

‘Een schreeuwend lichaamssignaal’.



PMT module voor mensen met chronische pijnklachten.

Auteur: Céline Scholten.

Begeleidend docent: Ad van de Ven.

Beoordelend docent: Maurits Uijting.

Christelijke Hogeschool Windesheim.

Psychomotorische Therapie & Bewegingsagogie.

8 juli 2010.

Iedereen kent het wel, van die zeurende pijn, wanneer je met je kleine teen ergens tegenaan stoot. Of kloppende hoofdpijn, na een lange en drukke werkdag. Vaak hebben we hier even last van en dan zakt de pijn wel weer. Of we nemen een aspirine, om de pijn niet te hoeven voelen.

Maar hoe is dat voor mensen met chronische pijn? Zij hebben dag in, dag uit last van pijnklachten, die niet meer te verhelpen zijn door een tabletje.

Chronische pijn is een stoornis, waarbij de pijnklachten langer dan 6 maanden aanhouden. Iedereen kan het krijgen, wanneer de balans tussen activiteit en rust verstoord is geraakt, en/of als gevolg van een ziekte of letsel, wat is overgebleven na een ongeval.

In verschillende revalidatiecentra worden behandelingen aangeboden, voor chronische pijnpatiënten. Zo ook op het revalidatiecentrum 'Het Roessingh', in Enschede.

In dit artikel zullen we de huidige behandeling van chronische pijnpatiënten op 'Het Roessingh' bekijken, want uit onderzoek van het PON, kennis in uitvoering in 2007, is gebleken dat het huidige revalidatieprogramma geen optimale resultaten boekt.

Uit interesse voor het onderwerp en een afstudeeropdracht voor school, is een onderzoek ontstaan; op welke wijze PMT, met de ontwikkeling en uitvoering van een concrete PMT module, een bijdrage kan leveren aan het revalidatieprogramma van mensen met chronische pijn op het Roessingh.

Bij het beantwoorden van deze vraag, spelen verschillende factoren een rol. Door al deze factoren kritisch te bekijken, kan bepaald worden op welke wijze PMT een bijdrage kan leveren aan de huidige behandeling.

Allereerst zal de algemene informatie over 'Het Roessingh' en de afdeling bewegingsagogie worden beschreven. Daarna zal worden gekeken naar de huidige behandeling, van chronische pijnpatiënten op 'Het Roessingh'.

Wanneer de huidige behandeling duidelijk is, wordt een eventueel gemis van PMT binnen deze behandeling onderzocht.

Het revalidatiecentrum 'Het Roessingh'.

Wat is: 'Het Roessingh'?

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

'Het Roessingh' is gespecialiseerd in het behandelen en begeleiden van mensen met problemen in het houdingsbeeld of in het bewegingspatroon (<http://rcr.roessingh.nl>).

Het revalidatieprogramma is verdeeld over 3 groepen, namelijk de volwassenrevalidatie, kinderrevalidatie en pijnrevalidatie.

Patiënten met chronische pijnklachten en chronische vermoeidheid, die niet meer op een andere medische wijze geholpen kunnen worden, komen in aanmerking voor de pijnrevalidatie op 'Het Roessingh'.

Alle revalidatiebehandelingen op 'Het Roessingh', zijn multidisciplinair. In **figuur 1** ziet u een overzicht van de verschillende behandelaren op 'Het Roessingh'.

Omdat er ook problemen kunnen ontstaan op andere gebieden, zoals school, werk en sociaal functioneren, is het belangrijk dat er verschillende disciplines betrokken zijn bij de behandeling.

De huidige multidisciplinaire behandelteams, zijn diagnose gebonden. Op 'Het Roessingh' zijn deze behandelteams onderverdeeld over 6 RVE's (resultaat verantwoordelijke eenheden). Een groep van behandelaren, revalidatieartsen en verplegers/verzorgers worden in deze RVE's aangestuurd door een procesmanager en een medisch coördinator.

(<http://rcr.roessingh.nl/het-roessingh/organisatie.html>)

Figuur 1. Behandelaren.

-  Activiteitentherapeut.
-  Arbeidsrevalidatie.
-  Bewegingsagoog.
-  Creatief therapeut.
-  Diëtiste.
-  Ergotherapeut.
-  Fysiotherapeut.
-  Geestelijke verzorger.
-  Logopedist.
-  Maatschappelijk werker.
-  Orthopedagoog.
-  Pedagogische medewerker.
-  Psycholoog.
-  Revalidatiearts.
-  Verpleegkundige.

Tijdens een wekelijks ochtend overleg, RVE gebonden, is er de mogelijkheid om bijzonderheden over de patiënten te vermelden of vragen te stellen aan de desbetreffende revalidatiearts. Eens in de 4-6 weken vindt er ook nog een IDO plaats. Deze IDO's zijn patiëntgebonden. Tijdens een IDO wordt er specifiek gekeken naar de behandeling van de patiënt die op dat moment gepland staat. De verschillende behandelaars en de revalidatiearts, wisselen tijdens deze IDO's informatie met elkaar uit over het proces van de patiënt. Zo blijft iedere behandelaar op de hoogte over het proces en de doelen waaraan gewerkt zal worden.

Behandelvormen voor chronische pijn.

Er zijn 2 verschillende behandelvormen binnen de pijnrevalidatie; een individuele behandelvorm en groepstherapie. De groepsbehandeling bestaat uit maximaal 6 deelnemers en 1 therapeut. Vanaf 18 jaar, kunnen zowel vrouwen als mannen worden aangemeld voor deze behandelgroep.

Bij de 3-daagse klinische groepsbehandeling, duurt het programma 8 weken, bij de 5-daagse klinische groepsbehandeling duurt het programma 14 weken.

De 3-daagse klinische groepsbehandeling vindt van maandag t/m woensdag, of van woensdag t/m vrijdag plaats. De andere dagen van de week, kunnen de deelnemers de geleerde stof, thuis toepassen.

De 5-daagse klinische groepsbehandeling is een week op- week af programma. De ene week zijn de deelnemers 5 dagen aanwezig, de daarop volgende week zijn ze thuis.

(<http://rcr.roessingh.nl/pijnrevalidatie/kliniek.html>)

Alle behandelingen zijn gericht op de vermindering van de beperkingen, die pijn en vermoeidheid met zich mee brengen en op de invloed van pijn en vermoeidheid op het leven. Daarbij is het uitgangspunt dat de revalidant weer zo goed mogelijk kan deelnemen aan de maatschappij.

Hoe werkt de afdeling bewegingsagogie?

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

Het doel van de bewegingsagogische behandeling, is om mensen inzicht te geven in hun eigen handelen en (bewegings)mogelijkheden, door zoveel mogelijk ervaringsgericht activiteiten aan te bieden.

De bewegingsagogie wordt ook ingezet om systematisch en bewust het bewegen en het daarbij passende gedrag te beïnvloeden. Volgens een cognitieve gedragstherapeutische insteek, wordt geprobeerd de patiënten inzicht te geven in hun mogelijkheden. Door ervaringsgerichte oefeningen, proberen de bewegingsagogen bewustwording te creëren in het handelen van de deelnemers. Het gaat erom, dat de patiënten leren omgaan met hun beperking. (Bron: Brochure chronische pijnklachten; <http://rcr.roessingh.nl/PDF/Pijnrevalidatie.pdf>).

Aan het einde van de behandeling, krijgen alle revalidanten nog een eindgesprek. Tijdens dit gesprek,

wordt er een sportadvies afgegeven aan de revalidant. Dit advies bevat een aanbeveling voor een sport, waarmee de revalidant verder zou kunnen gaan. Het doel van dit advies is om de revalidanten te stimuleren om te blijven bewegen, ook na de behandeling.

Figuur 2. Activiteiten.

-  Bewegen op muziek.
-  Conditietraining.
-  Functionele trainingstherapie.
-  Judo en stoeivormen.
-  Nordic Walking.
-  Rolstoeltraining.
-  Spinbiken.
-  Valtraining.
-  Zandsport.
-  Zwemmen.

Hoe ziet de huidige behandeling van chronische pijnpatiënten op 'Het Roessingh' eruit?

De individuele patiënten, maar ook de patiënten in groepen, nemen deel aan verschillende activiteiten. Zie **figuur 2**. Het activiteitenaanbod verschilt per doelgroep. Zo krijgt de pijnrevalidatie maar een deel van de activiteiten.

Het programma voor de groepsbehandeling van de pijnrevalidatie staat vast. Gedurende 8 weken, nemen zij deel

aan een zwemactiviteit, een zaalsport en het wandelen & fietsen programma.

Tijdens de zaalsport worden er verschillende sporten aangeboden, gedurende een uur lang. Hierin zit een geleidelijke opbouw in belastbaarheid. Te beginnen met een lage belastbaarheid, opgebouwd tot een activiteit met een hoge belastbaarheid.

Tijdens de activiteit observeert de bewegingsagoog het houdingsbeeld en de motoriek (bewegingsbeeld) van de revalidanten. Door de opbouw in modaliteiten (ontmoeten, leren, sparren), worden de deelnemers uitgedaagd te stoeien met hun ervaringen. Hierdoor worden de deelnemers zich bewust van hun lichaam en lichaamssignalen, waardoor ze deze de volgende keer kunnen herkennen.

Bij de zwemactiviteit, wordt in de eerste weken terug gegaan naar de basis van de school- en rugslag. Binnen deze activiteit, is het belangrijk voor de deelnemers om te ervaren waar hun basisniveau ligt qua belastbaarheid. Om de belastbaarheid te kunnen vergroten, staat een groot gedeelte van de training in het teken van conditieopbouw.

De laatste activiteit van de behandeling is het wandelen & fietsen programma. Centraal staat binnen deze activiteit, de bewustwording van het eigen lichaam. Ook bij deze oefening is het belangrijk dat de patiënten op hun basisniveau beginnen, om tot eventuele conditieverbetering te kunnen komen. Het belangrijkste doel van deze activiteit, is dat de deelnemers op tijd hun grenzen leren aangeven en een balans terug vinden tussen het aangaan van activiteiten of het inlassen van rustpauzes.

Het uitgangspunt voor het pijn revalidatieprogramma is het bio-psycho-sociaal model. De behandeling richt zich op de verschillende factoren, die van invloed zijn op de pijn. Er wordt veel gewerkt met bewegingsgerichte activiteiten en het zoeken van mogelijkheden, om te leren leven met de pijn (Bron: Roessingh protocol)

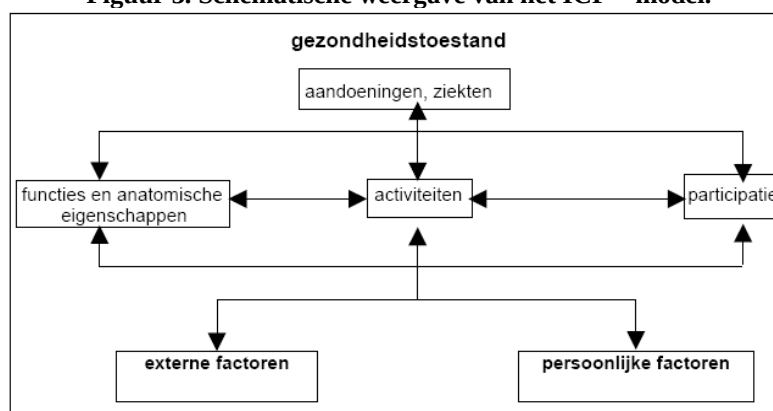
Wat mist de behandeling van chronische pijn nog op 'Het Roessingh'?

Bij de bewegingsagogie gaat het erom de bestaande kwaliteiten en mogelijkheden van de deelnemer te stimuleren en ontwikkelen.

Psychomotorische therapie handelt volgens het ICF-model. Het ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) is een model dat ontwikkeld is door de WHO (World Health Organization).

Het ICF-model is een raamwerk van verschillende gebieden, die bij elkaar een begrippenapparaat vormen. Het model geeft het menselijk functioneren en de problemen die daarbij optreden weer. Het menselijk functioneren wordt gezien als een dynamische wisselwerking, tussen verschillende factoren die samenhangen met de ziekte of aandoening en externe en interne factoren (Van der Meijden- van der Kolk, H. & Bosscher, R.J., 2007)

Figuur 3. Schematische weergave van het ICF – model.



(Bron: Van der Meijden- van der Kolk, H. & Bosscher, R.J., 2007)

De PMT houdt zich bezig met het doen verminderen of wegnemen van de psychische of psychosociale problemen, door te werken binnen de verschillende gebieden van het ICF-model.

PMT richt zich op de persoon met een hulpvraag met als doel het persoonlijk evenwicht van de cliënt in zijn totale functioneren te verbeteren (Van der Meijden- van der Kolk, H. & Bosscher, R.J., 2007) Bij de huidige behandeling van de chronische pijnpatiënten op het Roessingh zijn sommige patiënten maar tijdelijk geholpen. Na de behandelperiode, zijn de patiënten weer op zichzelf aangewezen. Ze hebben een aantal handvatten meegekregen waar ze mee verder kunnen, maar ze komen in exact dezelfde omgeving terug, als waar ze uitkwamen.

Onderzoek naar de resultaten van de huidige behandelprogramma's op het Roessingh toont aan dat de meeste revalidatieprogramma's geen optimale resultaten boeken (Mes, C. (2007) PON, kennis in uitvoering. *Richtlijnen voor verbetering van revalidatieprogramma's voor chronische pijn*). De pijn schijnt bij een groot deel van de patiënten te zijn afgenomen, maar 40-60% van de patiënten heeft geen verschil gemerkt en minder dan 5% van de patiënten heeft verergering van de klachten ondervonden (C. Mes, 2007).

Volgens het onderzoek kunnen er verschillende oorzaken zijn, die zorgen dat de behandeling niet optimaal is. De 3 redenen die worden gegeven zijn (Proefschrift C. Mes (2007):

1. De bestaande behandelprogramma's sluiten niet aan bij de individuele problemen, kenmerken en behoeftes van de patiënten.
2. Er zijn mislukkingen in het programma of de theorie die zijn gebruikt bij het ontwikkelen van het bestaande behandelprogramma.
3. Of doordat therapeuten onvoldoende kennis of wetenschappelijke basiskennis hebben, over de oorzaken van chronische pijn en de onderhoudende mechanismen.

Volgens Carola Mes, medewerkster van PON instituut voor advies, onderzoek en ontwikkeling, zouden homogene diagnosegroepen gecreëerd moeten worden, om de therapie effectiever te laten zijn. Door het creëren van homogene groepen, kan de therapie beter worden afgestemd op de specifieke individuele problemen, kenmerken en behoeftes van de patiënten.

Doordat programmaontwikkelaars en programma-uitvoerders, foute en/of onvoldoende theorie gebruiken in het ontwerpen en uitvoeren van een behandelprogramma, kan de behandeling niet effectief zijn. Ook wanneer er onjuiste theorie wordt gebruikt om programmaresultaten uit te leggen. Door programma-evaluaties die niet alleen zijn gefocust op de resultaten van de therapie, maar die ook kijken naar de totstandbrenging en de onderliggende mechanismen van het programma, kan een effectiever behandelprogramma worden ontwikkeld.

Door een mis-match tussen de verwachte en de ervaren gevoeligheid van een angstige en pijnlijke gebeurtenis, ontstaat er een verschuiving in de pijnverwachting van een patiënt. (Arntz & Van den Hout, 1990)

Volgens C. Mes is het noodzakelijk de mis-match mechanismen te bestuderen in het dagelijkse leven van de patiënten, om zo een bijdrage te kunnen leveren aan de huidige kennis over de oorzaken en onderhoudende mechanismen van chronische pijn.

Zoals hierboven is beschreven, is de huidige behandeling van chronische pijnpatiënten op 'Het Roessingh' niet effectief genoeg. Dit komt doordat de behandeling op een aantal gebieden, nog verbeterd kan worden.

Op dit moment wordt er nog geen aandacht besteed aan het wegnemen van psychische en/of psychosociale klachten. Door de toevoeging van PMT aan de huidige behandeling, zouden deze klachten ook kunnen worden aangepakt. Het is belangrijk dat de psychosociale en/of psychische klachten worden weggenomen of verminderd, omdat deze onderhoudende factoren (kunnen) zijn van de pijnklachten.

Daarnaast sluit het huidige programma nog niet aan bij de individuele problemen, kenmerken en behoeftes van de patiënt. Nu worden de behandelgroepen nog niet diagnostisch samengesteld. Door wel homogene diagnosegroepen te stellen, kan de behandeling beter worden afgestemd op de behoeftes van de patiënten. Door een beter aangesloten programma, kan een effectievere behandeling tot stand komen.

Het huidige behandelprogramma wordt tot nu toe alleen geëvalueerd op de resultaten. Wanneer niet alleen de resultaten worden bekeken, maar ook de totstandkoming en de uitvoering van de behandeling, zou de behandeling op meerdere gebieden kunnen worden aangepast, zodat er een nog effectievere behandeling tot stand kan komen.

De therapeuten kunnen zich nog meer specificeren in de kennis over de oorzaken en de onderhoudende mechanismen van de patiënten. Op dit moment is deze kennis wel aanwezig, maar kan nog worden aangevuld. Als er een duidelijk beeld over de mechanismen van de patiënten is, kunnen therapeuten de behandeling toespitsen op die factoren die voor het individu van belang zijn. Zo ontstaat er wederom een beter afgestemd programma, wat effectiever zal zijn.

Door een gepaste PMT module te ontwikkelen, zouden veel van deze gebieden al kunnen worden aangepast. Het behandelprogramma kan worden afgestemd op een homogene diagnosegroep, waarbij de therapeut ook de mogelijkheid heeft, om zich te kunnen verdiepen in de mechanismen van de patiënten. Doordat het een vastgesteld programma is, kunnen ook de totstandkoming en de uitvoering van de module geëvalueerd worden.

PMT module.

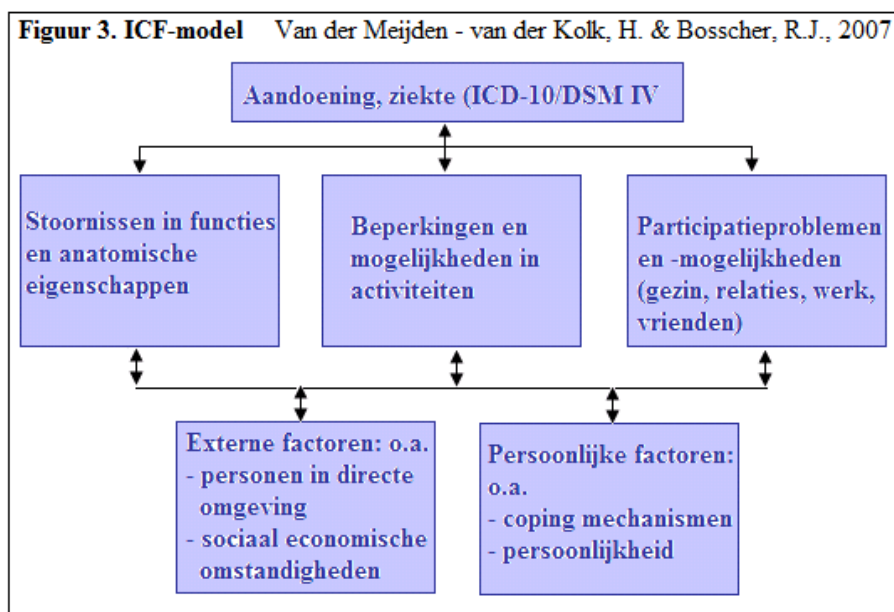
Behandeling volgens een methodisch raamwerk.

In het boek 'Psychomotorische therapie voor chronische pijn', (2007, H. van der Meijden & R. Bosscher) is een methodisch raamwerk ontwikkeld voor de ontwikkeling van een PMT module. Dit methodische raamwerk is opgebouwd uit verschillende probleemgebieden en daaraan gekoppelde thema's.

De probleemgebieden zijn afgeleid van de PMT classificatie-items bij chronische pijn in de ICF domeinen 'activiteiten' en 'participatie' (zie **figuur 3**). Er is gekozen voor deze domeinen, omdat hier de aangrijpingspunten voor de relationele lichaamsbeweging en het interactionele bewegen wordt beschreven. Het gaat in eerste instantie om de combinatie van de mogelijkheden en beperkingen van activiteiten met de mogelijkheden en beperkingen van participatie.

Volgens het methodisch raamwerk, is de PMT bij chronische pijnpatiënten onder te verdelen in 4 probleem gebieden; ondernemen van activiteiten, spanning & stress, lichaamsbeleving en interacties en sociale verbanden. Alle 4 de probleemgebieden komen in meerdere of mindere mate aan de orde bij mensen met chronische pijn en bieden mogelijkheden voor de PMT met als aangrijpingspunt bewegen en lichamelijkeheid. De probleemgebieden van mensen met chronische pijn zijn voor de behandeling met PMT te vertalen in aandachtsgebieden voor PMT. Voor ieder aandachtsgebied kunnen behandeldoelen worden opgesteld per cliënt of per cliëntgroep.

De invulling van de behandel mogelijkheden is afhankelijk van de visie en organisatie van de instelling. De behandelvisie van PMT moet worden afgestemd op de behandelvisie van de instelling. Zo kan het dus zijn dat niet alle aandachtsgebieden aan de orde zullen komen. (Bron: Van der Meijden - van der Kolk, H. & Bosscher, R.J., 2007)



Per aandachtsgebied zijn opeenvolgende fasen te onderscheiden in termen van thema's die in het psychomotorisch therapieproces achtereenvolgens aan de orde komen. De thema's zijn gekoppeld aan de genoemde ICF-items en per cliënt kunnen hierop doelen worden geformuleerd.

Ieder thema is voorzien van mogelijke methodische keuzes en theoretische oriëntaties.

Het is aan de therapeut om een zo passend mogelijk behandelprogramma op te stellen, rekening houdend met de mogelijkheden en beperkingen van de instelling en zichzelf.

(Van der Meijden - van der Kolk, H. & Bosscher, R.J., 2007)

Doelstelling van de PMT module.

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

Daarnaast zijn er ook nog concrete doelen. Deze worden gevormd en gekozen, aan de hand van de aandachtsgebieden. De doelen kunnen geformuleerd worden op groepsniveau en krijgen een plaats in het behandelplan.

Het aandachtsgebied 'interactie & communicatie' komt altijd aan bod, aangezien er wordt gewerkt in groepsverband.

Daarnaast kan er ook gewerkt worden aan persoonlijke doelen. Iedere patiënt krijgt bij binnenkomst een intakegesprek. Bij deze intake wordt een vragenlijst afgenomen, waarop de patiënt kan aangeven, aan welke persoonlijke doelen ze willen werken.

Er is gekozen voor deze indeling in doelstelling, om het programma zo goed mogelijk aan te kunnen laten sluiten bij de problematiek van de patiënten.

(Van der Meijden - van der Kolk, H. & Bosscher, R.J., 2007)

Referentiekaders.

De indeling van de activiteiten, passend bij de thema's, wordt opgevuld met verschillende referentiekaders. Niet alleen de cognitieve gedragstherapie zal worden gebruikt, maar ook psychodynamische therapie, systeemtherapie, en cliënt-centered therapie.

Door verschillende vormen van referentiekaders te gebruiken, gebruik je ook verschillende insteken om patiënten tot inzicht te laten komen.

Daarnaast wordt er ook gebruik gemaakt van psycho-educatie, in de PMT module. Deze psycho-educatie is afgestemd op de thema's. Zo kun je bijvoorbeeld denken aan stresstheorie, emotietheorie, seksualiteitstheorie en systeemtheorie. Door de kennis over de stoornis te vergroten en het leren begrijpen van de invloed en de gevolgen van de stoornis op het dagelijks leven en de omgeving, kan de patiënt een begin maken met de acceptatie van de stoornis.

Opzet van de module.

De module die ontwikkeld is, is een 12 wekend durend programma. Dit aantal bijeenkomsten is gebaseerd op de tijd die nodig is, om alle fasen aan bod te laten komen.

Er zijn 3 fasen die de patiënt moet doorlopen, om verandering in gedrag en handeling aan te kunnen brengen.

Fase 1. Verkennen en herkennen van problemen.

Fase 2. Oefenen met gedragsalternatieven en veranderende cognities op basis van de lichamelijke ervaringen.

Fase 3. Integreren van keuzes in een veranderend bestaan, gericht op participatie. En daar positieve belevingen bij ervaren.

De voorkeur van de behandelfrequentie is 1 keer per week, gedurende 1 uur lang. Er is gekozen voor deze behandelfrequentie, aangezien de patiënten maar 2,5 dag aanwezig zijn op 'Het Roessingh'. De patiënten hebben een vrij intensief programma gedurende deze 2,5 dag, aangezien ze ook nog andere vormen van therapie krijgen.

Om het planmatig ook allemaal mogelijk te maken is voor deze frequentie gekozen.

De groepsamenstelling vindt plaats op basis van diagnose. De behandelgroep bestaat uit patiënten met dezelfde diagnose. Dit mogen zowel mannen als vrouwen zijn, vanaf een leeftijd van 18 jaar.

Er is gekozen voor deze groepssamenstelling, omdat de behandeling beter afgestemd kan worden op een homogene diagnose groep, dan op een gevarieerde groep.

Het maximaal aantal deelnemer is 8, zodat de therapeut de groep nog kan overzien. Zodra er meerdere patiënten in 1 groep zouden zitten, kan de therapeut niet genoeg aandacht besteden aan alle patiënten, binnen de geplande tijd.

Er is gekozen voor een gesloten groep, die 12 weken met elkaar in behandeling zijn. Het is belangrijk dat de patiënten aan elkaar wennen en een vertrouwensband met elkaar opbouwen, omdat de patiënten zich veilig moeten voelen in de setting. Pas wanneer de patiënten zich veilig voelen, zijn ze in staat om te kunnen experimenteren met zichzelf en met de ander. (Van der Meijden - van der Kolk, H. & Bosscher, R.J., 2007)

Conclusie, discussie en aanbeveling.

Zoals jullie hebben kunnen lezen, is de huidige behandeling van 'Het Roessingh' niet optimaal. Dit zou volgens C. Mes (Proefschrift C. Mes 2007), te maken hebben met 3 verschillende onderdelen, namelijk:

1. De bestaande behandelprogramma's sluiten niet aan bij de individuele problemen, kenmerken en behoeftes van de patiënten.
2. Er zijn mislukkingen in het programma of de theorie die zijn gebruikt bij het ontwikkelen van het bestaande behandelprogramma.
3. Of doordat therapeuten onvoldoende kennis of wetenschappelijke basiskennis hebben, over de oorzaken van chronische pijn en de onderhoudende mechanismen.

De huidige behandeling van 'Het Roessingh', richt zich op de vermindering van de beperkingen, die pijn en vermoeidheid met zich mee brengen en op de invloed van pijn en vermoeidheid op het leven. Hierbij wordt gebruik gemaakt van een cognitieve gedragstherapie, die ondersteunt wordt met ervaringsgericht oefeningen.

Het uitgangspunt van de behandeling, is dat de patiënt leert omgaan met zijn beperking. De bewegingsagogie wordt daarbij ingezet om systematisch en bewust het bewegen en het gedrag te beïnvloeden.

Wanneer PMT aan de behandeling zou worden toegevoegd, zouden de tekortkomingen kunnen worden opgevuld.

Het behandelplan zou beter kunnen worden afgestemd op de individuele problemen, kenmerken en behoeftes van de patiënten, doordat er niet alleen een algemeen doel wordt gesteld, maar ook concrete doelen binnen de aandachtsgebieden en persoonlijke doelen.

Door de ontwikkeling van een PMT module, is er een mogelijkheid tot evaluatie van de voortgang en uitvoering van de behandeling. Dit zou kunnen leiden tot een beter ontwikkelde behandeling.

Daarnaast zou de efficiëntie van de behandeling kunnen worden vergroot, door therapeuten de oorzaken van chronische pijn en de onderhoudende mechanismen van patiënten te onderzoeken.

Hierdoor kan de therapeut doelgericht te werk gaan, wat betreft de vermindering van psychische en psychosociale problemen.

De patiënt zou een groter deel van de in stand houdende factoren kunnen beïnvloeden doordat er methodische keuzes en theoretische oriëntaties van de thema's bij de behandeling worden betrokken. Doordat de patiënt kennis heeft over de verschillende in stand houdende en/of verergerende factoren, kunnen deze bij ontslag alsnog beïnvloed worden. De patiënt heeft een ander copingmechanisme ontwikkeld, waardoor er eventueel een vermindering van klachten zou kunnen ontstaan.

Daarnaast is bewegingsagogie een bewegingsgerichte therapievorm. PMT echter, werkt zowel bewegingsgericht, als lichaamsgericht. Door de toevoeging van het lichaamsgerichte werken, leert de patiënt ook te kijken naar zichzelf. De lichaamsbewustwording wordt vergroot, waardoor de patiënt lichaamssignalen eerder herkent. Wanneer lichaamssignalen herkend worden, kan de patiënt de keuze

maken hier gehoor aan te geven of deze te negeren. De patiënt heeft nu een keuzemogelijkheid ontwikkeld, die er voorheen niet was.

Door daadwerkelijk ook een PMT module uit te voeren, zou achterhaald kunnen worden, of het echt een toevoeging zou zijn op de huidige behandeling. Daar moet wel een onderzoek aan gekoppeld worden, zodat er een vergelijking zou kunnen worden gemaakt, tussen een behandeling van chronische pijnpatiënten met PMT en een groep chronische pijnpatiënten zonder een PMT behandeling.

Het zou dan ook mooi zijn, dat dit onderzoek uitgevoerd zou worden, om zo de behandeling van mensen met chronische pijn op 'Het Roessingh' nog efficiënter te kunnen maken.

Literatuur.

Boek:

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

Proefschrift:

Mes, C. (2007) *IMPROVING NON-OPTIMAL RESULTS IN CHRONIC PAIN TREATMENT, A TRIPARTITE APPROACH*.

Gedownload van <http://www.hetpon.nl/actueel/persberichten/richtlijnen-voor-verbetering-van-revalidatieprogramma-s-voor-chronische-pijn/325>.

Artikel:

Mes, C. (2007) PON, kennis in uitvoering.

Richtlijnen voor verbetering van revalidatieprogramma's voor chronische pijn, van het internet gehaald op 5 maart, 2010 <http://www.hetpon.nl/actueel/persberichten/richtlijnen-voor-verbetering-van-revalidatieprogramma-s-voor-chronische-pijn/325>

Brochure:

Brochure chronische pijnklachten.

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

Internet:

Het Roessingh, centrum voor revalidatie.

<http://rcr.roessingh.nl/>

Informatie over auteur.

Dit artikel is geschreven door Céline Scholten. Zij is afstuderende aan de opleiding Psychomotorische therapie & Bewegingsagogie aan de Christelijke Hogeschool Windesheim, te Zwolle.

Zij heeft als stagiaire gewerkt op het revalidatiecentrum 'Het Roessingh', op de afdeling bewegingsagogie. Als bijna afgestudeerd en beginnend therapeut heeft zij hier gewerkt met de pijnrevalidatie.