

Door
Krista van Berkel

Begeleid door:
Linda Vrielink

Hartrevalidatie kent haar 'Grenzen'

Pionierende psychomotorische therapie

Psychomotorische therapie is een relatief nieuwe discipline binnen de hartrevalidatie. Het Centrum voor Revalidatie UMCG biedt het programma 'Grenzen' aan als onderdeel van de hartrevalidatie. Dit programma is gebaseerd op psychomotorische therapie. Binnen de hartrevalidatie in Nederland is het UMCG daarin een pionier. Tijd voor onderzoek: hoe ziet dit programma er uit en is het effectief?

In dit artikel ...

- ... een beschrijving van de inzet van psychomotorische therapie binnen de hartrevalidatie;
- ... de wisselwerking tussen denken, voelen en handelen in relatie tot het biopsychosociale model;
- ... een eerste inventarisatie van de resultaten van het programma 'Grenzen';

Inleiding

Patiënten met hartproblemen kunnen van het ene op het andere moment hun lichaam niet meer vertrouwen en moeten hun levensstijl rigoureus veranderen. Ze zijn beperkt in hun mogelijkheden en kunnen niet meer doen wat ze altijd gewend waren om te doen.

Beschouwend vanuit het biopsychosociale model (Engel, 1977) heeft het biologische aspect, de hartaandoening, ook gevolgen voor het psychische en sociale aspect. Psychische problemen kunnen ontstaan wanneer de stemming en de gedachten van de patiënt beïnvloed worden door het hartprobleem. Een voorbeeld hiervan zijn angstige gedachten met betrekking tot de toekomst. Sociaal gezien kunnen er problemen ontstaan wanneer de patiënt door bewegingsangst een inactieve levensstijl ontwikkelt. Als gevolg hiervan dunt het sociale netwerk uit, met als gevolg dat de patiënt zijn positie binnen de maatschappij verliest. Hartrevalidatie heeft als doel om op alledrie de aspecten verbetering te bewerkstelligen (Revalidatiecommissie Nederlandse Hartstichting/ Nederlandse Vereniging voor Cardiologie, 2004).

Psychomotorische therapie is binnen de hartrevalidatie nog vrij onbekend. Daardoor maakt het in de meeste revalidatiecentra geen deel uit van het behandelprogramma. Daar lijkt wel verandering in te komen. Zo heeft de psychomotorisch

therapeut veel terreinwinst geboekt bij de behandeling van patiënten met chronische pijnklachten (Van der Meijden-van der Kolk & Bosscher, 2007). Psychomotorische therapie maakt gebruik van lijfelijk voelen, bewegen, reflectie en ervaring. Door participatie van activiteiten worden nieuwe inzichten in het persoonlijk functioneren teweeg gebracht. Het Centrum voor Revalidatie UMCG maakt al vanaf begin jaren '90 gebruik van deze vorm van therapie, omdat gedrag en gedragsverandering belangrijke aspecten bleken te zijn in de behandeling van hartpatiënten. Bovendien was de aldaar werkende bewegingsagoog ook opgeleid als psychomotorisch therapeut.

Dit artikel beschrijft het programma Grenzen. Allereerst wordt de doelgroep beschreven en de theorie uiteengezet waarop het programma is gebaseerd. Daarna volgt de omschrijving van de inhoud van het programma. Ook zal een eerste inventarisatie van het effect van het programma Grenzen bij een zestal patiënten worden gepresenteerd. Het artikel besluit met een aantal aanbevelingen voor onderzoek naar psychomotorische therapie bij hartpatiënten.

Doelgroep

De patiënten die het programma Grenzen volgen, hebben allen een hartaandoening. Dit kan hartfalen zijn, waarbij de pompfunctie van het hart nooit meer optimaal zal zijn en de patiënt zich daaraan zal moeten aanpassen. De patiënt kan ook een hartinfarct en/ of hartoperatie hebben gehad, waarna het hart wel weer optimaal functioneert, maar de patiënt zijn levensstijl moet aanpassen om recidive te voorkomen. Tenslotte zijn er ook patiënten met hartritme stoornissen. Dit zijn stoornissen die nog regelmatig kunnen terugkeren. Vaak is het voor hartpatiënten moeilijk om signalen van

fysieke inspanning, zoals een verhoogde hartslag, snellere ademhaling, transpiratie etc., te onderscheiden van nieuwe hartklachten. Wanneer deze natuurlijke lichaamssignalen verkeerd worden geïnterpreteerd, kunnen de signalen angst oproepen en wordt als gevolg hiervan fysieke inspanning gemeden. De patiënt levert dan minder fysieke inspanning dan hij daadwerkelijk aan zou kunnen. Het tegenovergestelde kan ook gebeuren. Het kan gebeuren dat de patiënt zijn lichaamssignalen negeert, of niet kan herkennen. Hierdoor voelt de patiënt de waarschuwing van zijn lichaam niet en levert hij meer fysieke inspanning dan goed is voor het beschadigde hart. Omdat een beschadigd hart minder capaciteit heeft dan een gezond hart, zal dit onder meer tot vermoeidheid leiden. Deze twee typen hartpatiënten noemt men respectievelijk onderbieders en overbieders.

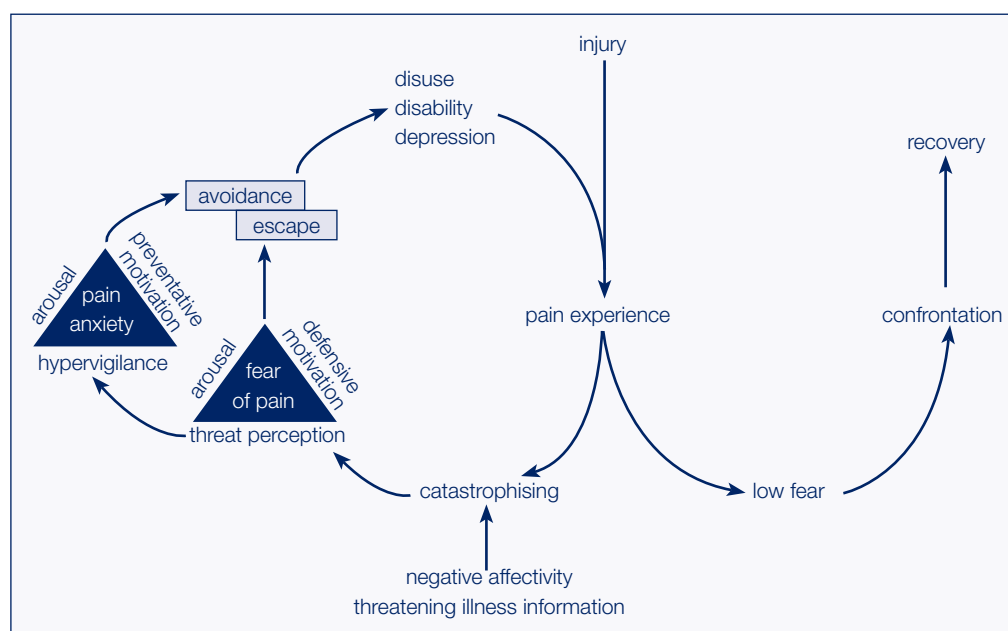
De inclusie en exclusie criteria die voor het programma Grenzen worden gehanteerd zijn als volgt:

- Inclusie criteria: verminderd zicht in eigen kunnen en mogelijkheden, vermindering van het subjectief inspanningsvermogen, discrepantie tussen het objectief en subjectief inspanningsvermogen, geen of onvoldoende inzicht in lichaamssignalen en het adequaat interpreteren daarvan en enige affiniteit met bewegen;
- Exclusie criteria: cognitieve functiestoornissen, ontkennen van de problematiek, ernstige lichamelijke beperkingen (voor deelname aan activiteiten), beperkte zelfreflectie en het ontbreken van ergometriegegevens.

Theorie

Inadequate coping mechanisms

Voor de patiënten die binnenkomen bij de hartrevalidatie geldt dat er sprake is van inadequate copingmechanis-



Figuur 1: Fear-avoidance model (Leeuw et al., 2007).

men. Ze gebruiken strategieën die ineffectief zijn om met het hartprobleem en de gevolgen daarvan om te gaan (Vakgroep Bewegingsagogie Centrum voor Revalidatie UMCG, 2010).

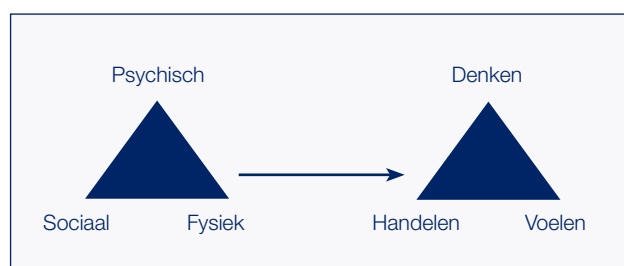
In figuur 1 komt duidelijk naar voren dat angstgedachten (vrees voor beweging/ letsel/ pijn) voortkomen uit pijn-ervaring. Door deze gedachten wordt het handelen van de patiënt beïnvloed: er ontstaat vermijdingsgedrag om zo de pijn minder te ervaren. Dit copingsmechanisme is echter inadequaat. Door minder te bewegen ontstaan er beperkingen van het lichaam en/of een depressie, wat weer pijnervaringen tot gevolg heeft. Terwijl een ander copingsmechanisme (geen vrees, maar confrontatie) voor herstel kan zorgen.

Uit onderzoek binnen de hartrevalidatie is gebleken dat de psychosociale problematiek voornamelijk betrekking heeft op angst voor inspanning en bewegen, het niet weten wat nog kan/ mag en op acceptatieproblematiek (Woudstra et al., 2008). De rationale van het programma Grenzen is daarom het aanleren van adequate copingsmechanismen op cognitief, emotioneel en gedragsmatig niveau.

Biopsychosociaal model

Eerder is al de rol van het biopsychosociale model genoemd in het uitleggen van de problematiek ervaren door hartpatiënten. In figuur 2 is te zien hoe het biopsychosociale model wordt vertaald naar psychomotorische therapie. De psychomotorisch therapeuten van het Centrum voor Revalidatie UMCG stellen 'psychisch' gelijk aan het denken. 'Sociaal' staat gelijk aan handelen, met betrekking tot de activiteiten die de patiënt onderneemt in zijn dagelijks leven waardoor hij deelneemt aan het maatschappelijk leven. Het fysieke aspect valt onder voelen. Hieronder valt alles wat de hartpatiënt voelt aan zijn fysieke lichaam in de vorm van lichaamssignalen (Vakgroep Bewegingsagogie Centrum voor Revalidatie UMCG, 2010).

Van der Meijden-van der Kolk & Bosscher (2007, p.14) hanteren de visie dat "adequaat functioneren de integratie betekent van voelen, denken en handelen". Zodra één van deze aspecten uit evenwicht raakt, zal dit consequenties



Figuur 2: Vertaling van het biopsychosociaal model naar psychomotorische therapie (bewerking van Woudstra et al., 2008).

hebben voor het functioneren van de patiënt. Deze drie facetten van het menselijk gedrag worden volledig gebruikt in het programma Grenzen.

Inhoud programma

Het doel van het programma Grenzen is het leren luisteren en adequaat interpreteren van de lichaamssignalen en het leren om keuzes te maken op basis van die lichaamssignalen. De inadequate copingsmechanismen van de patiënt moeten plaats maken voor adequate coping. Wanneer de patiënt goed kan luisteren naar zijn eigen lichaam, kent hij zijn grenzen voor fysieke inspanning. Met als resultaat dat hij zich kan en durft in te spannen tot zijn somatische grens, waardoor de patiënt zijn fysieke beperkingen minimaliseert (Vakgroep Bewegingsagogie Centrum voor Revalidatie UMCG, 2010).

In het programma Grenzen worden zowel lichaamsgeoriënteerde als bewegingsgeoriënteerde methodieken toegepast: lichaamsbewustwording (45 minuten, waarbij het eerst kwartier gebruikt wordt voor psycho-educatie en de overige 30 minuten voor adem- en ontspanningsoefeningen), bewegingsgerichte therapie (twee keer 45 minuten) en cardiofitness (45 minuten). De psychomotorisch therapeut begeleidt het hele programma. Het programma betreft twee dagdelen per week in een open groep van maximaal acht patiënten. De lichaamsbewustwordingsoefeningen en psycho-educatie worden aangeboden in een groepsgesprekruimte. In deze ruimte kan men gebruik maken van een whiteboard, (lig-)stoelen en/ of matjes op de grond. De bewegingsgerichte therapie vindt plaats in de sporthal waar een ruim assortiment aan sportmaterialen beschikbaar is. In de fitnessruimte maakt de patiënt alleen gebruik van cardio-apparatuur, te weten een roeiapparaat, loopband, hometrainer, cross-trainer en cruiser.

Psycho-educatie

In het programma is er ruimte voor psycho-educatie rondom het thema lichaamsbewustwording. Hierbij worden onderwerpen besproken als herkennen van lichaamssignalen, angst, stress, hartproblematiek en inspanning, trainingsprincipes en belasting/ belastbaarheid. Er is sprake van een interactionele sfeer, waarbij patiënten ook zelf voorbeelden kunnen geven uit het dagelijks leven of in gesprek raken met elkaar over het thema. Het doel hiervan is de patiënt meer inzicht te geven in de wisselwerking tussen denken, voelen en handelen waarbij het accent ligt op het denken. Deze informatie kan de patiënt zelf proberen toe te passen binnen de andere aspecten van het programma.

Lichaamsbewustwording

Adem- en ontspanningsoefeningen volgens de methoden van Van Dixhoorn (1998) en Jacobson (1938) voeren de

boventoon bij de lichaamsbewustwording. Tijdens de oefeningen ligt de nadruk op het voelen van het lichaam: letten op lichaamssignalen als ademhaling, veranderingen in spierspanning, drukpunten, etc. Het doel is hierbij om lichaamssignalen te verkennen en te herkennen in een oefening en deze adequaat te interpreteren.

Bewegingsgerichte therapie

Binnen de bewegingsgerichte therapie wordt gebruik gemaakt van twee behandelstrategieën: het ervaren en het oefenen. Bij het ervaren ligt de nadruk op het opdoen van (nieuwe) lichamelijke ervaringen, waardoor het gedragsrepertoire van de patiënt verkend wordt en uitgebreid kan worden. Tijdens het oefenen leert de patiënt nieuw passend gedrag te ontwikkelen en eigen te maken. In het begin van de therapie staat ervaren op de voorgrond om de patiënt bewust te maken van zijn gedrag, het handelen. Hierbij doorloopt de patiënt de cyclus van het verkennen (wat doe of kan ik), herkennen (doe of kan ik dat ook in andere situaties) en erkennen (is dit helpend gedrag of moet dit anders) van zijn gedrag. Ook wordt aandacht besteed aan het leren herkennen van zijn somatische grenzen (de fysieke grenzen, als gevolg van de ziekte, die de patiënt belemmeren om deel te kunnen nemen aan de activiteit). Wanneer blijkt dat ander gedrag wenselijk is, dan kan daarmee geoefend worden op basis van lichaamssignalen. Dit houdt in dat de patiënt, naast doorgaan en stoppen, leert om aanpassingen te maken. In het begin zal de therapeut dit structureren en leert de patiënt experimenteren met gedragsalternatieven. Uiteindelijk is het streven dat de patiënt zelf leert structureren en niet afhankelijk is van de therapeut om te veranderen in gedrag.

Tijdens een badmintonpartij is meneer A. behoorlijk fanatiek. Na tien minuten zijn alle lichaamssignalen van vermoeidheid duidelijk zichtbaar, maar meneer A. blijft doorgaan om de partij te winnen. Dan vraagt de therapeut aan meneer A. of ze een pauze zullen inlassen. Nu hij stilstaat, merkt meneer A. dat hij eigenlijk te ver is gegaan, want hij is behoorlijk vermoeid en is erg blij met een pauze. Tijdens het spel had hij dat niet in de gaten. Ze spreken af dat de therapeut het spel vervolgens om de twee minuten stillegt, om te letten op lichaamssignalen en te beslissen of ze fanatiek zullen doorgaan, rustig over gaan spelen of pauze moeten houden. Zo leert meneer A. eerst via de therapeut om stil te staan bij zijn lichaamssignalen. Na een paar weken kan hij zelf op tijd aangeven dat hij het rustiger aan wil doen.

Cardiofitness

Cardiofitness valt ook onder de bewegingsgeoriënteerde methodiek. Doordat de psychomotorisch therapeut de cardiofitness begeleidt, wordt de cardiofitness anders

benaderd dan onder begeleiding van de fysiotherapeut. Het hoofddoel van de cardiofitness is dan niet om het uithoudingsvermogen te verbeteren, maar om de patiënt in een individuele setting te laten oefenen met het (her)kennen van lichaamssignalen. Er is geen standaard trainingsprogramma, de patiënt zelf bepaalt aan de hand van zijn lichaamssignalen hoe zijn training eruit ziet. Hierbij wordt het begrip 'vorm van de dag' veelvuldig gebruikt, omdat het per dag kan verschillen hoe de patiënt zich voelt. Daar past vervolgens een zware, matige of lichte training bij. Ook wordt de kennis van de vermoeidheidsklachten na de vorige fitness-training gebruikt. Deze methode wordt binnen het Centrum voor Revalidatie UMCG 'zelfmanagement' genoemd.

Transfer

Om de transfer naar het dagelijks leven van de patiënt te bevorderen, wordt daar in het programma veelvuldig aandacht aan besteed. Wanneer er bijvoorbeeld tijdens de bewegingsgerichte therapie is geoefend met het inlassen van pauzes om een activiteit beter en langer vol te kunnen houden, wordt dit ook een aandachtspunt van de patiënt om thuis uit te proberen. Ook is het de bedoeling dat de patiënt de oefeningen van de lichaamsbewustwording thuis blijft oefenen. Voor velen is het moeilijk om stil te kunnen staan bij wat je voelt in je lichaam; het is een vaardigheid die veel tijd en oefening vergt.

Mevrouw B. komt vandaag vermoeid aan bij de therapie. Gisteren heeft ze namelijk in de tuin gewerkt. Hoewel de tuin er goed van is opgeknapt, was het eigenlijk toch best veel werk. Maar het was zo'n mooi weer en de tuin was al zo lang niet gedaan, dat het echt even moest. Binnen de psycho-educatie kunnen we de vraag stellen waarom de tuin in één keer gedaan moest worden en van wie dat moest? In de zaal gaan we aan de slag met een basketbalactiviteit in combinatie met het voelen van lichaamssignalen. Mevrouw B. leert dat niet alles in één keer af hoeft en dat je een activiteit langer kan volhouden wanneer je op tijd je rust neemt. Dit zal ze thuis gaan oefenen met huishoudelijke klussen.

Elke patiënt stelt aan het begin van het programma zijn doelen om aan te werken. Deze doelen moeten uiteraard iets te maken hebben met het thema grenzen. Het kan voorkomen dat patiënten dezelfde doelstellingen hebben om aan te werken binnen het programma, maar ze kunnen ook verschillen. Vooral tussen onderbieders en overbieders zullen de doelstellingen niet gelijk zijn. Binnen de verschillende onderdelen van het programma werkt de patiënt aan zijn eigen doelen. Dit neemt niet weg dat de patiënt ook kan leren van doelen van de andere patiënten, maar de nadruk ligt op de persoonlijke doelen. Die persoonlijke doelstellingen vormen de graadmeter voor de vorderingen van de patiënt.

Inventarisatie resultaten

Hoewel dit programma al een aantal jaar wordt aangeboden aan de hartpatiënten van het Centrum voor Revalidatie UMCG, is er nog geen onderzoek gedaan naar effectiviteit. Om die reden is er een eerste inventarisatie gedaan onder zes hartpatiënten. Zij hebben na het volgen van het programma Grenzen een vragenlijst ingevuld om erachter te komen of de doelstellingen behaald zijn en wat het effect is op het dagelijks functioneren. Met dagelijks functioneren worden de activiteiten bedoeld die de patiënt uitvoert in zijn thuissituatie, op zijn werk en in zijn vrije tijd. Ook het onderhouden van sociale contacten valt hieronder.

Methode van inventarisatie

Wanneer de patiënt voor de laatste keer het programma bijwoont, is er een (door de auteur opgestelde) open vragenlijst afgenomen. De patiënten moeten persoonsgegevens invullen (leeftijd, geslacht, hartaandoening, eventueel eerder gevolgde revalidatie). Daarnaast bevat de vragenlijst een aantal vragen over de doelstellingen (welke, of ze veranderd zijn, of ze behaald zijn). En ten slotte de vraag of er gedragsverandering is opgetreden en in welke aspecten van het dagelijks leven dit merkbaar is. Deze vragenlijsten zijn uiteindelijk per patiënt verwerkt door middel van het geordende schoenendoosmodel (Harinck, 2007).

Patiëntgegevens

In tabel 1 worden de persoonsgegevens van de patiënten gepresenteerd. Hierbij moet vermeld worden dat één patiënt ruim twee jaar geleden het programma Grenzen al vier weken gevolgd heeft binnen het Centrum voor Revalidatie UMCG (vrouw, 50 jaar).

Doelstellingen

Vier van de zes patiënten wilden hun grenzen leren kennen, één patiënt wilde leren omgaan met beperkte energie

en één patiënt wilde leren omgaan met zijn angst voor recidiviteit. Deze laatste patiënt was de enige onderbieder. Vier patiënten hebben hun doelstelling binnen vier weken behaald, één patiënt in acht weken, één in negen weken. Daarbij heeft één patiënt aangegeven dat het programma tekort schoot op het emotionele aspect: het omgaan met emotionele grenzen. Hier ligt voor de psychomotorisch therapeut de uitdaging om meer aandacht te geven aan emoties van de hartpatiënten. De patiënten behalen de doelstellingen die gericht zijn op het fysiek functioneren door grenzen te leren kennen en het gedrag zo aan te passen dat de energie optimaal wordt verdeeld over de dag.

Gedragsveranderingen

Vijf van de zes patiënten gaven aan dat er naar aanleiding van het programma een gedragsverandering had plaatsgevonden binnen de thuissituatie, werk, vrije tijd en/ of bij het onderhouden van sociale contacten. De gedragsveranderingen zijn te bundelen onder de noemer 'eerst stilstaan, dan een beslissing maken, daarna pas handelen'. Uit de antwoorden spreekt dat de patiënten meer rust nemen om tot een gepaste keuze te komen voor gedrag. Voor één patiënt gold niet dat het geleerde van het programma Grenzen al tot een gedragsverandering heeft geleid. Hoewel hij te spreken was over de leerzaamheid van het programma, was zijn deelname nog te kort om het te verweven in het dagelijkse patroon.

Conclusie

De resultaten uit deze inventarisatie pleiten voor een positieve bijdrage van het programma Grenzen. Niet alleen de onderbieder, maar ook de overbieders hebben hun doelstellingen (gedeeltelijk) behaald en daarnaast hebben ze hun gedrag aangepast in het dagelijkse leven. Hieruit blijkt dat de wisselwerking tussen denken, voelen en handelen weer in evenwicht is bij deze hartpatiënten.

Tabel 1. Patiëntgegevens.

Geslacht	Leeftijd	Leerdoel	Diagnose gesteld sinds	Leerdoel behaald in
V	50	Leren omgaan met beperkte energie	3 jaar	4 weken
M	53	Onder controle krijgen vermoeidheid*; Grenzen leren kennen en aangeven	4 jaar	8 weken
M	64	Omgaan met angst; Weer normaal functioneren in de samenleving	2 maanden	9 weken
M	55	Grenzen vooraf herkennen	6 jaar	4 weken
M	47	Grenzen verkennen	1 jaar	4 weken
M	63	Leren kennen van grenzen	3 maanden	4 weken

* Vermoeidheid bleek niet door hartproblematiek te zijn ontstaan (sarcoïdose)

Aanbevelingen onderzoek

Omdat onderzoek naar het effect van psychomotorische therapie bij hartpatiënten nog geheel ontbreekt, is in dit artikel een eerste inventarisatie gedaan. Het is van belang voor de positie van psychomotorische therapie binnen de hartrevalidatie om dit onderzoek grootschaliger op te zetten. Niet alleen is het belangrijk om meer patiënten te includeren, maar ook om de patiënten langer te volgen zodat er meer zekerheid bestaat over blijvende gedragsverandering. Hierbij valt te overwegen om de patiënten enkele maanden na het volgen van het programma nogmaals een vragenlijst te laten invullen met vragen over gedragsverandering in het dagelijks leven. Hierbij valt te overwegen om gestandaardiseerde vragenlijsten te gebruiken. Om te onderzoeken of de doelstellingen en/ of gedragsveranderingen behaald zijn door deelname aan het programma Grenzen, is het nodig om invloeden als de individuele behandeling door andere disciplines en de eventueel eerder gevolgde revalidatieprogramma's in acht te nemen.

Dit artikel heeft zich specifiek gericht op psychomotorische therapie bij hartpatiënten. Maar niet alleen hartpatiënten zullen baat hebben bij een revalidatieprogramma gebaseerd op psychomotorische therapie. Zoals binnen het Centrum voor Revalidatie UMCG ook al is onderzocht, zijn er overeenkomsten tussen hartpatiënten en longpatiënten met betrekking tot de gevolgen van de aandoening (Woudstra et al., 2008).

Besluit

Dit artikel heeft het programma Grenzen beschreven, een hartrevalidatieprogramma dat bestaat uit psychomotorische therapie. De inhoud van het programma is gebaseerd op het biopsychosociaal model en inadequate copingsmechanismen. Het programma Grenzen bestaat uit psycho-educatie, lichaamsbewustwording, bewegingsgerichte therapie en cardiofitness. Uit een eerste inventarisatie blijkt dat het programma positief wordt ontvangen door de patiënten. Doelstellingen in het kader van fysiek functioneren zijn behaald en ook heeft het programma tot gedragsveranderingen in het dagelijks leven geleid: 'eerst stilstaan, dan een beslissing maken, daarna pas handelen'. Extra aandacht kan nog geschonken worden aan de emoties van de hartpatiënten, en het programma niet alleen te richten op het fysiek functioneren. Om de positie van het vakgebied psychomotorische therapie binnen de hartrevalidatie te kunnen verstevigen, is het echter van belang om meer evidence-based onderzoek te verrichten.

Literatuur

- Dixhoorn, J.J. van (1998). Ontspanningsinstructie. Principes en oefeningen. Maarssen: Elsevier/Bunge.
- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Harinck, F. (2007). *Basisprincipes praktijkonderzoek*. Apeldoorn: Cyclus-Garant.
- Jacobson, E. (1938). *Progressive Relaxation*. Chicago: University of Chicago Press.
- Leeuw, M., Goossens, M.E.J.B., Linton, S.J., Crombez, G., Boersma, K., & Vlaeyen, J.W.S. (2007). The fear avoidance model of musculoskeletal pain: current state of scientific evidence. *Journal of Behavioral Medicine*, 30, 77-94.
- Meijden-van der Kolk, H. van der & Bosscher, R. (2007). *Psychomotorische Therapie voor mensen met chronische pijn. Een methodisch raamwerk*. Zwolle: Uitgeverij van de Christelijke Hogeschool Windesheim.
- Revalidatiecommissie Nederlandse Hartstichting/ Nederlandse Vereniging voor Cardiologie, 2004. *Richtlijn Hartrevalidatie 2004*. Den Haag: Nederlandse Hartstichting.
- Vakgroep Bewegingsagogie Centrum voor Revalidatie UMCG (2010). Interne documentatie.
- Woudstra, G.A., Twillert, S. van, Scheppingen, C. van & Lettinga, A.T. (2008). *Ziektespecifieke en ziektegenerieke aspecten binnen hart- en longrevalidatie. Het behandelaanbod van het Centrum voor Revalidatie – UMCG in theoriegestuurd perspectief*. Groningen: Universitair Medisch Centrum Groningen.

Over de auteur

Krista van Berkel MSc is in 2007 afgestudeerd als bewegingswetenschapper aan de Rijksuniversiteit Groningen. Dit artikel is geschreven als scriptie tijdens de studie psychomotorische therapie en bewegingsagogie aan de CALO Windesheim te Zwolle. Het Centrum voor Revalidatie UMCG was ook de instelling waar zij haar eindstage heeft doorlopen.

E: krista.van.berkel@gmail.com.

Samenvatting

Het artikel presenteert de inhoud van het programma Grenzen, gebaseerd op psychomotorische therapie, gebruikt op het Centrum voor Revalidatie UMCG bij hartpatiënten. Door een combinatie van psycho-educatie, lichaamsbewustwording, bewegingsgerichte therapie en cardiofitness worden de drie facetten van het menselijk lichaam (denken-voelen-handelen) gebruikt in het programma. Met behulp van het biopsychosociaal model worden inadequate copingsmechanismen aangepakt. Uit een eerste inventarisatie blijkt dat hartpatiënten na afloop van het programma hebben geleerd om hun energie beter te verdelen over de dag. De positie van de psychomotorische therapeut moet echter nog verstevigd worden door evidence-based onderzoek. ■