de praktijk het "strategisch tweesporenmodel" (zie Moene/Rümke: behandeling van de conversiestoornis, BSL, 2004) gehanteerd. Drie van de zes psychomotorische therapeuten geven aan dat er niet een vast staande methodiek is voor pmt bij conversiestoornissen. Dit kan dus zowel lichaamsgericht als bewegingsgericht zijn. De keuze voor een methodiek is afhankelijk van de patiënt, de draagkracht, ziekte inzicht, behandelfase en doelstelling.

Opmerking: Ik vind het jammer dat de drie psychomotorische therapeuten niet aangegeven hebben hoe bij een patiënt, draagkracht, ziekte inzicht, behandelfase en doelstelling wordt afgewogen voor de keuze van de methodiek.

Twee andere psychomotorische therapeuten geven de voorkeur voor de bewegingsgerichte methodiek maar sluiten de lichaamsgerichte methodiek niet uit. De reden hiervoor is dat de aandacht allereerst naar het functieherstel moet gaan en dit kan het beste m.b.v. bewegingsgericht werken.

Opmerking: Ik vind het jammer dat ze niet duidelijk hebben beargumenteerd waarom juist eerst de aandacht moet gaan naar het functieherstel. Gezien mijn vraagstelling zou dit voor mij belangrijk geweest kunnen zijn.

Eén psychomotorisch therapeut geeft aan dat zijn voorkeur alleen de bewegingsgerichte methodiek heeft. Dit omdat een lichaamsgerichte methodiek op zichzelf al een zware lading heeft. Een steunende en structurerende houding zijn het

meest genoemd. Daarnaast is positieve feedback geven ook erg belangrijk. Hierdoor krijgt een patiënt met een conversiestoornis weer vertrouwen en kracht.

Casus: Dit is ook van toepassing op Annabel. Wanneer ze wordt ondersteund en positief wordt benaderd, zie je haar zelfvertrouwen groeien. Ze is dan minder onzeker en laat meer van zichzelf zien.

Drie psychomotorische therapeuten geven aan dat dit te bereiken is door te onderbieden. Kleine stapjes zodat de patiënt de controle heeft en mee mag bepalen, want de beste motivatie komt vanuit de patiënt zelf. De pmt resultaten zijn zowel positief als negatief. Toch blijkt tijdens pmt vaak dat de patiënten erachter komen dat ze lichamelijk toch meer kunnen dan ze hadden verwacht. Hoe langer het beeld bestaat, hoe slechter de prognose.

7. Conclusie

De vraagstelling van deze casestudy luidde:

Welke behandelingsmethode (lichaams- of bewegingsgericht) binnen de psychomotorische therapie levert het meest positieve effect op bij conversieproblematiek binnen de klinische setting?

In deze casestudy is er geen literatuur en/of wetenschappelijk onderzoek gevonden over pmt bij conversiestoornissen in het algemeen en ook niets over de behandelingsmethodieken (lichaams- of bewegingsgericht) binnen de pmt. Daarnaast zijn twaalf psychomotorisch therapeuten werkend in Nederland benaderd en gevraagd of zij literatuur of wetenschappelijk onderzoek hebben over pmt bij conversiestoornissen en in het bijzonder de behandelingsmethodieken daarbij. Geen van alleen hadden literatuur en/of wetenschappelijk onderzoek. Hierdoor is er helaas niet een eenduidig antwoord te geven op de vraagstelling. Er kunnen echter wel een aantal conclusies getrokken worden aan de hand van de theorie, de casus en het inventariserend onderzoek.

Conclusie vanuit de theorie:

Fysiotherapie speelt vaak een belangrijke rol, omdat daarmee het lichamelijk functieverlies stap voor stap kan worden hersteld en de patiënt een lichamelijk alibi krijgt aangereikt voor een psychologisch probleem (Jaspers, 1994). Binnen de pmt is hetzelfde mogelijk via de bewegingsgerichte methodieken.

Conclusie vanuit de ervaring met de casus Annabel:

Een bewegingsgerichte methodiek binnen de pmt, geschiedt de voorkeur bij de behandeling van de patiënt met een conversiestoornis. Allereerst omdat de problematiek bij de conversiestoornis grotendeels motorisch van aard is. Ten tweede door de patiënt zich fysiek in te laten spannen, kan de druk (stress) verminderd worden wat positief werkt op het conversiebeeld.

Voor de pmt behandeling wat betreft de gestoorde agressieregulatie, die ten grondslag ligt van de conversiestoornis, heeft ook hier de bewegingsgerichte methodiek de voorkeur. Met deze methodiek kan de patiënt beter werken aan het uiten van emoties en gevoelens. Dit is praktischer, begrijpelijker en concreter.

Conclusie vanuit het inventariserend onderzoek:

Drie van de zes psychomotorische therapeuten geven aan dat er geen vaststaande methodiek is voor psychomotorische therapie bij conversiestoornissen. Dit kan dus zowel lichaamsgericht als bewegingsgericht zijn. De keuze voor een methodiek is afhankelijk van de patiënt, de draagkracht, ziekte inzicht, behandelfase en doelstelling. Twee andere psychomotorische therapeuten geven de voorkeur voor de bewegingsgerichte methodiek maar sluiten de lichaamsgerichte methodiek niet uit. De reden hiervoor is, dat de aandacht allereerst naar het functieherstel moet gaan en dit kan het beste m.b.v. bewegingsgericht werken. Eén psychomotorische therapeut geeft aan dat zijn voorkeur alleen de bewegingsgerichte methodiek heeft. Dit omdat een lichaamsgerichte methodiek al op zichzelf een zware lading heeft.

Verklaring:

Als ik zelf probeer te verklaren waarom er niets bekend is over pmt en conversiestoornissen, denk ik dat het komt doordat conversiestoornissen een erg ingewikkelde DSM-IV-TR stoornis is. De stoornis heeft nooit dezelfde uitingvorm en is dus bij elk individu anders. Er zijn heel veel factoren waar een goede passende pmt

met behandelingsmethodiek afhankelijk van zijn. Ik denk aan de oorzaak, de uitingsvormen, het cognitieve vermogen, de psychiatrische voorgeschiedenis en de sociale situatie van de patiënt.

8. Aanbeveling

Tijdens mijn zoektocht om mijn vraagstelling te kunnen beantwoorden heb ik mijn eigen visie ontwikkeld die ik in deze aanbeveling beschrijf voor pmt bij conversiestoornissen en in het bijzonder de keuze voor een lichaamsgericht- en/of bewegingsgerichte methodiek.

Allereerst heb ik gemerkt dat het stellen van een goede diagnose moeilijk is maar vooral zeer belangrijk. Het uitsluiten van echte lichamelijke oorzaken vind ik een must. Pas wanneer uit onderzoek blijkt dat er lichamenlijk geen oorzaak te vinden is, kan er ingezet worden op de conversie. Maar voordat er daadwerkelijk ingezet gaat worden, is het noodzakelijk om een goede volledige diagnostiek te hebben. Niet alleen een classificerende diagnostiek maar ook een hermeneutische en kritische diagnostiek. Het geeft een beter en individueel beeld van de patiënt. Het kan ook een oorzaak geven van de conversiestoornis. Mogelijk trauma, copingsmechanisme, sociale situatie en draagkracht.

Mijn voorkeur gaat uit om eerst als psychomotorische therapeut een motorische beginsituatie te maken. Hierin wordt dan duidelijk wat de patiënt gezien de motoriek wel of niet kan. Dit is voorbereidend werk op een vervolg wat ik zo nader zal toelichten. Allereerst denk ik dat er al resultaten te halen zijn tijdens het maken van de motorische beginsituatie. Het maken van de motorische beginsituatie gebeurt met een bewegingsgerichte methodiek. Tijdens deze bewegingsgerichte methodiek worden er sport- en spel arrangementen gekozen waarin de patiënt zich thuis voelt en het naar de zin heeft. Het arrangement wordt met een ondersteunende en uitnodigende attitude begeleid waarin de patiënt positief bekrachtigd wordt in motoriek maar ook in positief gedrag. Het streven is dat de patiënt zich kan ontspannen en de stress op deze manier kwijt kan. Het doel is dat op deze manier de patiënt zich minder "down" gaat voelen met als gevolg dat het psychische lijden verminderd wordt. Doordat de patiënt het psychische lijden niet meer ervaart of althans minder ervaart is de kans groot dat de conversie symptomen en de conversiestoornis zullen verminderen of juist zullen opheffen. Op deze manier is de start een "win - win" situatie, namelijk; of je hebt een goede motorische beginsituatie voor een vervolg of je hebt een al een verbetering of opheffen van de conversiesymptomen en conversiestoornis. Het nadeel vind ik wel dat de oorzaak van de conversiestoornis niet behandeld wordt met de kans dat het weer terug kan komen.

Na de motorische beginsituatie zou ik de pmt m.b.v. een bewegingsgerichte methodiek inzetten om het lichamenlijke en motorische functieverlies stap voor stap te herstellen, de patiënt een lichamenlijk alibi aan te reiken voor een psychologisch probleem (Jaspers, 1994), lichamenlijk schade tegen te gaan en om eventueel te gebruiken voor psycho-educatie wanneer de mogelijkheid ervoor is. Uiteraard wordt dit niet zo benoemd naar de patiënt. Naar de patiënt wordt het benoemd als uitgaan van wat er mogelijk is en dat uitbreiden. Dit betekent een positieve, steunende en structurende attitude.

Leg de druk niet te hoog en laat de ontwikkeling grotendeels bij de patiënt zelf. Op die manier heeft de patiënt de eigen fysieke/motorische ontwikkeling in handen en kan de patiënt jou nooit afrekenen op eventueel overvraging. Natuurlijk heb je als psychomotorisch therapeut de leiding en verantwoordelijkheid. Dit betekent dat je soms de druk iets moet opvoeren om een vooruitgang te kunnen bewerkstelligen. Wanneer je op deze manier aan het werk gaat, zit je continu te switchen tussen de

modaliteit oefenen en ervaren. Het gebruiken van LECS ook zeer zeker belangrijk maar ook ingewikkeld. LECS gebruiken voor de bewegingen en daarmee samenhangende emoties, cognities en het sociale component is goed. Op gepast moet worden dat er niet te veel wordt in gegaan op lichamelijke sensaties, emoties, cognities en sociale componenten die te maken kunnen hebben met de onderliggende psychische problemen. Dit omdat het niet het doel is.

Ook bij deze manier van behandelen is de kans aanwezig dat de patiënt een positief gevoel en emotie krijgt van het weer normaal kunnen functioneren met het lichaam. De patiënt zal het psychische lijden niet meer ervaren of althans minder ervaren met als gevolg dat de kans groot is dat de conversie symptomen en de conversiestoornis zullen verminderen of juist zullen opheffen. Mijn voorkeur gaat uit om op deze manier te behandelen wanneer een patiënt totaal geen psychische ziekte inzicht heeft of wanneer de omstandigheden het niet toelaten. Zoals het cognitieve vermogen, sociale context, egosterkte etc.

Is er op welke manier dan ook toch ziekte inzicht gecreëerd, door bijvoorbeeld na een lichamelijk recidief een alibi geven me psycho-educatie of door in de zaal te verkennen/herkennen/erkennen, dan zou de oorzaak van een conversiestoornis kunnen worden behandeld. De oorzaak, het niet adequaat om kunnen gaan met stress, zou ik als volgt gaan behandelen.

Allereerst via een lichaamsgerichte methodiek. Via deze methodiek en de modaliteit "oefenen" is dan de bedoeling om stap voor stap de lichamelijke gevoelens en sensaties te ervaren en te ontdekken om die vervolgens te koppelen aan emoties. Op deze manier wordt er een fundament gecreëerd waar je tijdens de verdere behandeling van het omgaan met stress, gevoelens en emoties gebruik van kunt maken. Bij veel lichaamsgerichte oefeningen moet er ook lichamelijk bewogen worden. Dit is met iemand die een tetraplegie heeft als symptoom van een conversiestoornis zeer lastig. Het is dus belangrijk dat eerst de bewegingsmogelijkheden van dien aard zijn dat de bepaalde lichaamsgericht oefeningen gedaan kunnen worden.

Wanneer dit gedaan is zou ik als tweede via een bewegingsgerichte methodiek in de modaliteit "ervaren" experimenteren met gedragsalternatieven in het omgaan met gevoelens, stress en emoties. Ik geef de voorkeur aan een bewegingsgerichte methodiek omdat je dan via spel en sportarrangementen praktische, concrete, begrijpelijke gevoelens en emoties kunt uitlokken via interventies. Op deze manier is het streven om de draagkracht van de patiënt zo te versterken dat de functie van de fysieke/motorische klachten vervalst of in elk geval vermindert en dus ook de conversiestoornis is behandeld.

9. Literatuurlijst:

Boeken:

Deth, R. van., Vandereyken, W. (2004). *Psychiatrie Van diagnose tot behandeling*. Bohn Stafleu en Van Loghum.

Moene, F., Rümke, M. (2004) *Behandeling van de conversiestoornis, Praktijkreeks Gedragstherapie Deel 20*. Bohn Stafleu Van Loghum.

Molen, T. van der, Perreijn, S., Hout, M. van den. (1997). *Klinische psychologie*. Wolters-Noordhoff.

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. (2002). *Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR*. Swets & Zeitlinger.

Readers:

Abbas, J. (1988). Bulletin, uitgave van de Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie.

Farenfort, J. (1987). *Psychomotorische Therapie "Een onderzoek naar het gebruik van bewegings- en lichaamsgeoriënteerde methode in de praktijk*.

Klis, P., van der. (1999). *De grenzen van psychomotorische therapie: over rekkelijken en preciezen*. *Bewegen & Hulpverlening* 16, 208-221.

Sietsma, L.W. (2001). *Congres Sport en Sante Mentale Luik*. Sport en Psychiatrie

Sietsma, L.W. *Bewegingsagogie & Psychomotorische Therapie G006*.

Verbeeten, S. *Diagnostiek, indicatie en behandeling G041*. Vragenlijst psychomotorische therapie, Claudia Emck, blz. 78-83

Artikelen en scripties:

Scholing, A., Emmelkamp, P. (1992). *Sociale fobie en sociale angst: uitvoering van de behandeling*. *Directieve therapie*, 12, p. 62-90.

Beurs, E. de, Widenfelt, B. van. (2004). *Blootstelling aan angst: behandeling met exposure*. *Psychopraxis*, 06, p. 20-245.

Enserink, A. (2006). *Behandeling van de conversiestoornis in de revalidatiesetting*. Afstudeeropdracht afdeling Fysiotherapie Hogeschool Utrecht.

Kes, E. (2006). *Op één been kun je (niet) lopen!?!*. Afstudeeropdracht Christelijk Hogeschool Windesheim opleiding BA&PMT.

Veer, N. van der, Broeke, E. ten. (2002). *Conversiestoornis beschouwd als coping: suggesties voor behandeling*. Psychopraxis, 04, p. 106-111.

Hoogduin, K., Verbraak, M. (2007). *De behandeling van een jonge vrouw die niet kan blijven staan*. Directieve therapie, 27, p. 60-65.

Moene, F., Hoogduin, K. (1996). *Klinische behandeling van zestien patiënten met een motorische conversiestoornis; een 'pilot-study'*. Directieve therapie, 16, p. 242-259

Rood, Y.R. van, Hemmert, B., van, Merkelbacht, J., Colijn, S., Kasius, M., Oudshoorn, M., Etten, M., van. (2002). *Zorgprogramma somatoforme stoornissen en aanverwante stoornissen, Stepped-care richtlijnen voor evidenced-based behandeling*.

Jaspers, J.P.C. (1998). *Somatoforme stoornissen: problemen bij de diagnostiek en resultaten van behandeling*. Tijdschrift voor Psychiatrie 40, p. 8.

Shapiro, A.P., Teasell, R.W. (2004). *Behavioural interventions in the rehabilitation of acute v chronic non-organic (conversion/factitious) motor disorders*. British Journal of Psychiatry, 185,140-146. Roke, Y., arts in opleiding tot psychiater en Harten, P.N., van., psychiater.

Bühring,Dr. M.E.F. (2006). *Regionaal Zorgprogramma Somatoforme Stoornissen, Ontwikkeld in het kader van het project programmaontwikkeling in de regio Midden-Westelijk Utrecht*.

Internet:

- Databanken:
 - PiCarta
 - ZW-CD editie maart 2008
 - Vakbibliotheek BSL, Bohn Stafleu van Loghum-uitgaven
 - Denkbeeld
 - Directieve therapie
 - Handboek Klinische Psychologie
 - Maandblad Geestelijke Volksgezondheid
 - Psychologie en Gezondheid
 - Psychopraxis
 - Tijdschrift voor Psychotherapie
 - Kind en Adolescent
 - Nederlandse Onderzoek Databank
- Wikipedia

Overige:

- Bibliotheek Mediacentrum Windesheim

Bijlagen

A. Groepsformat

Groep 2

Nr.	Steunend/ structurerend	Inzichtgevend	Gemiddelde Behandelduur	Maximale behandelduur	Aantal dagdelen	Indicatie therapie	Stoel	Bed	B.O.R
2			2/3 mnd.	4 mnd.	10	X	X	X	X

Uitgangspunten	Ik-behoud ☒ Ik-versterking ☐ Ik-opbouw ☐						
	Visie De behandeling is gericht op ik-behoud en beperkte ik-opbouw. De patiënt wordt ruimte en hulp geboden om zich binnen eigen mogelijkheden naar zelfstandig functioneren te ontwikkelen. Een milieu voor ik-behoud moet naast eenvoud variatie bevatten. - eenvoud: de activiteiten zijn makkelijk overdraagbaar - variatie: de patiënt ervaart voldoende uitnodigende en prikkelende momenten.						
Indicatiestelling	- behandeling geschiedt op basis van vrijwilligheid - mogelijkheid voor een rechterlijke machtiging - patiënten met vrijheden op afspraak						
Contra-indicaties	- patiënten zonder vrijheden - bloeiende psychose - afhankelijkheid van alcohol en/of drugs - IBS (inbewaringstelling)						
Methodiek	Het algemene behandeldoel is het vasthouden dan wel uitbouwen van de (aanwezige) capaciteiten. De behandelmethodiek is gebaseerd op het aanbieden of aanleren van structuur. Gericht op individu in de groep ☒ ☐ ☐ ☐ ☐ Groepsgericht - gestructureerde werkvormen m.b.t. ADL en BDL, worden binnen elke discipline geconcretiseerd - het accent wordt gelegd op activering, (spel)plezier en op de ontwikkeling van sociale vaardigheden. De inhoud van de programma's is gericht op concrete situaties uit het leven van alledag. - het dagprogramma zorgt voor/kent een vaste structuur. - indien mogelijk: stimuleren interacties tussen de groepsleden - duidelijk afspreken wat van de patiënt verwacht wordt - spanningsniveau laag houden (aanpassen aan de groep)						
Gewenste attitude van de hulpverlener	Uitnodigen	weinig	☐	☐	☐	☐	☒ veel
	Positief bekrachtigen	weinig	☐	☐	☐	☐	☒ veel
	Stimulerend	weinig	☐	☐	☐	☐	☒ veel
	Spiegelen	weinig	☒	☐	☐	☐	☐ veel
	Ontregelen	weinig	☒	☐	☐	☐	☐ veel
Behandelaanbod	Het vrijblijvende of verplichtende karakter m.b.t. het volgen van het programma wordt per patiënt bepaald a.d.h.v. behandeling op maat en zorg op maat afspraken.						

	Het behandel aanbod bestaat uit: verbale therapie: - dagopening/dagafsluiting - doelenuur - themagesprek - maatschappij oriëntatie - spreekuur psychiater (individueel) - verpleegkundig spreekuur (individueel) vaktherapie: - activiteitentherapie - dramatherapie - muziektherapie - bewegingstherapie/psychomotorische therapie indicatietherapie: - TSV - vrouwengroep - emotiegroep - ontspanningsgroep begeleiding van SPV en/of MW bij o.a.: - (vrijwilligers)werk - financiën - huisvesting - activerende begeleiding (thuiszorg) - zinvolle dagbesteding - sociale contacten		
Patiëntgebonden communicatie	Patiëntenbespreking	ja ☒	nee ☐
	Groepsbespreking	ja ☐	nee ☒
	Spreekuur arts	ja ☒	nee ☐
	<i>Spreekuur verpleging</i>	<i>ja ☒</i>	<i>nee ☐</i>
Systeem	Familieparticipatie	ja ☒	nee ☐
	Familievoorlichting	ja ☐	nee ☒
	Frequentie: 6 keer per jaar		
	Zijn MW/SPV betrokken?	ja ☒	nee ☐
	Structureel huisbezoek?	ja ☒	nee ☐
Behandelduur	De gemiddelde behandelduur is 2 tot 3 maanden, maximale behandelduur is 4 maanden.		
Vervolgtraject	Mogelijkheden voor vervolgtraject: • kliniek groep 1 • groep 12 (nazorggroep) • psychiater (polikliniek) • maatschappelijk werk • sociaal psychiatrisch verpleegkundige • vaktherapie • indicatietherapie • vervolgbehandeling elders.		

B. Vragenlijst psychomotorische therapie van Claudia Emck

Naam: *Annabel*

Geboorte datum: *03-04-1952*

Datum opname: *16-11-2007*

Reden van opname/behandeling: *Conversiestoornis*

Wat zijn je verwachtingen van de behandeling? *Hopen dat het in de toekomst weg blijft.*

Vragenlijst:**T/m kleuterleeftijd:**

1. Zijn er problemen geweest met leren lopen? *NEE*
Hoe oud was je ongeveer toen je leerde lopen? *2 ½ jaar.*
2. Op welke leeftijd leerde je fietsen? *4 jaar.*
Hoe vond je dat? *Weet ik niet.*
3. Op welke leeftijd leerde je zwemmen? *8 jaar.*
Hoe vond je dat? *Erg leuk.*
Welke diploma's heb je? *A en B.*
4. Zijn er bijzondere gebeurtenissen (bv. Ziekte, ongeluk, iets in je familie) geweest in de periode tot je naar de basisschool ging? *JA*
Zo ja, welke? *Vader heeft een zeer zwaar ongeluk gehad.*

Basisschool:

5. Heb je op de basisschool gymnastieklessen gehad? *JA*
Zo ja, van een vakleerkracht (gymnastiekleraar) of groepsleerkracht (juf/meester)? *Weet ik niet.*
6. Hoe vond je het bewegingsonderwijs op de basisschool? *Prachtig*
Wat vond je van de onderdelen:
 - a. Turnen. *Niet leuk.*
 - b. atletiek (hardlopen, verspringen, hoogspringen) *Leuk.*
 - c. spel (trefbal, mikspelen, slagbal) *Erg leuk.*Wat vond je het leukste om te doen? *Balspelen.*
Wat vond je het minst leuk? *Turnen.*
7. In welke omgeving ben je opgegroeid? (stad, platteland)? *Stad.*
Speelde je veel buiten of veel in huis? *Buiten.*
Welke spelletjes deed je zoal tot je 12^e jaar? *Kaarten en Gezelschapsspelen.*
8. Had je veel vriendjes/vriendinnetjes op de basisschool? *Gewoon.*
Had je een beste vriend of vriendin op de basisschool? *Ja.*
Speelde je liever alleen of met andere? *Met anderen.*

Middelbare school:

9. Welk onderwijs heb je na de basisschool gevolgd? *Huishoudschool.*
Hoe vond je de lessen lichamelijke opvoeding? *Leuk.*
Hoe vond je de leerkracht? *Goed.*
10. Hoe vond je de volgende onderdelen op deze school?
 - a. Turnen. *Niet leuk.*
 - b. atletiek (hardlopen, speerwerpen, enz). *Erg leuk.*

- c. spel (basketbal, volleybal, hockey, enz). *Erg leuk*
 Welk spel vond je het leukst en waarom? *Trefbal omdat je dat samen speelt.*
 Welk spel vond je het minst leuk en waarom? *Korfbal, omdat ik de bal er niet kon ingooien.*
 Waar had je echt een hekel aan? *Ringen.*
11. Had je veel vrienden/vriendinnen op deze school? *Gewoon.*
 Had je een beste vriend of vriendin op deze school? *Ja.*
 12. Als er partijen gemaakt werden voor een spel werd je dan als een van de eersten gekozen of juist heel laat? *In het midden.*
 Hoe vind jij jezelf in gymnastiek en sport? *Gaat.*

Vrije tijd:

13. Ben je lid geweest van sportverenigingen? *JA*
 Zo ja, welke sporten en hoe lang? *Badminton, 2 jaar.*
14. Doe je in je vrije tijd sportieve activiteiten buiten verenigingsverband? *NEE*
 Zo ja, welke activiteiten?
15. Zijn er sportactiviteiten die je graag zou willen doen? *JA*
 Zo ja, welke? *Tafeltennis*
16. Hou je van dansen? *JA*
 Heb je dansles of iets dergelijks gehad? *Ja.*
17. Heb je hobby's die belangrijk voor je zijn en die niet met sport en bewegen te maken hebben? *Handwerken, computeren, puzzelen.*

Ziekte, klachten, angsten?

18. Heb je wel eens een ernstig ongeluk gehad of ben je wel eens langdurig ziek geweest? *JA*
 Zo ja, wat heb je gehad? *Twee keer een whiplash overgehouden.*
19. Heb je lichamelijke klachten? *JA*
 Zo ja welke? En heb je daar last van tijdens het sporten? *Ik heb nekklachten en heb er soms last van tijdens het sporten.*
20. Ben je wel eens gespannen? *JA*
 Zo ja, voel je deze spanningen ook in je lichaam? *Ja.*
 Heb je daar ook last van bij sport en bewegen? *Soms.*
21. Heb je last van de hieronder genoemde angsten:
 Hoogtevrees? *NEE*
 Watervrees? *NEE*
 Straatvrees? *NEE*
 Angst om te vallen? *NEE*
 Angst in grote ruimten? *NEE*
 Angst in kleine ruimten? *NEE*
 Angst om in een groep te zijn? *NEE*
22. Ben je eerder ergens in behandeling geweest? *JA*
 Zo ja waar? *20 jaar geleden op de PAAZ en 8 jaar geleden op het revalidatiecentrum 't Roessingh voor mijn nek.*

Gedrag en gevoelens:

23. Als je een spel speelt, vind je het dan belangrijk om te winnen? *Ja*
 Hoe gedraag je je meestal als je verliest? *Sportief.*
24. Heb je last van?
 Tics of zenuwtrekjes? *NEE*
 Gewoonten die anderen vreemd vinden? *NEE*

- Dwanggedachten? *NEE*
25. Toon je je gevoelens in het algemeen makkelijk? *NEE*
 Wat doe je als je:
 Boos bent? *Laat ik niet zien*
 Verdriet hebt? *Laat ik niet zien*
 Zenuwachtig bent? *Ben ik maar soms*
 Blij bent? *Dat ben ik niet gauw.*
 Bang bent? *Laat ik niet zien.*
26. Kun je je gemakkelijk beheersen? *JA*
 Zo nee, wanneer niet?
 Ook in sport en spelsituaties? *Ja.*

Lichaamsattitude:

27. Ben je tevreden met je eigen lichaam en uiterlijk? *Ik zou graag slanker zijn
 maar de rolstoel speelt een belangrijke rol.*
 Over welke delen ben je wel en niet tevreden? *Heupen.*
28. Hoe vind je het door anderen aangeraakt te worden, doorgaans prettig of
 juist niet? *Vind ik niet leuk. Doen ze het wel dan wil ik het graag weten bijv bij
 fysiotherapie en arts*
29. Zijn er dingen die je niet durft te doen vanwege je lichaam of uiterlijk maar
 die je misschien wel zou willen doen? *Nee*
 Zo ja, welke?

C. Ingevulde vragenlijst “Inventarisatie pmt ervaring bij conversiestoornis”

Hieronder staan de vragen die horen bij mijn inventarisatie naar ervaringen uit de pmt bij de behandeling van conversiestoornissen.

Uit mijn literatuur studie die ik de afgelopen 2 maanden het gedaan heb ik geen informatie kunnen halen over de pmt bij conversiestoornissen. Om de pmt meer inhoud te geven in mijn scriptie ben ik benieuwd wat u als psychomotorisch therapeut voor een ervaring heeft met conversiestoornissen en wat volgens u een manier is om een patiënt met een conversiestoornis te behandelen met pmt. Deze informatie kan ik dan in mijn scriptie verwerken.

Onderaan staat een kopje aanvullingen en opmerkingen. Dit kunt u als mogelijkheid gebruiken wanneer u graag wat kwijt wilt over pmt bij conversiestoornissen wat u niet kunt wegschrijven in de gestelde vragen.

Vragenlijst 1:

- Persoonsgegevens:

Naam: Linda biemond

Functie: pmt

Bedrijf: Paaz

E-mail: l.e.biemond@isala.nl

- Wat verstaat u onder een conversiestoornis?

Lichamelijk Functieverlies, niet medisch verklaarbaar, geen bewuste simulatie, psychische factoren spelen een rol.

- Wat is uw ervaring als psychomotorische therapeut met conversiestoornissen?

Moeilijk te behandelen. Veel weerstand.

- Welke modaliteit, oefen ervaren ontdekken, van de pmt heeft uw voorkeur bij de behandeling van conversiestoornissen en kunt u specificeren waarom deze modaliteit uw voorkeur heeft t.o.v. de andere?

Ervaren van mogelijkheden ipv beperkingen. Niet te veel richten op de beperking. Acceptatie ervan en focus op iets anders kan de problematiek verminderen.

- Welke methodiek is volgens u het meeste efficiënt bij de behandeling van een patiënt met een conversiestoornis, is dit lichaamsgerichte pmt of bewegingsgericht pmt en waarom?

Beiden, zie boven.

- Welke benaderingswijze en attitude heeft uw voorkeur bij de pmt van een patiënt met een conversiestoornis?

Directief, steunend, gedragsmatig.

- Kunt u iets vertellen over de resultaten die u als psychomotorisch therapeut heeft gehad bij een patiënt met een conversiestoornis?

Redelijke resultaten; structuur is van belang en niet te diep op oorzaken in gaan in het begin

- Aanvullingen en opmerkingen.
Geen.

Vragenlijst 2:

- Persoonsgegevens:

Naam: Johan Lips

Functie: PMT-er (ook fysiotherapeut)

Bedrijf: PAAZ

E-mail: j.lips@ziekenhuis-mst.nl

- Wat verstaat u onder een conversiestoornis?

Kort: psychische stoornis wordt omgezet in iets lichamelijks. De lichamelijke klachten zijn echt, maar er is geen lichamelijke oorzaak, wel een psychische.

- Wat is uw ervaring als psychomotorische therapeut met conversiestoornissen?

Op PAAZ enkele conversiepatiënten per jaar waar we als psychomotorische therapeut bij betrokken zijn, dit al ongeveer 25 jaar. Sommige conversieklachten zijn na 1 dag opname al verdwenen.

- Welke modaliteit, oefen ervaren ontdekken, van de pmt heeft uw voorkeur bij de behandeling van conversiestoornissen en kunt u specificeren waarom deze modaliteit uw voorkeur heeft t.o.v. de andere?

We hanteren het **strategisch tweesporenmodel** (zie Moene/Rümke: behandeling van de conversiestoornis, BSL,2004). Kortweg wordt er zowel aandacht besteed aan het fysiotherapeutische oefenen als aan het psycho-sociaal-emotionele aspect. Daar we zowel fysiotherapeut als psychomotorisch therapeut zijn beginnen we met de fysiotherapeutische insteek – oefenmodaliteit- en gaan zo gaandeweg de link leggen naar stressregulatie (zowel taak-als emotioneel gericht) via ervaren, ontdekken. We beginnen met individuele sessies en gaan over naar groeps pmt wanneer dat in het proces past.

- Welke methodiek is volgens u het meeste efficiënt bij de behandeling van een patiënt met een conversiestoornis, is dit lichaamsgerichte pmt of bewegingsgericht pmt en waarom?

Hier hanteren we geen onderscheid in, we gebruiken wat aansluit bij de patiënt, behandelfase en doelstelling.

- Welke benaderingswijze en attitude heeft uw voorkeur bij de pmt van een patiënt met een conversiestoornis?

Al bij bovenstaande beantwoord: - tweesporenmodel

- nauw aansluiten bij de klacht van de patiënt

- strategisch link leggen naar psychische aspect

- Kunt u iets vertellen over de resultaten die u als psychomotorisch therapeut heeft gehad bij een patiënt met een conversiestoornis?

Patiënten worden op de PAAZ multidisciplinair behandeld. Het behaalde resultaat is dus niet enkel toe te schrijven aan PMT. Wel is steeds gebleken dat

Fysiotherapie→PMT een zeer belangrijk behandelonderdeel is.

- Aanvullingen en opmerkingen.

Op de PAAZ hier hebben we de combinatie dat 3 van de 4 psychomotorische therapeuten fysiotherapie als vooropleiding hebben.

In andere settings zal er dus een goede samenwerking tussen de fysiotherapeut en de psychomotorische therapeut moeten zijn. Anders is de kans groot dat de therapeuten tegen elkaar uitgespeeld worden.

Vragenlijst 3:

- Persoonsgegevens:

Naam: anja timmermans

Functie: pmt-er

Bedrijf: Adhesie te Deventer

E-mail: a.timmermans@adhesie.nl

- Wat verstaat u onder een conversiestoornis?

Een psychiatrisch ziektebeeld : Kort gezegd: lichamelijke uitvalsverschijnselen, motorisch en/ of sensorisch, waarvoor geen medische verklaring is.

- Wat is uw ervaring als pmt met conversiestoornissen?

Ik heb een combinatie functie pmt/ fysiotherapie gehad, waardoor via de neuroloog ook patiënten werden doorgestuurd. Later op de PAAZ ook enkele patiënten via de psychiater.

Sommige ptn. zijn dmv gerichte oefeningen uit hun conversiepatroon gehaald. Dit gaf als het ware een alibi om weer te functioneren, aanvankelijk dus echt alleen op de somatiek gericht, oefengerichte aanpak; waarbij kleine succeservaringen en stimulans de pt. het gevoel gaven serieus genomen te worden. De aandacht voor de klachten en daar ook gericht aan werken, het vertrouwen in de hulpverlener als professional en als mens spelen een groet rol.

Ook zeer trieste casuïstiek: een jonge vrouw die in conversie is blijven steken, naar een verpleeghuis is overgeplaatst, niet sprekend, niet bewegend. Alle oefenvormen uit de kast gehaald, zonder enige effect.

Het is vaak een moeizaam contact, met zeer kleine stapjes vooruit, enkele terug..

- Welke modaliteit, oefen ervaren ontdekken, van de pmt heeft uw voorkeur bij de behandeling van conversiestoornissen en kunt u specificeren waarom deze modaliteit uw voorkeur heeft t.o.v. de andere?

Zie boven: allereerst het oefenen, hierin ervaren wat wel mogelijk is.

Bewegingservaringen opdoen en uitbreiden.

- Welke methodiek is volgens u het meeste efficiënt bij de behandeling van een patiënt met een conversiestoornis, is dit lichaamsgerichte pmt of bewegingsgericht pmt en waarom?

Allereerst motorisch/ bewegingsgericht, soms kan pas maanden na het herstel lichaamsgericht gewerkt gaan worden, als dit al haalbaar is. Afhankelijk van persoonlijkheidsstoornis en evt. I.Q. Functieherstel staat m.i. op de voorgrond.

- Welke benaderingswijze en attitude heeft uw voorkeur bij de psychomotorische therapie van een patiënt met een conversiestoornis?

Steunend, structurerend.

- Kunt u iets vertellen over de resultaten die u als psychomotorisch therapeut heeft gehad bij een patiënt met een conversiestoornis?

Positieve resultaten: pt. met "dwarslesie" weer aan het lopen gekregen

Negatieve resultaten/ onveranderd beeld: pte met torti collis, (scheve nek) waarbij ze gooierende bewegingen maakt met haar hoofd, bonkte tegen de muur, bedrand. De eerste keer dat ik patiënte in de zaal had zijn we voorzichtig gaan badmintonnen, dit wilde ze proberen en het verliep uitstekend: pte was even klachtenvrij. Pte. ging hierna meer klachten ontwikkelen. Wilde niets meer doen, noch met mij noch met andere behandelaren. Pte. had een lange voorgeschiedenis, bewogen leven al achter de rug op haar 18^{de} jaar. Is na lange tijd naar huis gegaan, onveranderd beeld.

2^e casus: jong meisje, aanvankelijk opgenomen op ECPS, verdenking van schizofrenie

In het begin van opname enkele dagen mutistisch (stom), geen enkele actieve bewegingsmogelijkheid, eerder rigide bij passief bewegen. Na enkele dagen weer lopend, pratend, motorisch gb. Zij gaf aan alles van de voorgaande dagen te hebben meegekregen, wat er tegen haar gezegd werd, hoe omgeving op haar reageerde, etc.

Enkele maanden later: voor second opinion: ECT om haar uit het beeld te halen sloeg aan.

Na enige tijd weer herhaling van volledig op slot zitten. Ze weigerde verdere ECT behandeling. Volledig zorgafhankelijk. Na vele maanden in een verpleeghuis terecht gekomen.

- Aanvullingen en opmerkingen.

Summiere beschrijvingen, zie boven. Ik denk dat veel patiënten eerder op neurologie terecht komen en daarna bij de fysiotherapie.

Hoe langer het beeld bestaat, hoe slechter de prognose, volgens mij.

Vragenlijst 4:

- Persoonsgegevens:

Naam: Keilhacker Eva

Functie: PMT

Bedrijf: Kennemer Gasthuis, Haarlem

E-mail: keilhack@kg.nl

- Wat verstaat u onder een conversiestoornis?

Lichamelijke stoornis met psychische oorzaak; het weefsel is niet veranderd, wel de functie/het functioneren; patient denkt dat het lichamelijke oorzaak heeft

- Wat is uw ervaring als psychomotorische therapeut met conversiestoornissen?

Op de PAAZ zien wij vaker patiënten met conversiestoornis. Zij zijn vaak hardnekkig te behandelen;

- Welke modaliteit, oefen ervaren ontdekken, van de pmt heeft uw voorkeur bij de behandeling van conversiestoornissen en kunt u specificeren waarom deze modaliteit uw voorkeur heeft t.o.v. de andere?

Oefenen (en, minder, ervaren); de patiënten hebben geen inzicht in de psychische achtergrond en staan niet open voor inzichtgevend interventies;

- Welke methodiek is volgens u het meeste efficiënt bij de behandeling van een patiënt met een conversiestoornis, is dit lichaamsgerichte pmt of bewegingsgericht pmt en waarom?

Ik denk meer aan beweginggerichte methoden, maar lichaamsgericht kan ook wat effect hebben.

- Welke benaderingswijze en attitude heeft uw voorkeur bij de pmt van een patiënt met een conversiestoornis?

Vooral onderbieden, kleine/ kleinste stappen, waar de patiënt de controle over heeft/ mee mag bepalen; veel positief feedback;

- Kunt u iets vertellen over de resultaten die u als psychomotorisch therapeut heeft gehad bij een patiënt met een conversiestoornis?

Jaren geleden had ik een poliklinische patiënte met een conversiestoornis. De psychiater ried mij aan om vooral te onderbieden. Zij bewoog weinig. Maar met onderbieden kwam zij vrij snel tot veel meer beweging. Ik was toen erg verbaasd over het effect.

- Aanvullingen en opmerkingen.

Leuk dat er meer onderzoek naar wordt gedaan. Ik miste ook al een pmt bijdrage. Ik zou graag de scriptie willen lezen als zij klaar is. Succes!

Vragenlijst 5:

- Persoonsgegevens:

Naam: M.Kuipers

Functie: Psychomotorisch Therapeut

Bedrijf: Stichting Adhesie, GGZ Midden-Overijssel

E-mail: m.kuipers@adhesie.nl

- Wat verstaat u onder een conversiestoornis?

Een stoornis waarbij psychische klachten zich vertalen in lichamelijk disfunctioneren zonder dat daar een somatische aanwijsbare reden voor is, waarbij in het ernstigste geval sprake is van uitval, waardoor een patiënt bijvoorbeeld niet meer in staat is om te staan, lopen etc.

- Wat is uw ervaring als psychomotorische therapeut met conversiestoornissen?

Ik heb weinig ervaring met patiënten met deze stoornis. Slechts een patiënt die ter observatie kwam, en waarbij vastgesteld werd dat ze conversieverschijnselen had. En een patiënte die ik in behandeling had, waarbij niet zozeer sprake van conversie was, maar van psychosomatische klachten, die ernstige pijnklachten in rugklachten ervaarde en lichamelijk beperkt was in haar bewegen, terwijl er slechts een aan leeftijd inherente slijtage aan de rug te constateren was op somatisch vlak.

- Welke modaliteit, oefen ervaren ontdekken, van de pmt heeft uw voorkeur bij de behandeling van conversiestoornissen en kunt u specificeren waarom deze modaliteit uw voorkeur heeft t.o.v. de andere?

Ik denk dat dit in de praktijk niet strikt te scheiden is, echter, ik zou denk ik het accent leggen op ervaren. Juist door ergens "open" in te stappen en niet teveel druk te leggen op wat er moet of wat er niet moet, kan iemand zijn kracht (her)vinden en positieve ervaringen opdoen, zodat hij/zij weer vertrouwen in zichzelf (en haar/zijn lichaam) krijgt, waardoor psychische klachten en daarmee ook lichamelijke disfunctioneren kunnen verminderen.

Bij het oefenen zal er m.i. teveel nadruk liggen op dat iets moet (lukken), waardoor weerstand wellicht vergroot wordt, en klachten juist verergeren. Ontdekken is mogelijk te confronterend, maar een 2^e optie na ervaren.

- Welke methodiek is volgens u het meeste efficiënt bij de behandeling van een patiënt met een conversiestoornis, is dit lichaamsgerichte pmt of bewegingsgericht pmt en waarom?

Ik denk dat ook dit in de praktijk niet altijd onderscheiden kan worden. Ik vind het lastig daar een eenduidige keuze in te maken, aangezien het m.i. ook afhankelijk is van de patiënt, zijn draagkracht, ziekte inzicht etc. I

- Welke benaderingswijze en attitude heeft uw voorkeur bij de pmt van een patiënt met een conversiestoornis?

De patiënt zoveel mogelijk op zijn gezonde kant aanspreken. Juist niet benoemen dat iemand (wellicht) ergens niet toe in staat is, maar juist een beroep doen op iemands mogelijkheden, zodat patiënt positieve ervaringen kan opdoen, en weer vertrouwen krijgt en kracht vindt in zichzelf en zijn/haar lichaam.

- Kunt u iets vertellen over de resultaten die u als psychomotorische therapeut heeft gehad bij een patiënt met een conversiestoornis?

De patiënte die voor observatie kwam, deed een positieve ervaring op bij de pmt, doordat ik haar (niet in het bijzonder, maar voor de hele groep) iets had voorgesteld om uit te proberen, en ze de "uitdaging" aanging, zonder dat er een druk op lag. Ze merkte dat ze tot meer in staat was, dan ze verwacht had en gaf aan dat haar dat vertrouwen in haar lichaam gaf.

Aangezien patiënte na observatie elders in behandeling is gegaan, kan ik over het verdere verloop geen uitspraken doen.

Verder heb ik zoals eerder genoemd, een patiënte in behandeling gehad met psychosomatische klachten. Ik weet niet of je ook naar deze info opzoek bent, en of het aanvulling is, maar ik zal het e.e.a. erover beschrijven.

Deze patiënte had duidelijke lichamelijke beperkingen en pijnklachten waarvoor geen somatisch aanwijsbare reden was. Deze patiënte heeft tijdens een langdurend pmt-traject van ruim 1,5 jaar, vorderingen gemaakt. Pijnklachten leken duidelijk samen te hangen met haar moeite om op een passende manier op te komen voor zichzelf grenzen te stellen, en hulp te vragen. Ze was erg bang de ander te kwetsen, waardoor ze op zo'n manier handelde dat ze zichzelf tekort deed. Door zowel in contact met de ander als op fysiek vlak, haar (on)mogelijkheden te laten onderzoeken, herkennen en erkennen, werd mw. letterlijk en figuurlijk sterker en gaf ze aan minder (pijn)klachten te ervaren.

Verder heb ik geen ervaringen op dit vlak.

- Aanvullingen en opmerkingen.
Geen.

Vragenlijst 6:

- Persoonsgegevens:

Naam: Koos Kok

Functie: PMT-er

Bedrijf: De Gelderse Roos (GGZ)

E-mail: k.kok@degelderseroos.nl

- Wat verstaat u onder een conversiestoornis?

Volgens de DSM een stoornis met een of meer symptomen of uitvalsverschijnselen van de willekeurige motorische of sensorische functies.

- Wat is uw ervaring als psychomotorische therapeut met conversiestoornissen?

Ik heb meerdere malen te maken gehad met cliënten met een conversiestoornis. Meestal mensen die in een rolstoel zitten en denken dat ze niet meer kunnen lopen, terwijl daar geen medische verklaring voor is.

- Welke modaliteit, oefen ervaren ontdekken, van de pmt heeft uw voorkeur bij de behandeling van conversiestoornissen en kunt u specificeren waarom deze modaliteit uw voorkeur heeft t.o.v. de andere?

Bewegingsgerichte pmt. Oefenvormen met de bal in de groep, met nieuwe ervaringen. Ook vraag ik veel wat de patiënt zelf wil en kan. Veelal zijn dat ontspanningsoefeningen op muziek. De beste motivatie is als dat vanuit de patiënt komt, wanneer deze niet gemotiveerd is lukt het niet. Ook is veel steun van het team nodig, mn de psychiater is erg belangrijk in deze.

- Welke methodiek is volgens u het meeste efficiënt bij de behandeling van een patiënt met een conversiestoornis, is dit lichaamsgerichte pmt of bewegingsgericht pmt en waarom?

Bewegingsgerichte pmt heeft mijn voorkeur, het lichaamsgerichte heeft al een zware lading. Het voelt ook gevoelsmatig zo. Bij bewegingsgericht werken komt het lichaamsgerichte vanzelf ook wel ter sprake. Ontspanning en plezier doet ook wonderen. En effecten zijn moeilijk te meten. Dat is ook zo voor medicatie. De effecten zitten ook in de lange termijn.

- Welke benaderingswijze en attitude heeft uw voorkeur bij de pmt van een patiënt met een conversiestoornis?

Mijn attitude is niet anders dan bij andere patiënten. Ik neem ze serieus, en behandel ze hetzelfde als alle anderen. In mijn benadering leren de mensen van ervaren.

- Kunt u iets vertellen over de resultaten die u als psychomotorische therapeut heeft gehad bij een patiënt met een conversiestoornis?

De resultaten waren meestal wel goed. Mensen die weer stapje voor stapje uit de rolstoel kwamen en weer gewoon lopen. Nog wel lang in nazorg blijven, maar niet meer terugvallen. Maar niet altijd lukt het tijdens de opname. Ik verwacht dan ook geen wonderen. Later zie ik mensen weer eens terug en dan lopen ze weer, met een big smile.

- Aanvullingen en opmerkingen.

Geen.