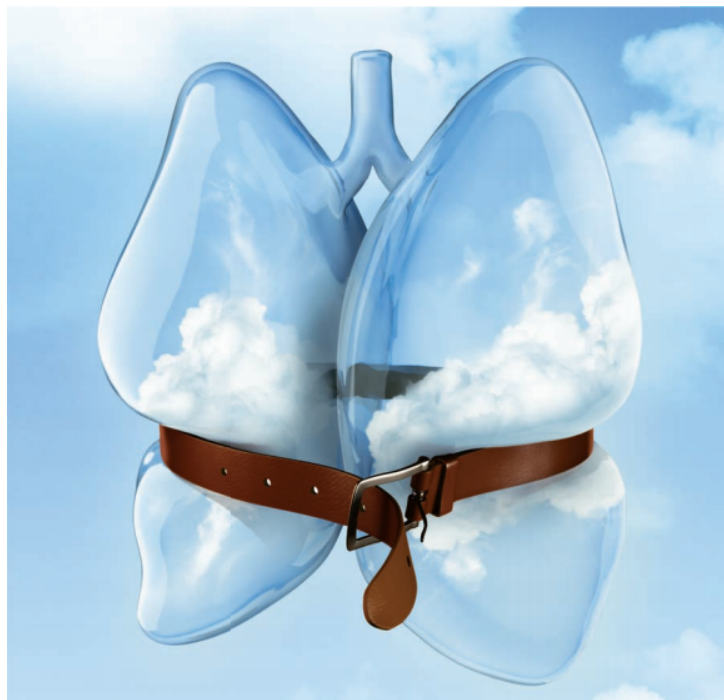


# Psychomotorische Therapie in de Longrevalidatie

Literatuuronderzoek naar psychomotorische thema's die aangeboden kunnen worden binnen de longrevalidatie, aangevuld met passende lichaams- en bewegingsgerichte activiteiten.



Naam  
Studentnummer  
E-mail  
Datum  
Scriptiebegeleidster  
Scriptiebeoordeelster  
Opleiding

Lise Meijaard  
S1008206  
[lisemeijaard@hotmail.com](mailto:lisemeijaard@hotmail.com)  
Juni 2011  
Lia van der Maas  
Dieneke Jol  
Psychomotorische Therapie & Bewegingsagogie  
School of Human Movement & Sports

Als ik blijf kijken  
zoals ik altijd heb gekeken,  
blijf ik denken  
zoals ik altijd dacht

Als ik blijf denken  
zoals ik altijd heb gedacht,  
blijf ik geloven  
zoals ik altijd heb geloofd

Als ik blijf geloven  
zoals ik altijd heb geloofd,  
blijf ik doen  
zoals ik altijd heb gedaan

Als ik blijf doen  
zoals ik altijd heb gedaan,  
blijft mij overkomen  
wat mij altijd overkwam

# 1 Voorwoord

Dit verslag bevat een literatuuronderzoek in het kader van Psychomotorische Therapie in het werkveld Longrevalidatie. Dit onderzoek maakt deel uit van mijn afstuderen als Psychomotorische Therapeut en Bewegingagoog aan de hogeschool Windesheim te Zwolle.

Tijdens mijn eindstage in het werkveld longrevalidatie bij de instelling Universiteit Centrum voor Chronische Ziekten te Groesbeek ben ik in aanraking gekomen met PMT in de revalidatie. Ik heb hier gemerkt dat de therapeuten met thema's werken die uit de praktijk en observaties zijn vastgesteld. Echter zijn deze thema's nog met weinig wetenschappelijke onderzoeken onderbouwd binnen deze instelling. Ik ben ervan overtuigd dat er onderzoeken of artikelen zijn die de relevantie van deze thema's bij chronische ziekten aanduidt, om het praktische te overstijgen.

Naast deze onderbouwingen zal ik ze koppelen aan de 7 psychomotorische bewegingsthema's (BPT-opleiding Zwolle) en daarbij activiteiten, passende therapeutische attitudes en referentiekaders beschrijven die bij deze thema's aangeboden kunnen worden. Dit zal in de bijlage toegevoegd worden in de vorm van een behandelopzet.

Ik wil voor het mogelijk maken van dit onderzoek het multidisciplinaire team van het UCCZ bedanken voor de vernieuwende ervaringen binnen deze instelling. Ik wil daarbij ook het team bedanken voor de medewerking, hulp en tijd die zij mij hebben geboden met het zoeken naar bruikbare onderzoeken en artikelen.

Mijn dank gaat ook uit naar mijn ouders, vriend en vriendinnen die mij blijven motiveren, stimuleren, mij geholpen hebben en achter mij hebben gestaan tijdens mijn drukke, zware afstudeerperiode.

## 2 Samenvatting

**Aanleiding:** COPD en astma zijn twee van de meest voorkomende chronische ziekten en zullen in de toekomst alleen maar in prevalentie toenemen. Met deze toename zullen longrevalidatiecentra een belangrijke positie in de maatschappij innemen. Psychomotorische therapie wordt steeds vaker ingezet bij de behandeling van longpatiënten, maar dit aanbod is nog niet vanzelfsprekend. Ook heeft psychomotorische therapie bij longpatiënten nog weinig bekendheid.

**Doel:** Het doel van dit verslag is het belang van psychomotorische therapie in de longrevalidatie naar voren te brengen en daarmee ook de bekendheid te vergroten. In dit verslag zullen thema's en lichaams- en bewegingsgerichte activiteiten toegelicht worden die door een psychomotorische therapeut aangeboden kunnen worden binnen de longrevalidatie.

**Methode:** Het doel zal bereikt worden door middel van een literatuuronderzoek naar de theoretische onderbouwing van behandeldoelen en probleemgebieden uit de praktijk. Vervolgens is een koppeling gemaakt tussen deze behandeldoelen en de zeven psychomotorische bewegingsthema's die een groot deel van het psychosociale terrein dekken. Bij deze bewegingsthema's zijn vervolgens activiteiten beschreven.

**Conclusie:** Dit onderzoek is gekomen tot 25 behandeldoelen die aangeboden zouden kunnen worden bij psychomotorische therapie voor longpatiënten. Van deze behandeldoelen zijn; goede symptoomperceptie, sociale steun en integratie, adequate coping, inspanningstraining, zelfmanagement en self-efficacy de belangrijkste determinanten voor een hogere kwaliteit van leven. De behandeldoelen zijn verdeeld over de volgende zes thema's: Motorische sociale sensibiliteit, ruimte, kracht, lichaamsbeleving, vertrouwen en relaxatie. Aan deze thema's zijn vervolgens lichaams- en bewegingsgerichte activiteiten gekoppeld die binnen een behandeling van longpatiënten passen.

### **3 Inhoudsopgave**

1	Voorwoord .....	3
2	Samenvatting .....	4
3	Inhoudsopgave .....	5
4	Inleiding .....	6
4.1	Aanleiding van het onderzoek .....	6
4.2	Probleem-, doel- en vraagstelling .....	6
4.3	Opbouw van het onderzoek .....	7
5	Theoretisch kader .....	8
5.1	Kernbegrippen .....	8
5.1.1	Longrevalidatie .....	8
5.1.2	Kwaliteit van leven .....	9
5.2	Inhoudelijke oriëntatie .....	9
5.2.1	Wat is astma? .....	9
5.2.2	Wat is COPD? .....	10
5.2.3	Overeenkomsten en verschillen tussen astma en COPD .....	11
5.2.4	Invloed en gevolgen van longaandoeningen op het (dis)functioneren .....	11
5.2.5	ICF model .....	13
5.2.6	Probleemgebieden/behandeldoelen uit de praktijk .....	13
5.2.7	7 psychomotorische bewegingsthema's .....	14
6	Methode .....	18
6.1	Onderzoeksbenadering .....	18
6.2	Dataverzamelingstechnieken .....	18
7	Resultaten .....	20
8	Discussie .....	23
9	Conclusie .....	24
10	Aanbevelingen .....	24
11	Literatuur .....	25
12	Bijlagen .....	29

## 4 Inleiding

### 4.1 Aanleiding van het onderzoek

Chronic obstructive pulmonary disease [COPD] is een van de meest voorkomende medische aandoeningen (Rabe et al. 2007). Het is de vierde belangrijkste chronische ziekte en sterfteoorzaak in Amerika en er is voorspeld dat in 2030 COPD de derde sterfteoorzaak wereldwijd zal worden (World Health Organization, 2011). In Nederland had COPD in 2007 een prevalentie van 323.600 en komt daarmee op nummer 9 van de meest voorkomende aandoeningen (VTV, 2010). COPD heeft een progressief karakter, dit betekent dat het niet genezen kan worden. Astma is de meest voorkomende chronische ziekte bij kinderen (WHO, 2011) en is daarnaast de laatste 20 à 30 jaar in prevalentie met 50% per 10 jaar gestegen (Steenberg et al. 2000). Uit het onderzoek van VTV (2010) is astma in 2007 gerangschikt op nummer 6 van de meest voorkomende aandoeningen in Nederland.

Longpatiënten met COPD en/of astma hebben niet alleen een fysiologische stoornis maar ervaren ook klachten en beperkingen in het dagelijks functioneren en problemen in de kwaliteit van leven. Studies hebben aangetoond dat de kwaliteit van leven niet alleen gekoppeld is aan de ernst van de aandoening ( ACCP/AACVPR Pulmonary rehabilitation Guidelines Panel, 1997; Hutter & Wurtemberger, 1999) maar voor een belangrijk deel wordt bepaald door de mate waarin de patiënt zich cognitief, emotioneel en gedragsmatig kan aanpassen aan zijn aandoening. Molema, Vercoulen en Verblact (2009) schreven daarom dat deze groep niet uitbehandeld is en dat niet-medicamenteuze behandelopties voor hen zeer effectief zijn. Longrevalidatie is een voorbeeld van een combinatie tussen een niet-medicamenteuze en medicamenteuze behandeling. In Nederland wordt longrevalidatie in ziekenhuizen of in revalidatiecentra aangeboden in de klinische of poliklinische vorm. In deze centra is bewegingsagogie ruim bekend, zij richten zich op het aanbieden van bewegingsmogelijkheden waardoor mensen weer actief kunnen worden (Meijden & Bosscher 2006). Daar tegenover neemt psychomotorische therapie een kleinere plaats in, maar richt zich op een groter geheel: de revalidant met een hulpvraag om een zo optimaal mogelijke balans van de patiënt zijn totale bio-psycho-sociale functioneren te verbeteren. Deze bescheiden plaats binnen de revalidatie is niet juist volgens Emck & Bosscher (2004) “Psychosomatische problematiek, dus problematiek waarbij een sterke relatie bestaat tussen emotionele en lichamelijke processen (Sarfino, 1990), is een *expliciete* indicatie voor PMT. [...] Ten eerste omdat bij chronisch somatische ziekten de motoriek soms zelf aangedaan is, zoals in de door Gordijn et al. (1975) beschreven *verarming* van het bewegen. Ten tweede omdat bewegen als therapeutisch middel door chronische zieke mensen als positief kan worden ervaren: er is aandacht voor het last gevende lichaam” (p. 368). In verschillende revalidatiecentra is er al wel aandacht voor de discipline psychomotorische therapie, maar in veel centra ook nog niet. Voor deze centra en andere psychomotorische therapeuten die met deze doelgroep willen werken/geïnteresseerd zijn, is dit verslag bedoeld om de relevantie en baat van psychomotorische behandeldoelen bij een behandeling van longpatiënten te benadrukken. Deze zullen theoretisch onderbouwd worden met gegevens uit artikelen, boeken, internetpagina's en onderzoeken en daarna gekoppeld worden aan psychomotorische bewegingsthema's. De theoretische onderbouwing is de uitdaging van dit verslag, omdat doelen vaak uit de praktijk en observaties gevormd worden maar in dit verslag met literatuur verantwoord worden.

### 4.2 Probleem-, doel- en vraagstelling

Binnen revalidatiecentra en ziekenhuizen is bewegingsagogie een belangrijke discipline. Psychomotorische therapie neemt daarnaast een minder vanzelfsprekende plek in het multidisciplinaire team in. Dit geldt ook voor longrevalidatiecentra, zoals het UCCZ. Alhoewel het UCCZ wel beschikt over een PMT-aanbod voor individuen die een specifieke hulpvraag hebben tijdens de revalidatie, kan deze nog uitgebreid worden. Daarnaast is men zich binnen het PMT werkveld nog onvoldoende bewust van de waarde van PMT in de longrevalidatie

Een ander probleem waar veel psychomotorische therapeuten op stuiten is de theoretische onderbouwing van de behandeldoelen waar mee gewerkt wordt. Uit de observaties en ervaringen uit de praktijk is ruimschoots bekend waarom een bepaald doel of thema passend is bij de hulpvraag van deze doelgroep. Desondanks is de praktijk nog niet gekoppeld aan de beschikbare literatuur. Met deze twee probleemstellingen in het achterhoofd is de doelstelling van dit verslag om een globale behandelopzet te schrijven voor psychomotorische therapie in groepsverband bij mensen met COPD en/of astma. Het voortraject van deze opzet bevat een literatuuronderzoek naar de theoretische onderbouwing van psychomotorische behandeldoelen die bij deze doelgroep aan bod komen. Deze behandeldoelen of probleemgebieden worden gekoppeld aan de 7 bewegingsthema's (BPT-opleiding) om vervolgens hier bijbehorende lichaams- en bewegingsgerichte activiteiten bij te beschrijven in de vorm van een behandelopzet.

Vraagstelling:

‘Welke thema's en lichaams- en bewegingsgerichte activiteiten binnen de psychomotorische behandeling kunnen worden aangeboden binnen de longrevalidatie, om de kwaliteit van leven te bevorderen?’

Om meer kennis over de begrippen en inhoud op te doen en een goed antwoord te kunnen geven op de vraagstelling zijn hieruit de volgende deelvragen voortgekomen:

- ◆ Wat is longrevalidatie?
- ◆ Wat is de definitie van ‘kwaliteit van leven’?
- ◆ Wat is COPD en wat is astma?
- ◆ Welke overeenkomsten en verschillen zijn er tussen COPD en astma?
- ◆ Invloed en gevolgen van longaandoeningen op het (dis)functioneren? (ICF-model)
- ◆ Welke probleemgebieden/behandeldoelen komen voor bij deze doelgroep? En waarom?
- ◆ Welke psychomotorische aandachtsgebieden/thema's passen bij deze probleemgebieden?

### 4.3 Opbouw van het onderzoek

De vraagstelling is de rode draad waar dit verslag omheen draait. Om antwoord te kunnen geven op deze vraagstelling zullen eerst de deelvragen die in de vorige paragraaf geformuleerd staan beantwoord worden in hoofdstuk 5, het theoretische kader. Dit hoofdstuk bestaat uit de kernbegrippen en de inhoudelijke oriëntatie waarin onder andere het ICF model met COPD en astma ingevuld zal worden. De methode waarmee dit onderzoek uitgevoerd is zal toegelicht worden aan de hand van informatie over de gebruikte databanken, welke keywords tot geschikte literatuur hebben gezorgd, hulpbronnen die ingeschakeld zijn en de methode van dataverwerking. In de resultaten zal de gevonden literatuur aan de psychomotorische behandeldoelen gekoppeld worden om deze te onderbouwen, waarop deze weer gekoppeld worden aan de psychomotorische aandachtsgebieden. De discussie die daarop volgt zal uit een reflectie en een, indien van toepassing, kritische noot bestaan. Het verslag zal eindigen met een conclusie waarin de vraagstelling beantwoord wordt. De vraagstelling is op te splitsen in thema's die aan bod komen bij longrevalidatie én lichaams- en bewegingsgerichte activiteiten die bij deze thema's aangeboden kunnen worden. Om tot een concreet antwoord te komen zullen deze thema's en activiteiten in de conclusie in een compact schema geformuleerd worden, maar zal de uitgebreide beschrijving in de bijlage toegevoegd worden.

## 5 Theoretisch kader

### 5.1 Kernbegrippen

In de vraagstelling komen drie begrippen naar voren die om een uitleg vragen. Deze drie begrippen zijn, psychomotorische therapie, longrevalidatie en kwaliteit van leven. Het begrip psychomotorische therapie zal niet verder toegelicht worden in dit verslag, omdat de doelgroep waarvoor dit verslag bestemd is hier genoeg kennis over heeft (voor meer informatie: [www.nvpmt.nl](http://www.nvpmt.nl), onder de link bestuur, documenten, beroepscode en beroepsprofiel kunt u het document 'Beroepsprofiel PMT' downloaden). Longrevalidatie zal beschreven worden, omdat het doel van dit verslag mede bestaat uit het onder de aandacht brengen van PMT in dit werkveld. Dit geldt ook voor het begrip kwaliteit van leven. Kwaliteit van leven is een subjectief begrip die voor iedereen een andere betekenis heeft. De reden dat hier verder op in gegaan wordt, is dat het helder is wat er in dit verslag onder 'kwaliteit van leven' verstaan wordt om antwoord op de vraagstelling te kunnen geven.

#### 5.1.1 Longrevalidatie

Lange tijd is er bij chronische ziekten gewerkt vanuit de fysiologische visie. Met deze visie wordt bedoeld dat klachten en beperkingen verklaard werden vanuit de fysieke aandoening en de behandeling zich hier ook enkel op richtte. Echter is men het er nu over eens dat een beperking of klacht niet alleen uit de fysieke aandoening ontstaat, maar ook de psychische-, sociale aspecten en de manier van omgaan met de lichamelijke aandoening een rol hierin spelen. Er zijn in de literatuur twee uitgebreide definities van longrevalidatie te vinden.

"Proces dat op systematische wijze gebruik maakt van wetenschappelijk gefundeerde mogelijkheden tot diagnostiek, management en evaluatie, teneinde een optimaal dagelijks functioneren te bereiken, evenals een optimale kwaliteit van leven en gezondheid voor individuele patiënten die lijden aan stoornissen en beperkingen ten gevolge van een chronische respiratoire aandoening, en waarvan de resultaten gemeten kunnen worden aan klinisch en fysiologisch relevante parameters" (Herwaarden, Folgering & Decramer 1999, p.507)

'Longrevalidatie wordt gedefinieerd als een 'interdisciplinair proces, wetenschappelijk onderbouwd, waarin op basis van systematische diagnostiek en observatie de complexe problematiek van de patiënt met een chronische luchtwegaandoening in kaart wordt gebracht, behandeldoelen worden geformuleerd en een behandelovereenkomst wordt gesloten. Daarbij worden medische, paramedische en gedragswetenschappelijke therapeutische methoden, training en educatie strategisch ingezet om, onder meer door het bereiken van een adequaat ziektegedrag, te komen tot een optimaal dagelijks functioneren en een verbetering van de kwaliteit van leven, en waarvan de resultaten gemeten kunnen worden aan de hand van klinische en/of fysiologische relevante uitkomstparameters.' (Pennings & Akkermans 2006, p.104)

Longrevalidatie onderscheidt zich hiermee van een behandeling met een mono-disciplinair karakter dat zich richt op de lichamelijke aspecten. In longrevalidatie kunnen verschillende disciplines ingezet worden afhankelijk van aard, ernst en complexiteit van de problematiek. (Molema, Vercoulen & Verblact 2009). De disciplines die ingezet kunnen worden zijn; longarts, verpleegkundige, fysiotherapeut, bewegingsagoog/psychomotorische therapeut, creatieve therapeut, psycholoog, maatschappelijk werkster en diëtist. Er kan in het programma van een revalidatie worden gedacht aan educaties van de verschillende disciplines, individuele en groepstherapieën, fitness en individuele gesprekken. Drie categorieën patiënten die in aanmerking komen voor longrevalidatie zijn:

- ◆ Patiënten die hun ziekte goed kunnen hanteren maar toch klachten/beperkingen en problemen in kwaliteit van leven ervaren
- ◆ Patiënten die hun ziekte niet hanteren en daardoor klachten/beperkingen en problemen in kwaliteit van leven ervaren
- ◆ Patiënten waarbij de longaandoening in zulke ernstige mate is dat ze er geen controle over krijgen en daardoor klachten/beperkingen en problemen in kwaliteit van leven ervaren.



## 5.1.2 Kwaliteit van leven

Kwaliteit van leven is een subjectief begrip en eigenlijk niet waar te nemen, noch meetbaar. Vanwege het subjectieve karakter is het belangrijk om dit begrip nader toe te lichten voordat het in dit verslag gebruikt kan worden.

Kwaliteit van leven is een begrip dat een verandering heeft doorgemaakt en nog steeds aan het doormaken is. Er is de objectieve en een subjectieve benadering van het begrip (Lehman, 1988). In de objectieve benadering spreekt Kragten over de behoeften en maatschappelijke ideaalstandaarden in hiërarchische volgorde die de kwaliteit van leven bepalen. Spilker (1990) plaatste vier determinanten van kwaliteit van leven in een piramide, waaraan iemand moet voldoen om hoog in kwaliteit van leven scoren. De vier determinanten, ook wel levensdomeinen genoemd, zijn het fysiek, sociaal, economisch en psychisch domein. Deze determinanten zijn afgeleid van de normen en waarden van de mens van nu. In de subjectieve benadering wordt het begrip kwaliteit van leven gekoppeld aan de mening en persoonlijke kenmerken van het individu. De visie van de hulpverlener kan namelijk verschillen van de visie van de patiënt als het gaat om kwaliteit van leven. Voor het begrip kwaliteit van leven bestaat geen eenduidige definitie. Het astmafonds (2010) definieert het als volgt:

‘De door mensen zelf ervaren kwaliteit van hun leven die wordt bepaald door fysieke, psychische en sociale factoren, zoals door persoonlijke kenmerken, de kwaliteit van relaties, geestelijk evenwicht, de vervulling van levensdoelen, de mate van aanpassing aan de ontstane situatie in geval van ziekte, handicap of ouderdom, en maatschappelijke participatie.’

Kuyken e.a. (1995) voegt de cultuur en het waardensysteem waarin het individu leeft daar nog aan toe:

“De perceptie die een individu heeft van diens positie in het leven in de context van de cultuur en het waardensysteem waarin hij/zij leeft en in relatie tot zijn/haar doelen, verwachtingen, standaarden en interesses.”

Het gaat in beide definities om wat het individu zelf ervaart en belangrijk vindt. In de eerste definitie wordt de mate van aanpassing aan een aandoening genoemd, in vaktermen adaptatie genoemd. Dit verklaart dat de beperking en kwaliteit van leven los van elkaar gezien kunnen worden. Zo kan iemand met weinig beperkingen toch veel klachten ervaren en andersom. Hier wordt ook de term ‘gezondheid-gerelateerde kwaliteit van leven’ gebruikt. Voor dit onderzoek wordt de eerste definitie gehanteerd omdat de cultuur en het waardensysteem in dit onderzoek niet aan bod zullen komen.

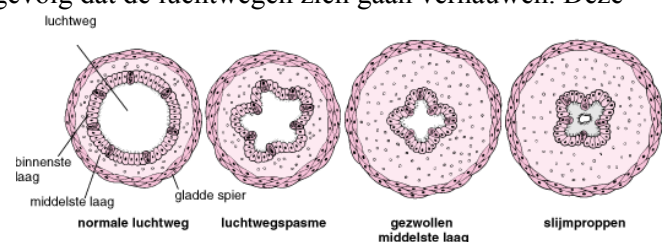
## 5.2 Inhoudelijke oriëntatie

Astma en COPD zijn obstructieve longaandoeningen. Dit betekent dat er een belemmering of stoornis is bij het uitademen. De inademing is bij zowel astma als COPD meestal geen belemmering. Astma en COPD worden nu apart genoemd, dit is niet altijd zo geweest. Tot de jaren 90 werd het begrip CARA (Chronische Aspecifieke Respiratoire Aandoeningen) gebruikt voor astma, COPD, emfyseem en mengvormen omdat men dacht dat alle drie dezelfde oorzaak hadden: ontsteking van de luchtwegen.

### 5.2.1 Wat is astma?

Astma wordt gedefinieerd als een ontsteking aan de luchtwegen. Ze hebben een verhoogde gevoeligheid voor verschillende prikkels met als gevolg dat de luchtwegen zich gaan vernauwen. Deze vernauwing kan op drie manieren tot stand komen:

- ◆ Samentrekken van de luchtwegspieren (luchtwegspasme)
- ◆ Overmatig vocht zweten van de bloedvaten waardoor luchtwegwand opzwellt
- ◆ Overmatige productie door slijmvormende klieren



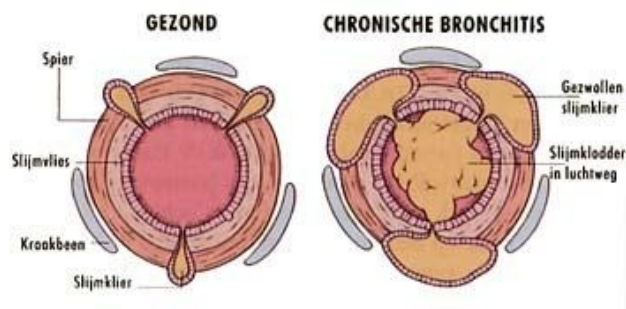
(Afb. Hoe de luchtwegen zich vernauwen. *De Merck Medisch handboek* (2<sup>e</sup> ed.) (2005)

De onschuldige prikkels waar de luchtwegen allergisch op reageren verschillen per persoon. Enkele voorbeelden zijn stuifmeel, huisdierschilfers, huisstofmijt, veren of wol. De reactie op deze prikkels noemen we een ontsteking. Een ontsteking gaat gepaard met benauwdheid, beklemmend gevoel op de borst, hoesten, piepende ademhaling en slijm opgeven die in aanvallen optreden. Een aanval is meestal in aansluiting met een verkoudheid of blootstelling aan allergische prikkel. De astma patiënt kan daarna voor langere tijd geen klachten ervaren maar de luchtwegen blijven nog wel ontstoken, waardoor astma onder chronische aandoeningen valt.

Astma heeft een genetische aanleg, maar ook de aanwezigheid van een allergie is een risicofactor. In zo'n geval wordt het allergische astma genoemd. Niet-allergische astma ontstaat rond de puberteit of op latere leeftijd, hier spelen allergenen geen rol en is de oorzaak vaak niet duidelijk. Het wordt ook wel intrinsieke astma genoemd omdat er geen externe allergische factoren zijn die invloed hebben. Bij deze groep kan het gaan om ontstoken en overgevoelige luchtwegen die reageren op rook, geurtjes, luchtvervuiling, emoties, stress, koude lucht of inspanning.

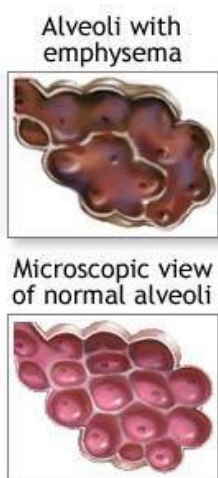
## 5.2.2 Wat is COPD?

Chronische obstructive pulmonary disease (COPD) is een verzamelnaam voor chronische bronchitis en emfyseem. Het kan gedefinieerd worden als een chronische ontstekingsreactie met als gevolg een chronische obstructie van de luchtwegen. (Rabe, e.a., 2007). Het is een langzaam progressieve ziekte. De belangrijkste risicofactor van COPD is roken, andere factoren zijn luchtvervuiling, genetisch of blootstelling aan risicostoffen. Bronchitis komt uit het Latijn en betekent 'itis' ontsteking van de 'bronchi' kleinere luchtwegen. Door deze ontsteking raken de wanden geïrriteerd waardoor ze opzwellen. Ook wordt de slijmproductie verhoogd waardoor er nog meer obstructie/vernuwning ontstaat en minder lucht doorheen kan. Als dit lang aanhoudt worden de luchtwegen beschadigd of zelfs afgesloten door littekenweefsel. Klachten zijn hoesten en overmatige slijmproductie. Het slijm kan door de beschadigde trilharen niet meer naar de keel vervoerd worden waardoor het slijm blijft zitten, dit veroorzaakt benauwdheid. Als het slijm opgehoest is verdwijnt deze benauwdheid. Wanneer benauwdheid altijd aanwezig is, zijn behalve de grote luchtwegen óók de kleine luchtwegen aangetast. Deze zijn ontstoken en daarom gevoelig voor (de bij de paragraaf 'astma' genoemde) prikkels.



(Afb. Slijmvorming. *UMC Utrecht* (2011))

Longemfyseem is anders dan chronische bronchitis. Deze aandoening houdt in dat de luchtwegen, de wanden van de longblaasjes en het elastische weefsel eromheen zijn aangedaan. Het elastische weefsel om de luchtwegen en longblaasjes functioneert als een ophangstelsel om de luchtwegen met vezels open te houden. Bij longemfyseem, of in de volksmond 'rek uit de longen', zijn deze vezels uitgerekt of gebroken waardoor de luchtweg dichtklapt tijdens uitademing. Naast het feit dat de luchtwegen dicht klappen, verliezen ze ook hun stevigheid en stabiliteit en vervormen ze. Zo kost het meer moeite om er lucht doorheen te laten stromen en kost in en uit ademen meer energie. Naast het elastische weefsel worden ook de wanden van de longblaasjes afgebroken. Van meerdere kleine blaasjes wordt nu een grotere blaas gevormd, dit zorgt ervoor dat er minder overdracht van zuurstof naar de cellen kan worden overgebracht omdat er minder raakvlakken met de bloedvaten zijn. In de ernstigste fase kunnen de bloedvaten ook geen koolstofdioxide meer naar de longblaasjes diffunderen. Dit alles zorgt voor de klachten vermoeidheid en bij kleine inspanning al benauwdheid en kortademigheid.



(Afb. Emphysema. *American Accreditation HealthCare Commission*)

### 5.2.3 Overeenkomsten en verschillen tussen astma en COPD

In de vorige paragrafen zijn de aandoeningen astma en COPD besproken. Om een korte samenvatting te geven zullen de overeenkomsten en verschillen tegenover elkaar gezet worden. Astma en COPD hebben een paar fysiologische overeenkomsten. De klachten kortademigheid, benauwdheid, hoesten, piepende ademhaling en meer klachten bij inspanning. Ook reageren zowel astma patiënten als COPD patiënten op rook, luchtvervuiling, temperatuurswisselingen of vochtige lucht. De fysiologische verschillen zijn samengevat in tabel 1. Psychosociale overeenkomsten en verschillen zullen in de volgende paragrafen aan bod komen en worden hier niet verder uitgelicht.

Tabel 1: Overeenkomsten Astma en COPD

	<b>Astma</b>	<b>COPD</b>
Belangrijkste risicofactor	Erfelijke aanleg	Roken
Optreden symptomen	Periodiek met nasleep	Chronisch aanwezig
Belangrijkste klachten	Benauwdheid, piepen	Hoesten, slijm, benauwdheid
Allergie	Vaak aanwezig	Zelden aanwezig
Voorkomen	Alle leeftijden	Vooraf boven de 40 jaar
Beloop	Meestal gunstig met gebruik van medicatie en goeie adaptatie	Langzaam progressief
Levensverwachting	Met goed beloop normaal	Minder oud
Longfunctie	Bij optimale behandeling normaal	Verminderd, ook bij optimale behandeling

### 5.2.4 Invloed en gevolgen van longaandoeningen op het (dis)functioneren

Een longaandoening is een aandoening op het fysiologische vlak, maar de behandeling is het meest effectief als deze zich richt op de determinanten van het probleem (Molema, Vercoulen & Verblact 2009). De fysiologische aandoening heeft een relatie met de klachten, beperkingen en kwaliteit van leven, maar dit is een beperkte en indirecte relatie. Psychologische factoren spelen een bemiddelende rol en beïnvloeden elkaar. Er kunnen 3 hoofdfactoren onderscheiden worden: gedrag, emotie en cognitie. Een voorbeeld om de wisselwerking te verhelderen: Patiënt ervaart lichamelijke sensatie zoals benauwdheid waardoor hij cognities krijgt over de oorzaak “ik heb me teveel ingespannen” en het gevolg “ik word benauwd, ik kan stikken”. Door cognities zoals “ik stik” kan de patiënt emoties van angst en paniek oproepen en zal hun gedrag “geen zware inspanning meer leveren” in het vervolg hierop aangepast worden. In dit voorbeeld is te zien dat invloeden niet op één factor een gevolg hebben, maar dit in alle facetten doorspeelt. Toch zal hieronder geprobeerd worden een onderscheid te maken in de gevolgen van een longaandoening op lichaamsbeleving, gedrag, emotie, cognitie en sociale activiteiten.

#### Gevolgen op lichaamsbeleving

Patiënten met astma en COPD ervaren in het lichamenlijk functioneren vaak belemmeringen. Zij worden bij (soms geringe) lichamelijke inspanning al benauwd of kortademig waardoor ze met de activiteit moeten stoppen. Bij COPD zijn er voortdurende klachten in tegenstelling tot astma, waar de klachten plotseling kunnen optreden in aanvallen. COPD patiënten worden de hele dag door geconfronteerd met hun lichamelijke beperking. Dat begint 's ochtends al bij het aankleden en gaat de hele dag door bij bijvoorbeeld huishoudelijke taken. Bij beide speelt vermoeidheid een rol. Bij COPD vanwege o.a. energie voor in- en uitademen en kleine momenten van inspanning. Bij astma ook bij inspanning maar ook door slechte nachtrust in verband met benauwdheidsaanvallen. Vermoeidheid is een van de klachten die het sterkst gerelateerd wordt aan kwaliteit van leven, naast benauwdheid (Gradyon, Ross, Webster Goldstein & Avendano, 1995). Deze gevolgen zorgen voor negatieve ervaringen met hun lichaam. Ze komen meerdere keren per dag in aanraking met iets wat hun lichaam niet aan kan of belemmert waardoor deze negatieve lichaamsbeleving bevestigd wordt. Negatieve beleving kan leiden tot terugtrekgedrag in sociale situaties of schaamte voor het lichaam, maar kan ook zorgen voor walging van eigen lichaam (Emck & Bosscher 2004).

### Gevolgen op gedrag

Om astma en COPD klachten in te perken zijn er verschillende leefregels – zoals bepaalde prikkels vermijden, niet roken of rook vermijden en in beweging blijven – waar patiënten zich aan moeten houden (op [astmafonds.nl](http://astmafonds.nl) onder de link ‘over longen’ vindt u meer informatie in ‘leven met astma’ & ‘leven met COPD’ of op [luchtpunt.nl](http://luchtpunt.nl) in ‘leven met COPD’). Voor patiënten die gerookt hebben is het lastig om te stoppen met roken, maar voor patiënten die nooit gesport hebben is dit ook een gedragsverandering waar ze wel gemotiveerd voor moet blijven. Er wordt geconstateerd dat therapietrouw bij zowel COPD als astma patiënten erg laag is (Brekelmans & Fellingner, 1995). Met therapietrouw wordt bedoeld: medicijngebruik, op afspraken komen en zich houden aan de geadviseerde leefregels (Colland 2008). Bij COPD patiënten vanwege bepaalde irreële cognities die de koppeling tussen inspanning en benauwdheid leggen. En bij astma vanwege het intermitterend optreden van de aanvallen. Een astma patiënt kan lange tijd geen klachten ervaren waardoor zij sneller de neiging hebben de leefregels te negeren of te vergeten.

### Gevolgen op emoties

Het onvoorspelbare karakter van astma en het progressieve karakter van COPD kunnen leiden tot een hele reeks van emoties; boosheid, machteloosheid, angst, onzekerheid, depressie of hopeloosheid. Wanneer iemand tegen iets aanloopt wat niet meer lukt kan dit boosheid oproepen, maar ook frustratie dat hij hulp moet gaan vragen. Onder deze boosheid ligt vaak gevoelens van angst om zelfstandigheid te verliezen of onzekerheid over het verloop van de aandoening. Bij COPD speelt het gevoel van machteloosheid een rol omdat het een chronische progressieve aandoening is en je deze ziekte niet kan genezen. Dit chronische karakter met de daarbij komende beperkingen en emoties wordt door Brekelmans & Fellingner (1995) een rouwproces genoemd. De patiënt is dan nog niet overtuigd dat door de manier van omgaan met de aandoening het ziekteproces veranderd kan worden verbeteringen kunnen optreden. Bij astma speelt controleverlies ook een rol wanneer iemand een aanval krijgt en deze niet goed onder controle kan krijgen. Bij beide astma en COPD kan in geval van een ernstige hoestbui of benauwdheidsaanval ook paniek ontstaan, door bepaalde cognities zoals ‘ik ga stikken’ of mensen om je heen die hun zorg uitspreken kunnen deze paniekgevoelens verergeren (Wempe & Schlösser 2004).

### Gevolgen op cognities

Emoties worden bepaald door achterliggende cognities. Zo zijn gevoelens van afhankelijkheid vaak gekoppeld aan de negatieve of hulpeloze gedachten over de consequenties voor de toekomst. Patiënten met COPD en ook sommige astma patiënten zijn dor hun aandoening niet meer in staat om te werken. Ze gaan van een werkende deelnemer aan de maatschappij naar iemand die thuis zit, dit is een grote verandering die vragen met zich meebrengen als: Maak ik nog wel deel uit aan de maatschappij als ik niet werk? Ben ik nuttig genoeg? Welke dagstructuur moet ik nu hanteren? Een ander soort cognitie die belangrijk is voor de manier waarmee je met lichamelijke sensaties omgaat is de mate van controle die je ervaart. Wanneer iemand het idee heeft alles onder controle te hebben en zelf een benauwdheid op te kunnen vangen, ervaart de patiënt minder zorg maar ook minder angstige emoties. In een later stadium van COPD kan de chronische afname van het zuurstofgehalte in het bloed leiden tot neuropsychologische problemen zoals geheugenverlies en concentratieklachten (Wempe & Schlösser 2004).

### Gevolgen op relaties en sociale activiteiten

Het is voor de hand liggend dat astma en COPD ook invloeden uitoefenen op sociale contexten zoals een gezin, familie of vriendenkring. Bij allergische astma wordt er ook van de mensen uit de omgeving gevraagd om deze prikkels te vermijden. Er kan hier gedacht worden aan niet meer roken in de buurt van de patiënt, geen parfum dragen of geen wollen kleding aandoen. Wanneer de omgeving hier niet mee instemt moet de patiënt een keuze maken tussen de sociale contacten of het beste voor zijn ziekte. In zulke situaties komt het steeds meer raken in sociaal isolement vaker voor bij COPD dan bij astma. Daarnaast kan een ouder of grootouder een bepaalde rol niet meer vervullen, zo kan opa geen uitjes meer met de kleinkinderen ondernemen waarbij ze stukken moeten lopen of kan een ouder niet meer met het gezin op zondag een grote ronde gaan fietsen. Als de lichamelijke functie nog verder achteruit gaat kan het ook zijn dat kinderen de ouder moeten verzorgen of helpen in het huishouden

terwijl normaal gesproken de rollen omgedraaid zouden zijn. Dit geeft verwarring binnen een systeem, maar roept ook veel emoties op. In de praktijk zijn twee manieren van omgang van het systeem gezien. Het onbegrip van de omgeving die vindt dat de patiënt meer kan doen dan zij nu doet, dit uit zich in ruzies en boosheid. Of de overbeschermdende rol van de omgeving die de patiënt betuttelt. Dit benadrukt de afhankelijkheid en werkt bij veel patiënten als betuttelend waardoor ze hun eigenwaarde verliezen. Als laatste kunnen er ook problemen ervaren worden op seksueel gebied. Seksualiteit vergt lichamelijk inspanning en kan tot benauwdheid leiden waardoor het vermeden kan worden (Wempe & Schlösser 2004).

### 5.2.5 ICF model

De gevolgen van een longaandoening zijn te merken op lichamelijk gebied maar ook op psychosociaal, oftewel bio-psycho-sociaal, gebied. In de behandeling binnen de revalidatie wordt naar alle aspecten gekeken om de determinanten aan te pakken. Het 'International Classification of Functioning, Disability and Health' (ICF) is een classificatiesysteem om het menselijk functioneren en de manier van hoe iemand omgaat met zijn gezondheidstoestand te beschrijven (WHO, 2011). Er wordt in dit systeem gebruikt gemaakt van 5 domeinen:

- ◆ Stoornissen in functies en anatomische eigenschappen
- ◆ Beperking en mogelijkheden in activiteiten
- ◆ Participatieproblemen en –mogelijkheden (gezin, relaties, werk, vrienden)
- ◆ Externe factoren (o.a. personen in directe omgeving & sociaal economische omstandigheden)
- ◆ Persoonlijke factoren (o.a. coping mechanismen, persoonlijkheid, karakter, bekwaamheden, levensstijl en ervaringen)

Zowel de visie van het ICF model als de behandeling binnen de longrevalidatie hebben overeenkomstige kenmerken. Zo kijken beide naar de mogelijkheden evenals de beperkingen, er wordt rekening gehouden met het lichamelijk functioneren en de stoornissen daarin, maar ook de sociale (externe) invloeden en persoonlijke invloeden. Het ICF model sluit kortom qua domeinen goed aan bij de behandeling binnen de revalidatie. Het ICF model ingevuld met de gegevens van patiënten met een longaandoening is te vinden in bijlage 1. Het is een overzichtelijke samenvatting van de invloeden en gevolgen op het (dis)functioneren.

### 5.2.6 Probleemgebieden/behandeldoelen uit de praktijk

In de praktijk wordt er gewerkt aan de hand van behandeldoelen die opgesteld zijn per individuele patiënt of groep. Deze 'praktijk' behandeldoelen worden per discipline geformuleerd en in het team besproken voor een multidisciplinaire aanpak. Uit observaties en zichtbare effecten kan bevestigd worden dat deze behandeldoelen aansluiten bij de hulpvraag van de doelgroep. Er is echter nog geen duidelijk verslag waarin deze 'praktijk' doelen gekoppeld worden aan geschreven literatuur als onderbouwing. Voorbeelden van achterliggende vragen die in de onderbouwing meegenomen worden: waarom zijn deze behandeldoelen belangrijk voor de patiënten? Hoe komen ze deze probleemgebieden tegen en waar heeft dit invloed op? Wat is de relatie met de kwaliteit van leven van de patiënt? Welke gevolgen zijn er als deze probleemgebieden niet behandeld zullen worden? De behandeldoelen uit de praktijk zullen eerst benoemd worden. Daaronder zullen deze aangevuld worden met de resultaten van het literatuuronderzoek. De behandeldoelen worden in dit hoofdstukkenkel genoemd en de uitleg en onderbouwing is toegevoegd in tabel 2, te vinden in bijlage 1. Brekelmans & Fellingner (1995) leggen uit dat pogingen om chronische ziekten/aandoening te 'genezen' met psychologische interventies, de laatste jaren plaats hebben gemaakt voor methoden die het ziektegedrag van de patiënt kunnen beïnvloeden om de symptomen te reduceren. Het uitgangspunt 'gedrag draagt bij aan het ontstaan en in stand houden van een ziekte, daarom kunnen veranderingen in het gedrag de gezondheid verbeteren' past bij deze visie. Dit uitgangspunt past ook bij de psychomotorische behandeling in de longrevalidatie.

### Behandeldoelen uit de praktijk

- ◆ Goede energieverdeling (balans bereik en beleven vinden)
- ◆ Temporiseren
- ◆ Lichamelijke grenzen hanteren
- ◆ Positieve lichaamsbeleving
- ◆ Lichaamssignalen verkennen, herkennen en erkennen en de interpretatie ervan – in de literatuur als ‘symptoomperceptie of waarnemingsmogelijkheden verbeteren’ beschreven
- ◆ Reactiveren en plezier terugkrijgen in ondernemen en bewegen
- ◆ Assertiviteit vergroten bij hulpverleners en sociale omgeving
- ◆ Hulp leren aannemen (afhankelijk kunnen opstellen)
- ◆ Angstreductie en vermijdingsgedrag verminderen
- ◆ Sociale isolatie voorkomen
- ◆ Stress regulatie
- ◆ Acceptatie bevorderen
- ◆ Adequate manier van coping (adaptatie)
- ◆ Psycho-educatie
- ◆ Conditie, uithoudingsvermogen en spierkracht verbeteren
- ◆ Disfunctionele cognities herstructureren
- ◆ Durven communiceren met sociale omgeving over wensen en grenzen.
- ◆ Optimaliseren activiteiten dagelijks leven

### Aanvullende behandeldoelen gevonden in verschillende literatuurbronnen:

- ◆ Zelfmanagement vergroten
- ◆ Therapietrouw vergroten
- ◆ Depressie behandelen
- ◆ Self-efficacy & controle over de aandoening vergroten
- ◆ Adequate uiting van emoties
- ◆ Afname preoccupatie van lichamelijke klachten
- ◆ Rouwverwerking
- ◆ Problemen bij intimiteit en seksualiteit behandelen
- ◆ Veranderingen in maatschappelijke en/of systeemfuncties accepteren

### 5.2.7 7 psychomotorische bewegingsthema's

De thema's genoemd in de vorige paragraaf zijn probleemgebieden/behandeldoelen die gebruikt worden in de praktijk of die beschreven zijn in de literatuur. Om een koppeling te maken naar psychomotorische therapie worden deze probleemgebieden/behandeldoelen onderverdeeld over de 7 bewegingsthema's (BPT-opleiding Zwolle). Binnen deze thema's kunnen psychomotorische therapeuten gerichte doelen stellen en combineren met passende activiteiten. Deze 7 thema's dekken een groot gedeelte van het psychosociale terrein af en kunnen als volgt worden omschreven:

*Motorische instrumentele sensibiteit* – de gevoeligheid van iemand en het gerichte contact voor het materiële, voor de voorwerpen of anderen om hem heen.

*Motorische sociale sensibiteit* – de gevoeligheid die iemand heeft voor de sociale context om hem heen. Het gaat om contact maken, samenwerken met anderen, afstand – nabijheid die je inneemt ten opzichte van anderen, sociale grenzen, assertiviteit, rekening houden met elkaar, nee kunnen zeggen en leiden en volgen.

*Ruimte* – het durven innemen van ruimte, delen van ruimte en het bewegen door de ruimte.

*Kracht* – het doseren of leveren van kracht, het durven inzetten van kracht of leren bewegen met ongecontroleerde of mindere kracht.

*Lichaamsbeleving* – wat je aan je lijf voelt, beleeft, waarneemt en betekenis kan geven tijdens bewegen en handelen. Negatieve of onbekende lichaamssignalen een plaats geven.

*Vertrouwen* – vertrouwen in jezelf, de ander en het andere wat er teveel, te weinig of maar op een specifiek gebied is.

*Relaxatie* – wel, niet, meer of minder ontspannen en weten wanneer spanning of ontspanning goed en slecht voor je is. Daarnaast het kunnen toepassen van ontspanningstechnieken.

De 7 thema's zijn door Braam (2005) aan de hand van voorbeelden toegespitst op astma. Deze voorbeelden laten zien hoe patiënt met een longaandoening deze thema's onder andere tegenkomen: *Motorische instrumentele sensibiliteit* – het ontbreken van gevoeligheid kan veel onnodige energie en tijd kosten.

*Motorische sociale sensibiliteit* – afstand tot familie en vrienden, verlies van maatschappelijke positie of veranderde toekomstplannen zijn mogelijke gevolgen van een chronische ziekte. Het toekomstbeeld wordt veranderd met als gevolg emoties zoals angst, depressie, vermijding, onmacht die de sociale en emotionele weerbaarheid verlagen.

*Ruimte* – schaamte of fysiek minder kunnen dan een ander kan ervoor zorgen dat de patiënt zich onzeker voelt en letterlijk minder ruimte in durft te nemen.

*Kracht* – woede, machteloosheid (ook in de vorm van verdriet) zijn gevoelens die patiënten vaak voelen omdat het moeilijk is een chronische ziekte te accepteren.

*Lichaamsbeleving* – verstoorde waarnemingen van, onder andere, benauwdheid doordat deze verleerd zijn. Verleerd in perioden waarin men niet wilde of kon toegeven aan de lichamelijke sensaties van vermoeidheid of benauwdheid.

*Vertrouwen* – fysieke beperkingen leiden tot afhankelijkheid en weinig vertrouwen in eigen lichaam en handelen. Reacties op situaties waar men afhankelijk is kunnen twee richtingen op gaan: negeren van klachten en doorgaan of alles uit handen geven uit angst.

*Relaxatie* – patiënten met een longaandoening ervaren veel spanning door angsten om geen lucht te krijgen of angsten voor afnemend fysiek functioneren. Stress kan leiden tot lichamelijke spanning en slecht slapen.

Uit de voorbeelden van Braam (2005) wordt aangetoond dat patiënten met een longaandoening elk van de 7 thema's kunnen tegenkomen tijdens hun proces. De probleemgebieden/behandeldoelen zijn net als de psychomotorische bewegingsthema's uitgelicht, in tabel 3 volgt de koppeling van beide. Er zijn ook probleemgebieden die onder meerdere thema's vallen, die worden de tweede en/of derde keer schuingedrukt.

Tabel 3: Koppeling probleemgebieden/behandeldoelen met de 7 psychomotorische bewegingsthema's.

<b>Probleemgebieden</b>	<b>Psychomotorische bewegingsthema's</b>
Verminderd sociaal functioneren/sociale isolatie	Motorische sociale sensibiliteit
Veranderingen in systeem en/of maatschappelijke functies/rollen	
<i>Moeite met assertiviteit tegenover hulpverleners en/of sociale omgeving</i>	
<i>Beperkingen met intimiteit en seksualiteit</i>	Ruimte
Moeite met assertiviteit tegenover hulpverleners en/of sociale omgeving	Kracht
Moeite met adequaat uiten van emoties <sup>1</sup>	
Geen adequate coping/adaptatie <sup>2</sup>	
Matige tot slechte conditie (uithoudingsvermogen en kracht)	
<i>Moeite met assertiviteit tegenover hulpverleners en/of sociale omgeving</i>	Lichaamsbeleving
Verstoring van lichaamsbeleving	
Verstoring in symptoomperceptie en/of de interpretatie van symptomen	
Weinig acceptatie <sup>3</sup>	
Rouw om verlies van fysieke mogelijkheden <sup>4</sup>	
Schuldgevoel over oorzaak aandoening (roken) <sup>5</sup>	
Verminderd tot geen plezier in activiteiten ondernemen/bewegen <sup>6</sup>	
<i>Beperkingen met intimiteit en seksualiteit</i>	
<i>Disbalans tussen bereik en beleven (temporiseren en energie verdelen)</i>	Vertrouwen
<i>Overschrijden of vermijden van lichamelijke grenzen</i>	
Lage zelfmanagement <sup>7</sup>	
Therapieontrouw	
Angst	
Depressie	
Lage self-efficacy (vertrouwen in eigen kunnen)	
Geen controle over de aandoening ervaren	
Disfunctionele cognities <sup>8</sup>	Relaxatie
Preoccupatie met lichamelijke klachten	
Geen hulp kunnen aannemen, zelfstandig blijven	
Ervaren stress en spanning	
Disbalans tussen bereik en beleven (temporiseren en energie verdelen)	Overige
Overschrijden of vermijden van lichamelijke grenzen	
Weinig kennis en inzicht over/in aandoening (Psycho-educatie nodig)	

<sup>1</sup> Het uiten van emoties van woede of verdriet over het ziek zijn of de gevolgen hiervan hebben invloed op de ademhaling. Het uiten van verdriet kan voor velen een opluchting zijn, terwijl mensen met een longaandoening van hevige emoties juist extra benauwd worden (Schlösser & Wempe 2004). Emoties moeten niet opgepropt worden maar op een andere manier geuit worden. Dit probleemgebied is hierom geplaatst bij kracht, het minder krachtig uiten van emoties zodat geen heftige benauwdheidsaanval ontstaat.

<sup>2</sup> Adaptatie past bij het thema kracht omdat het belangrijk is te weten waar je grenzen liggen, waar je krachten liggen om deze optimaal te kunnen gebruiken. De twee coping stijlen laten zien dat de vermijdende stijl te weinig gebruik maakt van zijn fysieke mogelijkheden. Zijn krachten worden



onderschat. Terwijl bij de ontkennende, overschrijdende coping stijl de krachten te veel gebruikt worden en daarmee overschat worden. Door de juiste dosering te vinden, ontstaat een optimale balans.

<sup>3</sup> Wanneer iemand de aandoening nog niet accepteert, accepteert hij zijn lichaam nog niet zoals deze is. Ze hebben een negatieve lichaamsbeleving. Door in therapie te richten op de positieve kanten van het lichaam en de mogelijkheden die er zijn, kan deze perceptie verbeteren.

<sup>4</sup> Brekelsmans & Fellingner spreken over een rouwverwerking bij COPD patiënten. COPD is een progressieve aandoening waardoor hun longfunctie langzamerhand afneemt. Dit betekent dat de fysieke mogelijkheden ook langzamerhand afnemen. Dit kan vergeleken worden met een amputatie, in dit geval moet ook iemand afscheid nemen van een deel van zijn lichaam. Bij COPD patiënten moeten ze afscheid nemen van een stukje mogelijkheden. Om dezelfde kwaliteit van leven te hanteren moeten ze hun lichaamsbeleving en eisen aan hun lichaam en zichzelf steeds aanpassen.

<sup>5</sup> Bij COPD patiënten is roken een van de belangrijkste oorzaken van het ontstaan van de aandoening. Doordat de oorzaak niet buiten hun ligt, maar ze hier zelf een aandeel in hebben gehad een schuldgevoel veroorzaken. Ze niet kunnen accepteren dat ze zelf een rol hebben gespeeld worden ze telkens als ze een beperking van hun lichaam ervaren hiermee geconfronteerd. De lichaamsbeleving is negatief, het doel van de behandeling is de positieve kanten van het lichaam te laten ervaren en ze begeleiden in hun acceptatieproces.

<sup>6</sup> Bij astma vanaf jongst af aan en bij COPD pas op latere leeftijd, hebben patiënten met een longaandoening vaak negatieve ervaringen met inspanning. Bij(geringe) inspanning worden zij kortademig en/of benauwd waardoor zij stoppen met bewegen. Hier begint de vicieuze: minder bewegen verminderd te conditie, en als zij dan toch weer gaan bewegen met een verminderde conditie worden ze sneller benauwd dan voorheen. Wat hun ervaring met bewegen weer bevestigd. Door succeservaringen in laagdrempelige bewegingsactiviteiten of ondernemingen, zoals jeux de boules of koersbal, kan de relatie met het lichaam genormaliseerd worden (Emck & Bosscher 2004) en hun lichaamsbeleving positief beïnvloed worden.

<sup>7</sup> Zelfmanagement is het verwerven van vaardigheden, zowel cognitief als gedragsmatig, waardoor de patiënt meer verantwoordelijk is voor zijn eigen keuzes. Het onafhankelijk worden van hulpverleners, het meer vertrouwen op de eigen interpretaties van lichaamssignalen en vertrouwen op eigen keuze die vervolgens gemaakt wordt. Omdat het veel te maken heeft met de zelfstandigheid en het vertrouwen dat je het zelf aankunt past deze onder het thema vertrouwen.

<sup>8</sup> Disfunctionele cognities zijn gedachten die longpatiënten hebben over zichzelf maar niet kloppend zijn. Een voorbeeld hiervan kan zijn: ik ben een keer benauwd geworden toen ik de trap op liep, dus van traplopen wordt ik benauwd. Traplopen moet ik vermijden. Dit probleemgebied is geplaatst binnen vertrouwen omdat de patiënt weer moet gaan vertrouwen in zijn eigen kunnen en ervaren dat deze cognities niet kloppen.

## 6 Methode

### 6.1 Onderzoeksbenadering

‘Psychomotorische therapie in de longrevalidatie’ is een literatuuronderzoek naar de theoretische achtergronden van thema’s uit de praktijk van de longrevalidatie. Het doel van dit onderzoek is om de thema’s goed te kunnen beschrijven en onderbouwen zodat andere psychomotorische therapeuten deze in de praktijk kunnen gebruiken. Om de toepassing op de praktijk concreet te maken worden hier ook activiteiten aan gekoppeld.

Dit verslag bestaat uit drie verschillende onderzoektypes. De vraagstelling van dit verslag is opgedeeld in deelvragen om tot het antwoord van de vraagstelling te komen. Deze deelvragen bestonden uit de definities ‘longrevalidatie’ en ‘kwaliteit van leven’ en om deze te kunnen beschrijven is gebruik gemaakt van het type ‘definiërend onderzoek’. Voor de psychomotorische thema’s is gebruik gemaakt van het type ‘beschrijvend onderzoek’. Er is per probleemgebied gezocht naar de eigenschappen en kenmerken om te kunnen verantwoorden dat deze passen binnen de behandeling in de longrevalidatie. De lichaams- en bewegingsgerichte activiteiten waar het verslag mee afgesloten wordt zijn in de vorm van een ‘voorschrijvend onderzoek’ geschreven. Het gaat hier namelijk om een behandelopzet die bestaat uit richtlijnen voor een behandeling van patiënten met een longaandoening in de longrevalidatie.

### 6.2 Dataverzamelingstechnieken

Het gekozen onderwerp is gekoppeld aan de stage plek van het 4<sup>e</sup> jaar. Hierdoor was informatie over de doelgroep en het concept longrevalidatie al bekend. Daarnaast bestond de eerste fase uit het zoeken van zoveel mogelijk literatuur met betrekking tot psychomotorische therapie en longrevalidatie om een onderwerp te vormen. Nadat de vraagstelling geformuleerd is, is het zoeken van literatuur concreter geworden. Er is gekeken naar beschikbare literatuur binnen de instelling bij de disciplines bewegingstherapie, creatieve therapie, fysiotherapie en psychologie. Het boek ‘120 vragen over Astma en COPD’ was vanuit stage te gebruiken. Daarnaast waren er verschillende artikelen van de longarts J. Molema en psychologen J. Vercoulen en J. Kalkman over de rol van longrevalidatie en adaptatie van de aandoening. Ook was er bij de creatieve therapie een scriptie met als onderwerp ‘Mandalatekenen als onderdeel van een creatief therapeutische diagnose voor coping-gedrag’. Binnen de stage instelling is ook een onderzoekscentrum gevestigd waar men naartoe kan gaan voor informatie over onderwerpen of speciale artikelen. Hier is gebruik van gemaakt, maar het onderzoekscentrum beschikte niet over meer databanken waardoor hier verder geen gebruik meer van is gemaakt.

De databanken die gebruikt zijn voor het verkrijgen van literatuur zijn PubMed, Picarta, HBO-kennisbank, Scholar Google, Books Google en de SeekQ databank van Mediacentrum Windesheim om in alle databanken tegelijk te zoeken. Het was lastig om tot goede zoektermen te komen voor bruikbare literatuur. De volgende zoektermen zijn uiteindelijk gebruikt, maar niet alle zoektermen hebben tot bruikbare literatuur geleid. Chronic Disease, COPD, Asthma, respiratory disorders, pulmonary rehabilitation, physical activity/exercise, psychological, psychotherapeutic, coping, quality of life, social relationships, adaptation, acceptance, self-efficacy en self-management. Deze zoektermen zijn in verschillende combinaties gebruikt om een brede zoekterm te creëren. Er is ook gebruik gemaakt van de bibliotheek van de Radboud Universiteit in Nijmegen. Hier zijn de boeken ‘Handboek psychologische interventies bij chronisch-somatische aandoeningen’ (Pool, G. e.a. 2004), ‘Coping with Chronic Disease’ (Burish, T.G. 1983) en Psychomotorische therapie: Bewegen in beeld (Simons & Konsten, 1996) geleend. De gekozen literatuur is geselecteerd na het lezen van de abstract en het scannen het document. Er is gekeken of er geschreven werd over thema’s bij behandelingen of longrevalidatie die herkenbaar zijn uit de praktijk of uit onderzoek zijn gebleken. Ook is er gekeken naar determinanten die betrekking hebben op de kwaliteit van leven. In eerste instantie zijn alle artikelen die maar enige bruikbare informatie leken te bevatten opgeslagen om ze vervolgens intensief te lezen en een nieuwe selectie van bruikbare artikelen te maken. Artikelen die teveel alleen op het fysieke aspect gericht waren zoals fysiotherapeutische, huisartsen en longartsen literatuur heb ik niet

gebruikt omdat deze te weinig beschreven vanuit de psychosociale visie. Een literatuuronderzoek bestaat voor een groot deel van de tijd uit het doorlezen van de verkregen artikelen, boeken en verdere internetinformatie. Er is tijdens het lezen gebruik gemaakt van een schema om de artikelen en verdere literatuur te kunnen ordenen. In het schema was ook ruimte voor een kleine samenvatting of belangrijke steekwoorden zodat de informatie tijdens het typen van dit verslag snel teruggevonden kon worden. Dit is een effectieve manier geweest om overzicht te houden en tijd te besparen. Na al deze stappen zijn de hoofdstukken en paragrafen met een klein stukje tekst wat er ongeveer in moet komen te staan getypt en toen kon het echte schrijven beginnen.

## 7 Resultaten

De vraagstelling van dit onderzoek bestaat uit twee onderdelen: Thema's & bewegings- en lichaamsgerichte activiteiten, die aangeboden kunnen worden tijdens psychomotorische therapie binnen de longrevalidatie. Het eerste onderdeel van deze literatuurstudie bestaat uit het theoretisch onderbouwen van 'praktijk' behandeldoelen, aangevuld met behandeldoelen uit de literatuur. Hier is een overzicht van gemaakt bestaand uit 3 kolommen. Kolom een weergeeft het behandeldoel, kolom twee geeft een korte samenvatting van de oorzaak, gevolgen en belangen van het behandeldoel die uitgebreid beschreven zijn in bijlage 2. En kolom drie weergeeft de auteurs waar deze theoretische onderbouwing beschreven is. Dit overzicht is hieronder toegevoegd in tabel 3. Het tweede onderdeel, de activiteiten, zijn beschreven in een opzet voor een behandeling per bewegingsthema uit de psychomotorische therapie. Deze opzet is te vinden in bijlage 3.

Tabel 3: Theoretische onderbouwing van behandeldoelen

Behandeldoel	Samenvatting	Auteur(s)
Goede energieverdeling – in de literatuur ook beschreven als: balans bereik en beleven vinden	Een balans bij ondernemingen vinden tussen rust en activiteit waardoor het langer volgehouden kan worden. Maar ook de discrepantie tussen lichamelijke mogelijkheden en wensen naar elkaar toe brengen	Brekelsmans & Fellingner (1995)
Temporiseren	Het op zoek gaan naar een nieuw tempo van ondernemen dat past bij de lichamelijke mogelijkheden, waardoor activiteiten langer volgehouden kunnen worden.	Geen literatuur gevonden
Lichamelijke grenzen hanteren	Grenzen hanteren door te luisteren naar lichaamssignalen. Deze niet bagatelliseren of overschatten. Ook aandacht voor grenzen van de partner.	Kuyper (2004)
Positieve lichaamsbeleving	De manier waarop je je eigen lichaam ervaart, beleeft en beoordeelt. Bij longaandoeningen wordt het lichaam constant geconfronteerd met beperkingen. Lichaam wordt gezien als object.	Bois (1992) Brekelsmans & Fellingner (1995) Boonstra et al (2002) Moolen van der (2004)
Lichaamssignalen verkennen, herkennen en erkennen en de interpretatie ervan – in de literatuur als 'symptoomperceptie of waarnemingsmogelijkheden verbeteren' beschreven	Bewust voelen en interpreteren van lichaamssignalen en hiernaar te handelen. Uit onderzoek bleek dat wanneer longpatiënten beter naar hun lichaamssignalen luisterden zij een beter medisch verloop hadden doordat zij op tijd kunnen inspelen op klachten.	Kaptein, Fischer & Scharloo (2007) Schlösser & Wempe (2004) Fritz et al. (1996).
Reactiveren en plezier terugkrijgen in ondernemen en bewegen (vertrouwen herwinnen)	Om stemming te bevorderen en de gevolgen van inactiviteit te verminderen, zowel in lichamelijke als psychosociale aspecten.	Bosscher & Emck (2000) Brekelsmans & Fellingner (1995)
Assertiviteit vergroten bij hulpverleners en sociale omgeving	Ouderen zijn minder mondig tegenover hulpverleners waardoor zij niet alle onduidelijkheden navragen. Daarnaast speelt assertiviteit een rol eenzame patiënten die hulp nodig hebben, maar ook in sociale contexten waar je moet vragen om rekening met je te houden. Sociale vaardigheidstrainingen zouden een toevoeging aan de revalidatie zijn.	Schlösser & Wempe (2004) Eek & Leinders (2004)

Hulp leren aannemen (ook afhankelijk kunnen opstellen)	Oorzaak kan in vaardigheden om het te vragen liggen, maar ook in de onderliggende acceptatie. Ervaren dat zelfstandigheid op verschillende manieren gerealiseerd kan worden.	Eek & Leinders (2004)
Angstreductie	Angst en paniek worden bepaald door bepaalde overtuigingen en copingmechanismen. Angst kan leiden tot vermijding en uiteindelijk sociale isolatie. Maar ook therapietrouw, inspanningsvermogen nemen af en slaapproblemen en vermoeidheid nemen toe	Kaptein et al. (2007) Fix et al. (1982) Deshmukh et al. (2007) Kaptein (1982) Kunik et al. (2001) Gemert (2009)
Sociale isolatie voorkomen	Bij chronisch zieken komen sociale relaties onder druk te staan en nemen deze vaak af door participatieproblemen van de patiënt. Een goede sociale omgeving speelt een belangrijke rol bij de omgang van een aandoening. Onderzoek naar longrevalidatie wijst uit dat het lotgenoten contact de kwaliteit van leven verhoogd.	Eek & Leinders (2004) Holroyd et al. (2001) Diekstra (1994) Ashmore et al. (2005) Halding et al. (2009)
Stress regulatie	Stress kan secundaire klachten ontwikkelen naar de ziektespecifieke klachten en de gezondheid verslechteren. Bij stress is de draaglast te hoog voor de draagkracht van de patiënt en moet een van de twee variabelen veranderen om een balans te vinden.	Jong (2004) Brekelmans & Fellingner (1995) Sarafino (1990)
Acceptatie bevorderen	Acceptatie is een verwerkingsproces waarin een patiënt zich moet aanpassen aan zijn nieuwe grenzen. Ervaren van mogelijkheden speelt hier een rol bij, maar ook het onderzoeken van belemmerende cognities.	Vercoulen (2008) Staps (2004)
Adequate manier van coping (adaptatie)	Loopt parallel aan het acceptatieproces. De manier van aanpassen aan een nieuwe situatie waarin een balans gevonden moet worden tussen enerzijds de cognities, emoties en het gedrag en anderzijds de aandoening. Er zijn twee belangrijkste coping stijlen: Vermijden van ondernemingen en negeren van klachten en de aandoening.	Molema et al. (2009) Antonovsky (1979) Coelho et al. (1974) Cohen et al. (1979) Ursin (1978) Brekelmans & Fellingner (1995) Hesselink (2003) Vercoulen et al. (2008)
Psycho-educatie	Om kennistekorten of misvattingen met betrekking tot de longaandoening recht te zetten. Dit is belangrijk voor een optimale leefstijl.	Wempe & Schlösser (2004) Schlösser & Wempe (2004)
Conditie, uithoudingsvermogen en spierkracht verbeteren	Bewegen wordt vermeden door angst of weinig kennis over leefregels. Maar is goed voor o.a. ademhalingsspieren versterken, spieren wennen aan minder zuurstof, sneller herstel na griep, dagelijkse activiteiten gaan gemakkelijker. In combinatie met psychosociale interventies meeste verbetering in kwaliteit van leven.	Astmafonds website Molema et al. (2009) Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg (2005) Anonymous (1999), Cambach (1999), Lacasse (2002), Salman (2003)
Disfunctionele cognities herstructureren	Gedachten over de chronische aandoening en gezondheid die niet kloppend zijn en de longpatiënt hierdoor belemmerd in zijn functioneren. Cognities veranderen door de gevolgen van problemen na te gaan, of ervaren dat de cognities niet kloppen.	Bouman & Schaap (2004) Vercoulen et al. (2008)

Zelfmanagement vergroten	Het bewust nemen van beslissingen die te maken hebben met de aandoening en het de vaardigheden die een patiënt beheerst om zijn aandoening zelfstandig te controleren/beheersen. Zelfmanagement wijst op een gezondheidswinst, betere therapietrouw en een verhoogde kwaliteit van leven.	Wempe & Schlösser (2004) Bourbeau et al. (2004) Colland (2008) Bodenheimer (2002) Kaptein (2007) Thoonen et al. (2003)
Therapietrouw vergroten	Het gevaar van therapieontrouw is dat medicatie verkeerd wordt ingenomen en leefregels niet nageleefd worden waardoor de gezondheidstoestand niet zal verbeteren. Een belangrijk aspect dat therapietrouw kan bevorderen is het begrijpen van het nut ervan en de aansluiting bij eigen ideeën over de behandeling.	Brekelmans & Fellingier (1995) Colland (2008) Sackett (1976) Vink (1990)
Depressie behandelen	Depressie komt vaak voor bij COPD. Heeft negatieve gevolgen op de therapietrouw, kwaliteit van leven, frequentie en duur van ziekenhuisopnames en fysiek functioneren.	Gemert (2009) Emck & Bosscher (2004) Maurer et al. (2008)
Self-efficacy & controle over de aandoening vergroten	Vertrouwen hebben in het zelf kunnen beheersen van bijvoorbeeld benauwdheid, de controle hebben over eigen lichaam, hangt samen met een hogere kwaliteit van leven. Het is belangrijk om hiernaar te kijken en deze controle/beheersing te oefenen met een longpatiënt door middel van bijvoorbeeld ademhalingsoefeningen.	Scherer et al. (1998) Hesselink et al. (2003) Vercoulen et al. (2008) Heuvel & Ranchor (2004) Brenes (2003) Kohler et al. (2002)
Adequate uiting van emoties	Het uiten van heftige emoties is lastig voor mensen met COPD of astma omdat dit de benauwdheid en kortademigheid kan versterken. Het is belangrijk dat ze dit niet gaan vermijden, maar een adequate manier vinden om deze toch te verwerken.	Schlösser & Wempe (2004).
Afname preoccupatie van lichamelijke klachten	Niet teveel aandacht voor lichaamssignalen, klachten en andere factoren die een rol spelen bij een longaandoening, maar ook niet te weinig aandacht. Voorbeeld van te veel aandacht is het overmatig meten van de saturatie in verschillende situaties.	Bouman (2004) Vercoulen et al. (2008) Rietveld & Brosschot (1999)
Rouwverwerking	Een progressieve chronische ziekte gaat gepaard met verlieservaringen. Uit onderzoek is gebleken dat verlies van gezondheid vergeleken kan worden met een verlies van een dierbare. Door opnieuw aan te passen aan nieuwe situatie kan de waardering voor zichzelf en het leven weer terugkomen.	Jaspers (2004) Wempe & Schlösser (2004) Murray (2001) Schroevens (2002) Vercoulen et al. (2008)
Problemen bij intimiteit en seksualiteit behandelen	Er zijn verschillende aspecten die invloed kunnen hebben op seksualiteit: vertrouwen in eigen lichaam, klachten die belemmeringen geven (vermoeidheid/benauwdheid), angst voor benauwdheidsaanvallen en controleverlies, schaamte voor lichaamsverandering en de emoties op seksuele motivatie.	Bender & Vessies (2004)
Veranderingen in maatschappelijke en/of systeemfuncties accepteren	Oude structuren in gezinnen zijn niet meer te gebruiken door beperkingen, waardoor nieuwe rolverdelingen moeten ontstaan. Dit is geen makkelijke opgave. Daarbij kan iemand zich nutteloos voelen in de maatschappij of is het lastig een goede dagstructuur te vinden wanneer iemand geen werk meer heeft.	Wempe & Schlösser (2004) Hartgers (2004)

## 8 Discussie

De vraagstelling van dit onderzoek luidt: “Welke thema’s en lichaams- en bewegingsgerichte activiteiten binnen de psychomotorische behandeling kunnen worden aangeboden binnen de longrevalidatie, om de kwaliteit van leven te bevorderen?”

Het doel van het onderzoeken van de thema’s hield in dat het onderbouwd zal worden met een theoretische achtergrond. Het zoeken naar literatuur heeft de meeste tijd in beslag genomen tijdens dit onderzoek, maar niet altijd met evenveel resultaat. Er is beperkt aantal informatie beschikbaar over psychomotorische therapie in de longrevalidatie. Om deze reden is er vooral gebruikt gemaakt van literatuur over psychomotorische therapie bij chronisch zieken of anderen therapievormen bij chronisch zieken die overeenkomstige behandeldoelen gebruiken. Daarnaast is er gebruik gemaakt van veel verschillende bronnen zoals artikelen, boeken, internetpagina’s en tijdschriften, en geschreven door een grote verscheidenheid aan auteurs. De literatuur is echter wel beperkt tot een bepaalde selectie, ondanks dat er nog meer bronnen beschikbaar zijn, waardoor de validiteit van het onderzoek verhoogd kan worden bij meer bronnengebruik.

Opmerkelijk aan het theoretische onderzoek is dat voor twee behandeldoelen uit de praktijk van mijn stageplek, geen literatuur gevonden is. Het gaat hier om de behandeldoelen ‘temporiseren’ en ‘lichamelijke grenshantering’. Er werd wel meerdere keren naar verwezen, maar er was nergens informatie te vinden over het belang van verandering, of de oorzaak en gevolgen van deze doelen. Daarnaast zijn er ook weer nieuwe behandeldoelen naar voren gekomen uit het onderzoek. Deze doelen worden in de praktijk wel meegenomen tijdens een behandeling, maar het is ook goed om ze expliciet te kunnen benoemen en omschrijven.

Als laatste punt, was het lastig om de verschillende behandeldoelen af te bakenen omdat er veel overlappingen zijn. Naast overlappingen zijn het vaak ook wisselwerkingen op elkaar waardoor doelen onlosmakelijk verbonden met elkaar zijn. Een voorbeeld is de vicieuze cirkel van angst of passiviteit naar sociale isolatie.

## 9 Conclusie

“Welke thema’s en lichaams- en bewegingsgerichte activiteiten binnen de psychomotorische behandeling kunnen worden aangeboden binnen de longrevalidatie, om de kwaliteit van leven te bevorderen?”

Vanuit de praktijk zijn een reeks aan behandeldoelen beschreven die in dit verslag gekoppeld zijn aan een theoretische onderbouwing. Daarnaast is deze reeks nog aangevuld met behandeldoelen die naar voren zijn gekomen vanuit de literatuur. Het overzicht van deze behandeldoelen is te vinden in hoofdstuk 5.2.6 en de onderbouwing vanuit de literatuur is te vinden in bijlage 2. De behandeldoelen zijn onderverdeeld over de volgende psychomotorische bewegingsthema’s:

1. Motorische sociale sensibiliteit
2. Ruimte
3. Kracht
4. Lichaamsbeleving
5. Vertrouwen
6. Relaxatie

Deze zes thema’s kunnen aangeboden worden binnen de longrevalidatie en vanuit deze thema’s kunnen de behandeldoelen uit bijlage 2 opgesteld worden. Per thema is een voorbeeld van een activiteit gevonden, ondersteund door een referentiekader en passende attitude. Een overzicht hiervan is te vinden in bijlage 3.

Het tweede deel van de vraagstelling bestaat uit het onderwerp ‘de bevordering van kwaliteit van leven’. Uit het onderzoek is gebleken dat de kwaliteit van leven niet altijd in verband staat met de ernst van een aandoening. Er zijn zes verschillende determinanten die van belang zijn voor een hogere kwaliteit van leven, ondanks het hebben van een ernstige longaandoening:

1. Goede symptoomperceptie
2. Sociale steun en integratie
3. Adequate coping/adaptatie
4. Inspanningstraining (alleen in combinatie met psychosociale interventies)
5. Zelfmanagement
6. Self-efficacy

## 10 Aanbevelingen

Er is onderzoek gedaan naar de zes determinanten benoemd in hoofdstuk 9 en daarom is er bewijs dat deze de kwaliteit van leven positief beïnvloeden. Andere behandeldoelen kunnen ook grote invloed hebben op de kwaliteit van leven, maar om dit te bewijzen moet hier nog meer onderzoek naar gedaan worden. Daarnaast is er nog weinig tot geen onderzoek gedaan naar de effecten van psychomotorische therapie binnen de longrevalidatie waardoor hier geen conclusie over getrokken kan worden. Ook zal de validiteit van dit onderzoek verhoogd worden wanneer er nog meer onderzoek gedaan zal worden over onder andere de behandeldoelen ‘temporiseren’ en ‘grenshantering’. Deze worden namelijk wel veelvuldig gebruikt in de praktijk in combinatie met andere doelen. Als laatste is er ook geen onderzoek gedaan naar de effecten van de activiteiten die bij de thema’s benoemd zijn. Dit zijn activiteiten die op stage of de opleiding gebruikt worden in verschillende contexten.



## 11 Literatuur

- American Accreditation HealthCare Commission (2008). *Emphysema*. [Online afbeelding] Gedownload op 12 juni 2011 van <http://0.tqn.com/f/p/440/graphics/images/en/17055.jpg>
- Anonymus. American Thoracic Society/European Respiratory Society Statement: standards for the diagnosis and management of individuals with alpha-1 antitrypsin deficiency. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 2003,168, 818-900.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey-Bass
- Ashmore, J.A., Emery, C.F., Hauck, E.R. & MacIntyre, N.R. (2005). Marital adjustment among with patients chronic obstructive pulmonary disease who are participating in pulmonary rehabilitation. *Heart Lung*, 34, 270-278.
- Astma. (2005). In: M.H. Beers, A.J. Fletcher, B. Chir & T.V. Jones (Red.), *De Merck Medisch handboek (2<sup>e</sup> ed.)*. Sectie: Longen en Luchtweegen. Houten: Bohn Stafleu van Loghum. [Online afbeelding] Gedownload op 13 juni 2011 van [http://www.merckmanual.nl/media/mmhe2/figures/2004LAD43\\_01.gif](http://www.merckmanual.nl/media/mmhe2/figures/2004LAD43_01.gif)
- Bender, J. & Vessies, D. (2004). Ziekte, intimiteit en seksualiteit. In G. Pool e.a. *Handboek psychologische interventies bij chronisch-somatisch aandoeningen*. (pp. 217-229). Assen, Koninklijke Van Gorcum.
- Bois, R. du (1992). *Körper Erleben und Psychische Entwicklung*. Göttingen: Verlag für Psychologie.
- Boonstra, I., Mengerink, B. & Woudstra, G. (2002). *Productbeschrijving psychomotorische therapie met (ex)-kankerpatiënten*. Groningen: AZG/NVPMT.
- Bouman, T. (2004). Preoccupatie met lichamelijke klachten. In G. Pool e.a. *Handboek psychologische interventies bij chronisch-somatisch aandoeningen*. (pp. 368-385). Assen, Koninklijke Van Gorcum.
- Bodenheimer, T. Lorig, K., Holman, H. & Gumbach, K.(2002). Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA*, 288, 2469-2475.
- Boman, T. & Schaap, C. (2004). Cognities: wat moet ik hiervan denken? In G. Pool e.a. *Handboek psychologische interventies bij chronisch-somatisch aandoeningen*. (pp. 143-152). Assen, Koninklijke Van Gorcum.
- Bourbeau, J., Nault, D., & Dang-Tan, T. (2004). Self-management and behaviour modification in COPD. *Patient Education and Counseling*, 52, 271-277.
- Braam, S. (2005) Op weg PMT gestalte te geven in het Nederlands Astmacentrum Davos - Wat kan de meerwaarde zijn van PMT in de Longrevalidatie. *Het Web*, 2005, pp. 11-16.
- Brenes, G. A. (2003). Anxiety and chronic obstructive pulmonary disease: prevalence, impact and treatment. *Psychosomatic Medicine*, 65, 963-970.
- Brink, W.T.J. van den (2007). *120 vragen over Astma en COPD – Informatie over luchtwegaandoeningen*. Utrecht: Spectrum
- Brekelmans, F. & Fellingner, P. (1995). Gezond omgaan met een chronische aandoening – Gedragstherapeutische uitgangspunten voor psychomotorische therapie in relatie tot het (be)handelen van mensen met CARA. In J. Simons & L. Konsten (red.), *Psychomotorische therapie – Beweging in beeld*. (pp. 187-205). Leuven: Acco.
- Burish, T.G. & Bradley, L.A. (1983). *Coping With Chronic Disease*. New York: Academic Press, Inc.
- Cambach, W., Wagenaar, R.C., Koelman, T.W., Van Keimpema, A.R. & Kemper, H.C. The long-term effects of pulmonary rehabilitation in patients with asthma and chronic obstructive pulmonary disease: a research synthesis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 1999, 80, 103-111
- Coelho, G.V., Hamburg, D.A. & Adams, J.E. (1974). *Coping and adaptation*. New York: Basic Books inc.
- Cohen, F. & Lazerus, R.S. (1979). Coping with the stresses of illness. In: C.G. Stone, F. Cohen & N.E. Adler (red.). *Health Psychology – A Handbook: theories, applications and challenges of a psychological approach to the health care system*. (pp. 217-254). San Francisco: Jossey Bass.
- Colland, V.T. (2008). Zelfmanagement en therapietrouw: ménage à deux van dokter en patiënt. *Tijdschrift voor Kindergeneeskunde*, jaargang 76, (4), 205-213.

- Diekstra, R. (1994). *Het geestige lichaam: tussen brein en body*. Utrecht: Bruna.
- Emck, C. & Bosscher, R.J. (2004). Psychomotorische interventies: bewegingservaring op maat. In G. Pool e.a. *Handboek psychologische interventies bij chronisch-somatisch aandoeningen*. (pp. 368-385). Assen, Koninklijke Van Gorcum.
- Emck, C. & Smit, Ch. (2000). Wat beweegt hen? Over adolescenten en psychomotoriek. In: J. van de Putte, J. Uiterlaar, P. Cohen-Kettenis & W. Matthijs (red.), *Uit de kinderschoenen – 60 jaar Kinder- en Jeugdpsychiatrie UMC-Utrecht*. Assen: Van Gorcum.
- Fix, A.J., Golden, C.J.A., Daughton, D., Kass, I.A. & Bell, C.W. (1982). Neuropsychological deficits among patients with chronic obstructive pulmonary disease. *International Journal of Neuroscience*, 6, 99-105.
- Fritz, G.K., Yeung, A., Wamboldt, M.Z., Spirito, A., McQuaid, E.L., Klein, R. & Seifer, R. (1996). Quality of life and exercise tolerance in chronic obstructive pulmonary disease: efforts of a short and intensive inpatient rehabilitation program. *American Journal of Physical and Medical Rehabilitation* 78, 330-335.
- Gemert, F. van, (2009). Angst en depressie bij patiënten met COPD. In B. Thoonen et al. (red.) *CAHAG Bulletin*, 2009, 3.
- Halding, A., Whal, A. & Heggdal, K. (2009). 'Belonging'. 'Patients' experiences of social relationships during pulmonary rehabilitation. *Disability and rehabilitation*, 2010. 32 (15), 1272-1280.
- Heijerman, F. (2010). *Aantekeningen van het schoolthema 'Bewegen en fysieke beperkingen'*. Aangeboden in schooljaar 2010/2011, semester 1.
- Herwaarden, C.L.A. van, Folgering, H.Th.M. & Decramer, M. (1999). Revalidatie. In M. Demedts, J.H. Dijkman, C. Hilvering, & D.S. Postma (Red), *Longziekten*. (pp. 507-516). Assen: Van Gorcum.
- Hesselink, A.E., Penninx, B.W.J.H., Schlösser, M.A.G., Wijnhoven, H.A.H., van der Windt, D.A.W.M., Kriegsman, D.M.W. & van Eijk, J.Th.M. (2003). The role of coping resources and coping style in quality of life of patients with asthma or COPD. *Quality of Life Research* 2004, 13, 509-518.
- Heuvel, F. & Ranchor, A V. (2004). Ziek zijn en welzijn: de rol van controle. . In G. Pool e.a. *Handboek psychologische interventies bij chronisch-somatisch aandoeningen*. (pp. 81-91). Assen, Koninklijke Van Gorcum.
- Hoeymans, N., Melse, J.M. & Schoemaker, C.G., (2010). *Gezondheid en determinanten - Deelrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010, Van gezond naar beter*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Holroyd, E., Twinn, S. & Shiu, A. (2001). Evaluating psychosocial nursing interventions for cardiac clients and their caregivers: a case study of the community rehabilitation network in Hong Kong. *Journal of Advances Nursing*, 35, 393-401.
- Jaspers, J. (2004). Na de diagnose: ziekte als trauma en verlies. In G. Pool e.a. *Handboek psychologische interventies bij chronisch-somatisch aandoeningen*. (pp. 153-163). Assen, Koninklijke Van Gorcum.
- Jong, M de (2004). Dagelijks getob: stress, stressoren en stress-management. In G. Pool e.a. *Handboek psychologische interventies bij chronisch-somatisch aandoeningen*. (pp. 185-196). Assen, Koninklijke Van Gorcum.
- Kaptein, A.A. (1982). Psychological correlates of length of hospitalization and rehospitalization in patients with acute severe asthma. *Social Science & Medicine*, 16, 725 – 729.
- Kaptein, A.A., Fischer, M.J. & Scharloo M. (2007). Respiratoire aandoeningen en medische psychologie. *Psychologie en gezondheid*, 2007 (35/3) pp. 137-151.
- Kohler, C. L., Fish, L., & Greene, P. G. (2002). The relationship of perceived self-efficacy to quality of life in chronic obstructive pulmonary disease. *Health Psychology*, 21, 610-614.
- Kragten, R. (z.d.). *Onderzoek naar de Kwaliteit Van Het Bestaan*. Geraadpleegd op 20 juni 2011, van <http://www.kwaliteit.nl/qualife.htm>
- Kunik, M.E., Braun, U., Stanley, M.A., Wristers, K., Molinari, V., Stoebner, D. et al. (2001). One session cognitive behavioural therapy for elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Psychological Medicine*, 31, 717-723.

- Kuyken, W. (1995). The World Health Organisation Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organisation. *Social Science Medicine*, 41 (10), 1403-1409.
- Kuyper, M. (2004) Grenzen? Partner van een chronisch zieke. In G. Pool e.a. *Handboek psychologische interventies bij chronisch-somatisch aandoeningen*. (pp. 207-216). Assen, Koninklijke Van Gorcum.
- Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Richtlijn Ketenzorg COPD. Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 2005.
- Lacasse, Y., Brosseau, L., Milne, S., Martin, S., Wong, E. & Guyatt G.H. Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2002, 3, CD003793.
- Lehman, A. F. (1988) A Quality Of Life Interview For The Chronically Mentally Ill : Evaluation and Program Planning : Vol 11, No, 51-62
- Leysen, L. (2004). Word Wijzer van Elkaar; voor een beter zelfmanagement van mensen met astma en COPD. *Inspiratie, oktober 2004*.
- Maurer, J., Rebbapragada, V., Borson, S., Goldstein, R., Kunik, M.E., Yohannes, A.M. & Hanaia, N.A. (2008). Anxiety and Depression in COPD: Current Understanding, Unanswered Questions, and Research Needs. *Chest*, 134, 43-56.
- Meijden, H. van der, & Bosscher, R., (2006). *Psychomotorische Therapie voor mensen met chronische pijn, een methodisch raamwerk*. Zwolle: Windesheim.
- Molema, J., Vercoulen, J.H.M.M. & Verblackt, H.W.J. (2009). Longrevalidatie. In P.J.E. Bindels & J.-W.J. Lammers (red.). *Longziekten*. (pp. 185-203). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Moolen, van der C. (2004). Het eigen lichaam: lichaamsbeeld en lichaamsbeleving. In G. Pool e.a. *Handboek psychologische interventies bij chronisch-somatisch aandoeningen*. (pp. 178-184). Assen, Koninklijke Van Gorcum.
- Murray, J.A. (2001). Loss as a universal concept: a review of the literature tot identify common aspects of loss in diverse situations. *Journal of Loss and Trauma*, 6, 219-241.
- Nicolson, P., & Anderson, P. (2003). Quality of life, distress and self-esteem: A focus group study of people with chronic bronchitis. *British Journal of Health Psychology*, 8, 251-270.
- Pennings, H.J. & Akkermans, M., (2006). Hoofdstuk 8 Revalidatie. In B.S. Boots & H.A.M. Kerstjens (Red.), *Zorg rondom COPD*. (pp. 103-121). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Rabe, K.F., Hurd, S., Anzueot, A., Barnes, P.J., Buist, S.A., Calverley, P., Fukuchi, Y., Jenkins, C., Rodriguez-Roisin, R., van, W.C., & Zielinski, J. (2007). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: GOLD executive summary. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 176, 532-555.
- Rietveld, S. & Brosschot, J.F. (1999). Current perspectives on symptom perception in asthma: a biomedical and psychological review. *Behavioural Medicine*, 6, 120-134.
- Sackett, D.L. (1976) The magnitude of compliance and non-compliance. In: D.L.Sackett & R.B. Haynes (red.). *Compliance with therapeutic regimens*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Salman, G.F., Mosier, M.C., Beasley, B.W. & Calkins, D.R. Rehabilitation for patients with chronic obstructive pulmonary disease: meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of General Internal Medicine* 2003,18, 213-221.
- Sarafino, E.P. (1990). *Health psychology: biopsychosocial interactions*. New York: John Wiley & Sons.
- Scherer, Y. K., Schmieder, L. E., & Shimmel, S. (1998). The effects of education alone and in combination with pulmonary rehabilitation on self-efficacy in patients with COPD. *Rehabilitation Nursing*, 23, 71-77.
- Schlösser, M. & Wempe, J. (2004). Astma en COPD – casuïstiek. In G. Pool e.a. *Handboek psychologische interventies bij chronisch-somatisch aandoeningen*. (pp. 574-582). Assen, Koninklijke Van Gorcum.
- Schroevens, M.J. (2002). *Short- and long-term adaptation to cancer*. Proefschrift Rijksuniversiteit Groningen.
- Spilker, P. (1990). *Quality of life Assessments in Clinical Trials*. New York: Raven Press

- Steenenbergh, P.A., Loveren, H. van, Vandebriel, R.J., Vos, J.G., Opperhuizen, A., & Amsterdam, J.G.C. van (July 2000). The prevalence of asthma and allergy increases: a world-wide problem. *Research for man and environment*, (Rapport 6402500044) p. 3.
- Thoonen, B.P.A., Schermer, T.R.J., Van den Boom, G., Molema, J., Folgering, H., Akkermans, R.P., et al. Self-management of asthma in general practice, asthma control and quality of life: a randomised controlled trial. *Thorax* 2003, 58, 30-36.
- UMC Utrecht (2011). *Longaandoeningen*. [Online afbeelding] Gedownload op 13 juni 2011 van <http://www.gezondlevenumcutrecht.nl/images/westrat/slijmvorming20110301092831.jpg>
- Ursin, H. (1978). Activation, coping and psychosomatics. In: H. Ursin, E. Baade, S. Levine (red.). *Psychobiology of stress. A study of coping men*. Academic Press.
- Vercoulen, J.H.M.M., Kalkman, J.S. & Servaes, P. (2008). Longziekten: een complexe interactie tussen de fysiologische stoornis en gedragsfactoren. *Gedragstherapie*. vol. 41, iss. 1, p. 51-63.
- Vink, J. Gezondheid, gedrag en gedragstherapie. (1990) In: J. Orlemans e.a. (red.). *Handboek voor Gedragstherapie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Vloed, J. van der (2010). Zorgstandaard COPD. *Astma fond*. Geraadpleegd op 12 juni 2011, van <http://www.astmafonds.nl/downloads/ZorgstandaardCOPD.pdf>
- Wempe, J. & Schlösser, M. (2004). Luchtwegen en ademhaling: astma en COPD. In G. Pool e.a. *Handboek psychologische interventies bij chronisch-somatisch aandoeningen*. (pp. 478-488). Assen, Koninklijke Van Gorcum.
- WHO-FIC Collaborating Centre, RIVM (2002). *ICF. Nederlandse vertaling van de 'International Classification of functioning, disability and health' compilatie*. Houten: Bohn Stafleu Van Lochem.
- Wolleswinkel-van den Bosch, J.H. , Hoeymans, N. & Treurniet, H.F. (2001). Kwaliteit van leven in de VTV - Een haalbaarheidsstudie voor acht ziekten. *Research for man and environment, RIVM* (Rapport 270553 002), p. 9.
- World Health Organization (2011). *World Chronic Obstructive Pulmonary Disease Day*. Geraadpleegd op 10 juni 2011, van [http://www.who.int/mediacentre/events/annual/world\\_copd\\_day/en/index.html](http://www.who.int/mediacentre/events/annual/world_copd_day/en/index.html)
- World Health Organization (2011). *Asthma*. Geraadpleegd op 10 juni 2011, van <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs307/en/index.html>

## **12 Bijlagen**

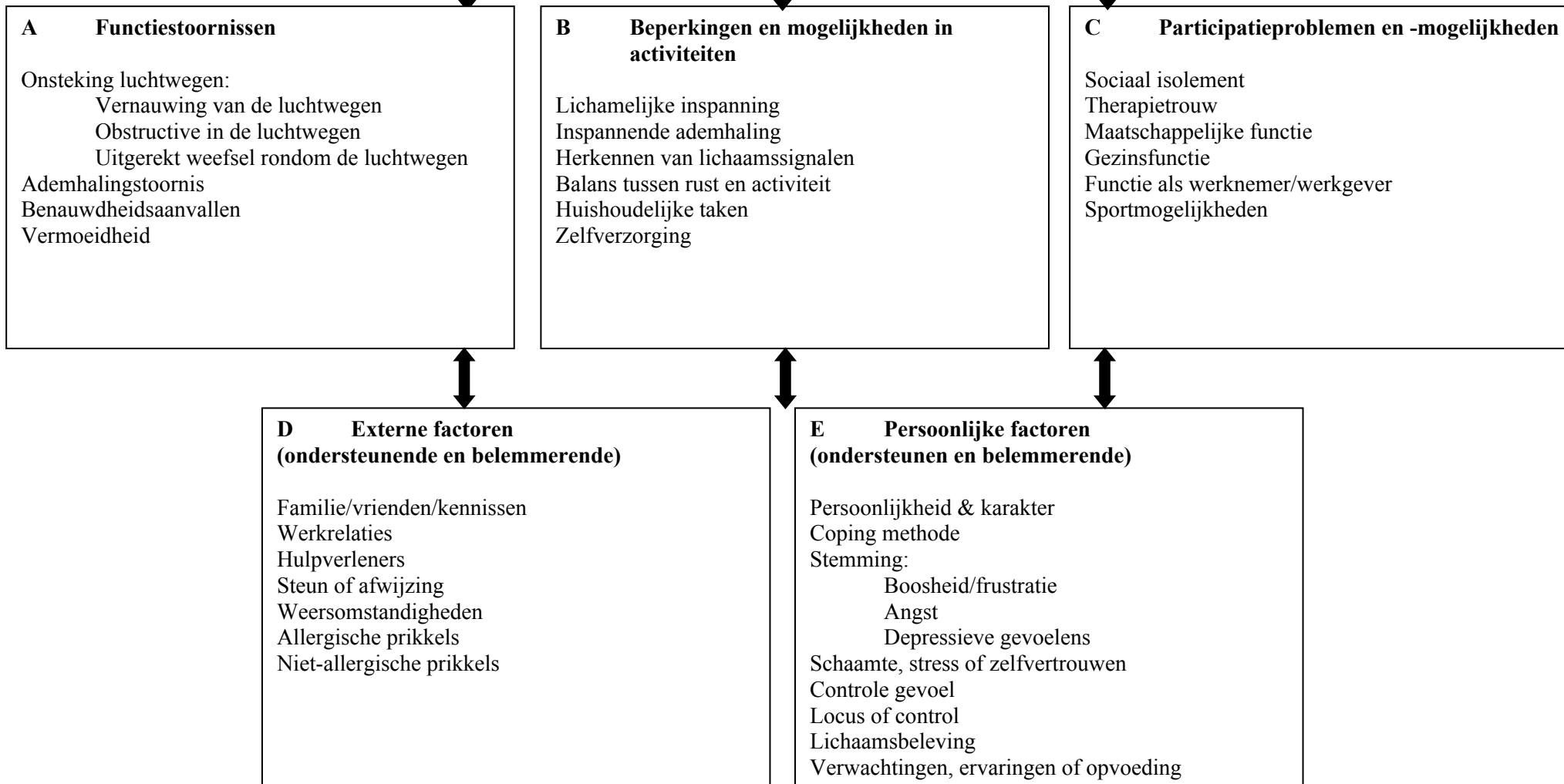
Bijlage 1 – ICF model, COPD en astma

Bijlage 2 – Theoretische uitleg en onderbouwing van de behandeldoelen

Bijlage 3 – Opzet voor een psychomotorische behandeling voor mensen met een longaandoening

**Bijlage 1:**  
Tabel 2:  
ICF model – COPD en astma

## COPD en astma



## **Bijlage 2:**

### Theoretische uitleg en onderbouwing van de behandeldoelen

◆ Goede energieverdeling – in de literatuur ook beschreven als: balans bereik en beleven vinden  
In de praktijk is het belang van een goede energieverdeling te vinden in het resultaat een activiteit langer vol te kunnen houden. Wanneer een patiënt met COPD bijvoorbeeld zijn ramen wilt gaan zemen, is het belangrijk een planning op te stellen waarin zij ook het poetsen met rustpauzes afwisselt. Door op tijd af te wisselen met pauzes, zullen zij ervaren dat ze iets veel langer vol kunnen houden. Brekelmans & Fellingner (1995) spreken over een discrepantie het bereik en het beleven. Met bereik worden de fysieke, pulmonale en orthopedische mogelijkheden van een longpatiënt bedoeld. Het beleven staat daar soms recht tegenover, dit zijn de wensen, hoop en verlangens. Iemand kan veel meer verlangen te kunnen en daarom toch iets aan te gaan, terwijl dit fysiek niet meer mogelijk is. Een doel in de psychomotorische therapie is het naar elkaar brengen of opheffen van deze discrepantie.

#### ◆ Temporiseren

Temporiseren is het hervinden van een passend tempo bij het lichamelijk functioneren van nu. Veel longpatiënten wandelen in hun habituele tempo naar bijvoorbeeld de brievenbus. Doordat dit tempo eigenlijk te hoog ligt voor hun mogelijkheden ervaren zij dat zij niet meer kunnen wandelen. Door te ervaren welk tempo nu beter bij de longpatiënt past, kunnen zij bij bijvoorbeeld wandelen, meer meters maken. Na het ervaren van het nieuwe tempo, het ervaren van het positieve resultaat, zal dit nieuwe tempo de patiënt nog eigen gemaakt moeten worden. Over temporiseren als behandelgoal zijn in dit literatuuronderzoek helaas geen artikelen gevonden.

#### ◆ Lichamelijke grenzen hanteren

Lichamelijke grenzen hanteren heeft in de praktijk veel overlappings met naar je lichaamssignalen luisteren. Het voelen van grenzen, kan gedaan worden door het voelen van lichaamssignalen die aangeven dat je moet stoppen of nog verder kunt. Er zijn twee manieren van omgaan met lichaamssignalen: negeren/bagatelliseren of ze overschatten. Hier zal in de volgende alinea's dieper op in gegaan worden. Het is belangrijk om de lichamelijke grenzen te hanteren omdat overbelasting een negatief effect heeft op het verloop van de aandoening. Er is geen literatuur te vinden over grenshantering bij chronisch zieken. Kuyper (2004) spreekt echter wel over de grenshantering van de partner van de chronisch zieke. De partner heeft ook te maken met veranderingen in het systeem, wat tot onder andere overbelasting kan leiden.

#### ◆ Positieve lichaamsbeleving

Lichaamsbeleving is de wijze waarop iemand zijn eigen lichaam ervaart, beleeft en beoordeelt, op gevoelmatige, zintuiglijke en cognitieve aspecten. (Bois 1992, Moolen, van der 2004) Bij patiënten met een longaandoening wordt het lichaam constant geconfronteerd met dingen die het niet meer kan, (Brekelsmans & Fellingner 1995) mede door het progressieve karakter van de aandoening. Mensen met een chronische aandoening kunnen hierdoor hun lichaam niet meer als hun eigen zien of als onproblematisch ervaren (Boonstra et al. 2002). Naast beperkingen kan het lichaam ook te maken krijgen met gewichtstoename door prednison dat schaamte met zich mee kan brengen. (Brekelsmans & Fellingner 1995) Of het lichaam kan de patiënt belemmeren in sociale, plezierige activiteiten waardoor het negatieve gevoel benadrukt wordt. Ten grondslag van een positieve lichaamsbeleving staat het vertrouwen in het eigen lichaam, longpatiënten kunnen echter vaak niet vertrouwen op hun lichaam. Het lichaam vergt zorg, aandacht en behandeling en wordt gezien als een voorwerp dat zorg, angst en schaamte oproept. Er wordt dan gesproken van een 'geobjectiveerde lichaamsbeleving' (Brekelsmans & Fellingner 1995). Moolen (2004) beschrijft dat lichaamsbeleving een voortdurend proces is waarin het lichaam open staat voor het actuele ervaren. Wanneer dit proces stagneert, statisch wordt, is er een probleem in de lichaamsbeleving. Door dit proces weer in gang te brengen door stil te staan bij lichamelijke belevingen, wat een ervaring, gedachten of ervaring met ons lichaam 'doet', geef je het lichaam op een andere manier aandacht. Een andere manier dan alleen stil te staan bij de beperkingen of negatieve ervaringen. De interactie in deze manier is weer gericht op de buitenwereld en minder sterk op het eigen lichaam. Dit sorteert meer effect (Emck & Smit 2000).

- ◆ Lichaamssignalen verkennen, herkennen en erkennen en de interpretatie ervan – in de literatuur als ‘symptoomperceptie of waarnemingsmogelijkheden verbeteren’ beschreven

Bij grenzen hanteren is al kort ingegaan op het belang van lichaamssignalen verkennen, herkennen en erkennen. Lichaamssignalen bewust voelen en deze interpreteren speelt een belangrijke rol bij longpatiënten omdat het onvoorspelbare karakter van bijvoorbeeld astma veel vraagt van het luisteren naar de lichaamssignalen, een adequate symptoomperceptie (Kaptein et al 2007). Elke dag is anders voor longpatiënten, de ene dag kunnen ze lichamelijk meer dan de andere dag. Dit voelen zij al wanneer zij opstaan en hier zit niet altijd een duidelijke oorzaak aan. Voor mensen met een chronische aandoening is echter het benoemen van symptomen en signalen extra lastig vanwege de sluipende voortgang van de aandoening. De klachten worden langzamerhand erger en dit is onopvallender in vergelijking met een acute aandoening (Schlösser & Wempe 2004). Daarnaast is er ook een verschil in de interpretatie van klachten. Een voorbeeld hiervan is dat iemand altijd kortademig is, hij kan niet meer goed aanvoelen wanneer dit er gewoon bij hoort of wanneer het duidt op een infectie. In zulke situaties kan een partner o.d. ingeschakeld worden om op veranderingen te letten bij andere aspecten. Denk hierbij aan andere emoties of gedragingen die kunnen duiden op een infectie. Het belang van symptoomperceptie is onderzocht door Fritz et al. (1996). Fritz concludeerde uit onderzoek dat bij een verschil in objectieve maat voor klachten, zoals longfuncties, en subjectieve maat van klachten meer ziekenhuisopnames voorkwamen en een slechter medisch beloop van de aandoening. Dit resulteerde ook in een lagere kwaliteit van leven wanneer het vergeleken werd met meer overeenkomsten tussen de objectieve en subjectieve waarnemingen. Dit laat zien dat wanneer iemand meer inzicht in zijn eigen lichaamssignalen heeft, hij meer controle over de aandoening heeft en eerder kan ingrijpen of hulp kan inschakelen dan wanneer dit niet het geval is.

- ◆ Afname preoccupatie van lichamelijke klachten

Preoccupatie betekent in beslag genomen worden door een aandoening, in dit geval een longaandoening en het functioneren negatief beïnvloed wordt. Dit wordt ook wel perceptie-bias genoemd (Vercoulen et al. 2008) Hierboven is het belang van luisteren naar lichaamssignalen beschreven, maar bij preoccupatie is dit in extreme mate. Het gaat om veel te veel of juist veel te weinig. Dit komt meestal voor wanneer iemand bang is voor bijvoorbeeld benauwdheid. De patiënt is dan constant gericht op lichaamssignalen die een benauwdheidsaanval kunnen voorspellen, of juist op het alles buiten het lichaam let om maar niet te hoeven ervaren wat er in zijn lichaam gebeurt (Bouman 2004). Het gevaar aan deze focus is dat fysiologische sensaties verkeerd geïnterpreteerd kunnen worden waardoor een kleine klacht als een groot gevaar bestempeld wordt (Vercoulen et al. 2008). Dit kan snel gebeuren omdat sensaties bij longaandoening zoals kortademigheid, ook bij andere situaties (bijvoorbeeld inspanning) kunnen optreden (Rietveld & Brosschot 1999). De patiënt koppelt dit aan een benauwdheidsaanval waardoor angst ontstaat en de benauwdheid versterkt wordt. Op deze manier ontstaat door een misinterpretatie een hele vicieuze cirkel. Preoccupatie kan zich ook uiten in de vorm van gedachten, piekeren over oplossingen hoe om te gaan met de aandoening, of door overmatige meten van bijvoorbeeld de saturatie of bij astma de piekflow. Door te meten zijn zij constant bezig met de cijfers, maar wordt het voelen overgeslagen. In de behandeling wordt er naar een middenweg toegewerkt, niet overmatige aandacht voor de aandoening en omstandigheden, maar ook niet te weinig.

- ◆ Reactiveren en plezier terugkrijgen in ondernemen en bewegen (vertrouwen herwinnen)

Reactiveren is voor twee aspecten belangrijk. Ten eerst leidt bewegingsactivering tot vermindering van depressieve emoties en/of klachten (Bosscher & Emck 2000), maar ook de negatieve gevolgen van inactiviteit worden meegenomen. In het kader van verandering van emotie is het belangrijk tijdens het bewegen fysieke succeservaringen op te doen met als doel het vertrouwen in eigen lichaam. De negatieve gevolgen, als tweede, bestaan uit de vicieuze cirkel die al eerder genoemd is: passiviteit kan eventuele angst of aversie voor bewegen vasthouden, leidt tot mindere conditie, coördinatievermogen en lenigheid, wat weer leidt tot minder sociale uitstapjes, afname eigenwaarde en uiteindelijk tot sociaal isolement (Brekelmans & Fellinger 1995).



◆ Assertiviteit vergroten bij hulpverleners en sociale omgeving

COPD patiënten zijn vaak ouderen mannen of vrouwen omdat deze aandoening pas op latere leeftijd ontstaat. Het is uit onderzoek opgevallen dat ouderen minder mondig zijn tegenover hulpverleners doordat zij opgegroeid zijn in een tijd dat dit minder vanzelfsprekend was (Schlösser & Wempe 2004). Het gebrek aan assertiviteit bij hulpverleners is belangrijk om in de gaten te houden omdat zij misschien termen of informatie die gegeven wordt helemaal niet begrijpen, maar niet gewend zijn dit te mogen navragen. Door verkeerde of missende informatie kan de behandeling heel anders uitpakken dan bedoeld is. Assertiviteit in de sociale omgeving kan op twee manieren naar voren komen. Als eerste betekent het hebben van een chronische ziekte vaak een afname van sociale contacten. Iemand wordt steeds eenzamer en in zulke situaties is assertiviteit gevraagd om voor jezelf op te komen, weerbaar te zijn, als de situatie daarom vraagt (Eek & Leinders 2004). Als tweede, in situaties waarin de longpatiënt juist wel te maken heeft met mensen om zich heen. Een voorbeeld hiervan is op visite gaan waar iemand binnen rookt, hoe geef je aan dat je liever niet hebt dat er gerookt wordt wanneer jij er bent? Of beter gezegd, geef je het überhaupt aan? Eek & Leinders constateren echter dat in de revalidatie nog weinig aandacht is voor sociale vaardigheidstrainingen. Zij constateren eigenlijk het tegenovergestelde, chronische zieken bevinden zich vaak in een afhankelijk positie wat hun assertiviteit niet bevordert. De standaardvaardigheden van Goldstein kunnen in de revalidatie gebruikt worden, deze bestaan uit: leggen en onderhouden van sociale contacten, aangeven van beperkingen, omgaan met hulp en houden van controle over de situatie.

◆ Hulp leren aannemen (ook afhankelijk kunnen opstellen)

Astma en COPD patiënten zijn door hun beperkingen regelmatig aangewezen op de hulp van anderen. Het vragen van hulp is vaak een probleem. Zoals bij de vaardigheidstraining al benoemd werd, kan er geoefend worden met een directe manier van hulpvragen formuleren. Maar vaak is het niet alleen de vaardigheid van het vragen zelf, maar speelt ook de eigen acceptatie van de beperking nog een sterke rol (Eek & Leinders 2004). Door te ervaren dat zelfstandig functioneren ook zelfstandig is als zij af en toe om hulp vragen, zal dit het onafhankelijke gevoel benadrukken.

◆ Angstreductie

Angst komt naast depressie het vaakst, en soms ook samen, voor bij mensen met COPD en astma. Bij COPD kan het moeizaam kunnen ademen een bron zijn om angstig en paniekerig te worden. Bij astma hangt ook de combinatie van paniek en angst samen (Kaptein et al. 2007). Fix et al. (1982) toonde in zijn onderzoek aan dat angst het resultaat is van bepaalde overtuigingen en coping processen. Overtuigingen zoals wanneer ik benauwd wordt kan ik stikken, kunnen angst oproepen. Door een eenmalige ervaring, kan deze herinnering bij elke lichte benauwdheidsensatie opgeroepen worden. Uitgaande van dit onderzoek zal angst gereduceerd kunnen worden door een andere coping en het herstructureren van cognities. Ook Deshmukh et al. (2007) wijst erop dat er winst gehaald kan worden met cognitiegedragstherapie die angst tot een adaptief niveau kunnen brengen. Daarentegen moet wel meegenomen worden dat een te lage astmagerelateerde angst ook niet wenselijk, omdat patiënten hun symptomen dan kunnen bagatelliseren en niet op tijd ingrijpen (Kaptein, 1982). Kunik et al. (2001) deed ook onderzoek naar het effect van cognitieve gedragstherapeutische interventies op angst bij astma patiënten. Hij ondervond een vermindering van angst nadat astmapatiënten informatie kregen over de rol van angst bij chronische ziekten, de relatie tussen lichamelijke sensaties, gedachten en gedrag werd uitgelegd, geoefend werd met vaardigheden om angst te verminderen zoals ontspanningsoefeningen, geoefend werd met technieken om gedachten te stoppen en oefeningen om angstvolle situaties niet te vermijden maar juist aan te gaan. Angst is een van de vele variabelen, naast disfunctionele cognities, bepaald gedrag, lage self-efficacy, lage zelfmanagement en passiviteit een onderdeel van de vicieuze cirkel die tot vermijding en uiteindelijk sociale isolatie kan leiden. Naast deze redenen, blijkt ook dat de impact van angst de therapietrouw afneemt, het inspanningsvermogen afneemt en slaapproblemen en vermoeidheid een belangrijkere rol gaan spelen in het leven van iemand met een longaandoening. Dit zijn redenen waarom het belangrijk is tot angstreductie te komen (Gemert 2009).

#### ◆ Sociale isolatie voorkomen

Bij chronische zieken komen sociale relaties vaak onder druk te staan door de beperkingen van de aandoening. Het volhouden van uitstapjes gaat moeizamer, vaak wordt er gerookt in vriendengroepen waar je niet meer bij kan gaan zitten, schaamte voor hoorbare symptomen zoals hoesten en sputumproductie (Nicolsen & Anderson 2003) of ligt het tempo te laag om mee te gaan wandelen of fietsen. Langzamerhand nemen de sociale contacten af en dit kan leiden tot sociale isolatie. Sociale steun beïnvloedt sterk de beleving van lichamelijke klachten en de manier van omgaan en verbetert daarmee de kwaliteit van leven (Eek & Leinders 2004). Daarnaast is aangetoond dat mensen met een goed sociaal netwerk beter bestand zijn tegen negatieve stress, beter reageren op medische ingrepen (Holroyd et al. 2001) en langer leven dan eenzame mensen (Diekstra 1994). Omdat sociale steun een dergelijke belangrijk aandeel heeft in de manier van omgaan met een longaandoening is er ook onderzoek gedaan naar de functie van de groep bij longrevalidatie door Ashmore et al. (2005). Ashmore zag dat multidisciplinaire longrevalidatieprogramma's positieve invloeden hebben op het sociaal functioneren en verminderen de gevoelens van isolement. Halding et al. (2009) onderzocht het gevoel van 'erbij horen' in longrevalidatie groepen. Halding beschrijft dat het belang van erbij horen en de wens naar steunende sociale relaties belangrijke thema's zijn. Revalidanten geven aan dat zij sociale integratie en steun als een belangrijk en positief deel van de longrevalidatie hebben ervaren dat hun kwaliteit van leven heeft verhoogd. Daarnaast bevordert het contact met lotgenoten, het uitwisselen van informatie en de steun in het integreren in nieuw gedrag het acceptatieproces.

#### ◆ Stress regulatie

Bij veel mensen betekent het ontwikkelen van een chronische ziekte een verhoging van stress (Jong 2004). Brekelmans & Fellingner (1995) definiëren stress als "een subjectief ervaren gevoel van spanning, dat ontstaat wanneer een waargenomen discrepantie optreedt tussen waargenomen omgevingseisen en waargenomen mogelijkheden van het individu om de situatie het hoofd te bieden (p. 196)". Stress kan veroorzaakt worden door de confrontatie met een aandoening (Jong, 2004) of wanneer een adequate coping mist waardoor naast ziektespecifieke klachten ook secundaire lichamelijke of psychische klachten ontstaan zoals verhoogde spierspanning (Jong, 2004; Sarafino 1990). Zulke secundaire klachten ontstaan wanneer de draaglast te hoog wordt voor de draagkracht, overbelasting. Bij chronische zieken gaat een groot deel van de draagkracht naar het hanteren van de aandoening waardoor de patiënt kwetsbaarder is voor onverwachte en stressvolle momenten. Voorbeelden van stressoren: toekomstonzekerheid met betrekking tot je aandoening, moeite met grenzen aangeven, zorgen maken over aandoening, werkeloosheid door aandoening, disbalans tussen bereik en beleven. Het is belangrijk een balans te vinden tussen de draaglast en de draagkracht omdat stress niet bevorderend is voor de gezondheid en ongezonde gewoontes uitlokt, terwijl gezondheid een belangrijk aspect is voor chronische zieken. Daarnaast is het belangrijk te herstellen na stressvolle momenten. Herstellen voor het lichaam maar ook voor de ademhaling omdat stress vaak op het ademtempo slaat. Dit kan gedaan worden door bijvoorbeeld ontspanningstechnieken.

#### ◆ Acceptatie bevorderen

Fysieke beperkingen zijn confronterend voor iedereen, dus ook voor longpatiënten. Het is een verwerkingsproces waarin de patiënt zich moet aanpassen aan zijn nieuwe grenzen. Dit verwerkingsproces is het acceptatieproces. Bij het onderwerp rouwverwerking worden de 4 fases beschreven van ontkenning, verzet, toelaten en acceptatie (Vercoulen 2008). De patiënt zal zijn nieuwe grenzen moeten onderzoeken, ze ervaren en deze leren te respecteren en ernaar gedragen. De eerste periode zal een patiënt zijn beperkingen tegenkomen en zich nog aan zijn oude grenzen proberen vasthouden waardoor zijn fysieke grenzen van nu overschreden worden. Door in te gaan op de gevoelens en gedachten, maar ook de gevolgen naderhand te bekijken kan de patiënt steeds meer inzicht krijgen op signalen die hem aangeven te stoppen met een activiteit. De volgende stap is zich aan deze bevindingen consequent houden om niet over grenzen te gaan. In de loop van de tijd kan een cliënt tot acceptatie komen wanneer hij ook inziet dat er wel mogelijkheden zijn en belemmerde cognities veranderen (Staps 2004). Dit acceptatieproces begint weer opnieuw wanneer iemand lichamelijk achteruitgaat en gebruik moet gaan maken van hulpmiddelen, zoals een rollator of traplift. Een rollator kan ondersteuning bieden bij wandelen waardoor er minder benauwdheid ontstaat, of kan

het gebruikt worden als zitplek om bij te komen. Vaak spelen reacties van anderen ook een belangrijke rol in het acceptatieproces van hulpmiddelen.

◆ Adequate manier van coping (adaptatie)

Acceptatie en adaptatie lopen vaak in een parallel proces. Adaptatie is het aanpassen (coping) aan een nieuwe situatie, een lichamelijke aandoening, om tot een optimaal mogelijke balans te komen tussen cognities, emoties en gedrag aan de ene kant en COPD en/of astma aan de andere kant (Molema et al. 2009). Om een goede balans te vinden moet een gedragsverandering of verandering in betekenisverlening plaats vinden en integreren, niet alleen op lichamenlijk vlak maar ook op emotioneel en cognitief vlak. Dat coping invloed heeft op fysiek, psychologisch en sociaal welbevinden is in meerdere onderzoeken naar voren gekomen (Antonovsky, 1979; Coelho et al. 1974; Cohen et al. 1979; Ursin, 1978). Een goede adaptatie resulteert in minder klachten en beperkingen en een verbeterde kwaliteit van leven (Molema et al. 2009). Adaptatie is het aanpassen, de manier van omgaan met je aandoening en wordt ook wel coping genoemd. Coping is persoonsgebonden, maar ook situatiespecifiek. Het doel van coping bij COPD en astma is het beter hanteerbaar maken van de aandoening, het voorkomen van verergering van de aandoening en het bevorderen van herstel van de aandoening (Brekelmans & Fellingner 1995). Er zijn twee verschillende manieren hoe mensen zich aanpassen aan een nieuwe situatie, dit worden coping mechanismen of –strategieën genoemd. De vermijdende of passieve coping heeft de neiging om activiteiten of ondernemingen te vermijden, vaak door cognities naar aanleiding van angstige ervaringen. (Hesselink 2003). Cognitieve en emotionele reacties belemmeren bij deze patiënten een adequate coping (Vercoulen et al. 2008). De andere copingstijl negeert de aandoening of beperking. Zij negeren, ontkennen of bagatelliseren de lichamelijke sensaties, klachten of de ernst van de aandoening, waardoor grensoverschrijdend gedrag plaats vindt (Hesselink 2003). Dit kan langere tijd doorgaan totdat roofofbouw gepleegd wordt en de patiënt zich moet overgeven aan de realiteit dat het niet meer lukt. Dit beschrijft fase 3 van het acceptatieproces. Om een coping stijl te veranderen, een gedragsverandering plaats te laten vinden, is het belangrijk dat de patiënt hier zelf verantwoordelijkheid voor neemt en wilt investeren.

◆ Psycho-educatie

Veel mensen met een longaandoening hebben weinig kennis en inzicht in/over hun aandoening (Wempe & Schlösser 2004). Zij weten niet welke factoren er invloed hebben op en welke gevolgen er kunnen zijn Schlösser & Wempe 2004). Kennistekort of misvattingen over informatie met betrekking tot een longaandoening kunnen negatieve gevolgen hebben voor de omgang met de aandoening. Zo kan medicatie verkeerd ingenomen worden, of kan iemand een misvatting hebben over het belang bepaalde leefregels zoals bewegen en niet-roken bij longaandoeningen. Daarnaast is er ook psycho-educatie voor de partner van de longpatiënt. Uit de praktijk blijkt dat veel partners alles opzeggen om voor de ander te gaan zorgen, ze zijn overbezorgd en willen hem zo min mogelijk belasten (Schlösser & Wempe 2004). Dit stimuleert echter de afhankelijkheid met als voorbeeld: passiviteit, slechtere conditie, sneller benauwd. Wanneer de partner voorlichting krijgt over het belang van blijven bewegen, kan zij hem stimuleren en meer aan hem overlaten waardoor ze samen tot de beste leefstijl kunnen komen.

◆ Conditie, uithoudingsvermogen en spierkracht verbeteren

Angst voor inspanningsbenauwdheid of onwetendheid over het belang van bewegen bij COPD en astma patiënten zijn vaak redenen om niet meer te bewegen. Zoals al vaker in dit verslag benoemd is kan dit resulteren in passiviteit waardoor de conditie nog meer achteruitgaat. Bewegen is voor mensen met COPD en astma erg belangrijk. Bewegen maakt de ademhalingspijnen sterker waardoor COPD'ers minder benauwd raken en Astma patiënten een vergrote longinhoud krijgen. Uw spieren raken door te bewegen gewend aan minder zuurstof, waardoor longpatiënten minder snel vermoeid zullen raken bij inspanning. Daarnaast versnelt een goede conditie het herstel van een verkoudheid of griep en werken medicijnen beter (Astmafonds website). Molema et al. (2009) beschrijft ook dat spierkracht oefeningen baat hebben bij dagelijkse activiteiten zoals opstaan, traplopen, bukken en reiken. Bij een verbeterde lichamelijke conditie, neemt ook het subjectieve welbevinden (Molema et al. 2009). Andere onderzoeken wijzen uit dat geïsoleerde inspanningstraining het inspanningsvermogen verbeterd maar dat de kwaliteit van leven minder duidelijk verbeterd is

(Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg 2005). Terwijl een combinatie van psychosociale interventies en inspanningstraining in een longrevalidatieprogramma positief effect heeft op zowel het inspanningsvermogen, de dyspnoe als de kwaliteit van leven bij mensen met ernstig COPD (Anonymous 1999, Cambach 1999, Lacasse 2002, Salman 2003, CBO 2005).

◆ Disfunctionele cognities herstructureren

Disfunctionele cognities zijn cognities verkeerde gedachten over de chronische ziekte en gezondheid die de longpatiënt belemmeren in zijn functioneren (Bouman & Schaap 2004). Deze cognities kunnen door drie verschillende factoren beïnvloed worden: 1. Fysiologische sensaties bijvoorbeeld benauwdheid; 2. Situationele factoren, er wordt een arts gebeld; 3. Reacties van de omgeving, uitspreken van zorg. Er kunnen cognities ontstaan die de benauwdheid als stikken interpreteren, het komen van een arts al of de opmerkingen van de sociale omgeving als ‘dan moet het wel heel erg’ zijn interpreteren. Deze cognities kunnen emoties van angst en daarmee ook de benauwdheid. Om achter disfunctionele cognities te komen moeten de cognitieve, emotionele, gedragsmatige en omgevingsreacties op het probleem geïnventariseerd worden met een focus ideeën van de korte- en lange termijn gevolgen van een probleem. In de psychomotorische therapie kunnen activiteiten opgesteld worden waarin de patiënt zelf kan ervaren dat zijn cognities onjuist zijn (Vercoulen et al. 2008).

◆ Zelfmanagement vergroten

De laatste jaren wordt er meer nadruk gelegd op zelfmanagement als effectieve manier COPD en astma onder controle te krijgen (Wempe & Schlösser 2004). Zelfmanagement kan worden omschreven als een geheel aan vaardigheden die een patiënt nodig heeft om zelf de ziekte of toestand te beheersen (Bourbeau et al. 2004). Het astmafonds voegt nog het bewust zelf nemen van beslissingen op alle gebieden die met de ziekte te maken hebben in het dagelijks leven, daar aan toe. Vaak worden beslissingen onbewust genomen, het op bezoek gaan bij visite die rookt en het wel of niet nemen van voorgeschreven medicijnen zijn hier voor beelden van. Het bewust maken van en stilstaan bij de onderliggende denkprocessen geeft inzicht op de beslissingsmechanismen waardoor je ook alternatieve handelingen kan overwegen. Door niet zomaar handelingen te doen maar mee te denken bij welke medicijnen er ingenomen worden, welke leefstijl nageleefd moet worden, welke aanpassingen er nodig zijn om de klachten onder controle te houden, denkt de patiënt meer mee en voelt zich meer verantwoordelijk voor zijn behandeling. Het gaat daarbij niet alleen om het bevatten van genoeg informatie, maar ook over het adequaat kunnen toepassen op de juiste momenten (Colland 2008). Parallel aan het meer verantwoordelijk worden voor hun eigen behandeling, staat het meer vertrouwen krijgen in eigen mogelijkheden om met COPD of astma om te kunnen gaan (Wempe & Schlösser 2004). Zelfbehandeling en zelfregulatie zijn twee kernbegrippen. Zelfbehandeling omvat het maken van plan waarin het aanpassen van gedrag en medicatie gekoppeld wordt aan subjectieve en/of objectieve lichaamssignalen. Zelfregulatie zet deze zelfbehandeling in werking door eigen symptoomperceptie, deze symptomen interpreteren en indien nodig actie ondernemen (Colland 2008). Zelfmanagement kan de ontwikkeling van COPD of astma positief beïnvloeden (Bodenheimer 2002) en tot gezondheidswinst leiden (Kaptein 2007). Het verbetert ook de therapietrouw en vermindert daarmee het gebruik van de gezondheidszorg (Wempe & Schlösser 2004). Ook neemt de kwaliteit van leven toe is bij zelfmanagement in vergelijking met reguliere langaandoening zorg (Thoonen et al. 2003).

◆ Therapietrouw vergroten

Met therapietrouw wordt het opvolgen van behandeladviezen bedoeld (Brekelmans & Fellingner, 1995). Of uitgebreider: “medicatiegebruik volgens voorschrift qua frequentie, hoeveelheid en regelmaat; op controles komen, verzorgen van lichaam zoals voorgeschreven, leefstijl zo nodig aanpassen en weinig tot geen risicovol gedrag” (Colland 2008 p. 205). Het is bekend dat de therapietrouw bij mensen met COPD en astma zeer laag is (Sackett, 1976; Colland 2008). Afspraken worden in 20-50% van de gevallen niet nagekomen, adviezen over leefregels worden maar door 10 tot 30% opgevolgd en medicijnen worden maar door 50% juist ingenomen (Brekelmans & Fellingner 1995). Dit zijn verontrustende cijfers omdat de andere helft van de patiënten zijn medicijnen dus onjuist inneemt. Dit betekent dat veel meer effect bereikt kan worden als de therapietrouw zal

vergroten. Een komisch citaat van Lorenz laat zien hoe in elke fase van een behandeling therapieontrouw kan ontstaan *“Told, but not heard; Heard, but not understood, Understood, but not accepted; Accepted, but not put into practice; Put into practice, for how long?”* Therapietrouw heeft niets te maken met een persoonlijke eigenschap, maar hangt af van het vertrouwen in de hulpverlener, de mate van begrijpelijke informatie, de hoeveelheid informatie tegelijk en de communicatie tussen de patiënt en hulpverlener. Vink (1990) spreekt over het belang van het zelfreguleringskader waarin duidelijk wordt hoe iemand zijn stoornis en de behandeling ziet. Hiermee wordt bedoeld dat iemand gemakkelijk advies aanneemt en opvolgt wanneer hij het nut ervan begrijpt en inziet én wanneer dit advies aansluit bij zijn eigen beeld over de aandoening.

◆ Depressie behandelen

Depressie komt naast angst het vaakst voor bij mensen met COPD. Uit studies blijkt dat ongeveer 15% van de licht tot matig ernstige COPD'ers en 25% van de ernstige COPD'ers depressief is (Gemert 2009). Het progressieve karakter van COPD dat niet meer te genezen is en de fysieke verslechtering die ermee gepaard gaat, kan een uitzichtloos gevoel geven en tot depressieve verschijnselen leiden (Emck & Bosscher 2004). De gevolgen van depressie bij COPD patiënten zijn: therapieontrouw, vaker en langere ziekenhuisopnames, vaker huisartsbezoeken, lagere kwaliteit van leven, overlijden eerder en vermindert fysiek functioneren. Om deze redenen is het belangrijk om een depressie tijdig te constateren zodat een behandeling gestart kan worden (Maurer et al. 2008).

◆ Self-efficacy & controle over de aandoening vergroten

Self-efficacy is het vertrouwen of persoonlijk oordeel dat longpatiënten hebben om zelf hun kortademigheid te kunnen beheersen (Scherer et al. 1998) en Hesselink et al. (2003) voegt daar nog aan toe: in onvoorspelbare stressvolle situaties. Hier kan gedacht worden aan lichamelijke inspanning, emotionele opwinding, klimaatveranderingen of extreme gedragsrisico factoren. Het kan opvallen door overmatige medicatie of veelvoudig hulp inroepen van artsen (Vercoulen et al. 2008). Vertrouwen hebben dat je invloed kan uitoefenen op je kortademigheid of benauwdheid is een prettig gevoel. Mensen willen graag het gevoel hebben hun leven zelf in de hand te hebben, controle uit te kunnen oefenen (Heuvel & Ranchor 2004). Wanneer zij COPD of astma hebben, wat langdurig aanhoudt vanwege het chronische karakter, kunnen zij dit controlegevoel verliezen. Vooral wanneer er onzekerheden of onduidelijkheden zijn over de klachten, gevolgen en verloop en wanneer er ongecontroleerde exacerbaties of benauwdheidsaanvallen ontstaan. Gevoelens van controleverlies kunnen ook samenhangen met de angst voor toenemende afhankelijkheid (Wempe & Schlösser 2004). Controle over benauwdheidsaanvallen kan geoefend worden waardoor ze deze beter kunnen opvangen en het gevoel van controle over hun eigen lichaam hebben weer terug kunnen krijgen. Uit onderzoeken (Brenes 2003; Kohler et al. 2002) bleek dat het ervaren van onder andere self-efficacy belangrijker is dan de mate van luchtwegobstructie, in de ervaren kwaliteit van leven van een longpatiënt.

◆ Adequate uiting van emoties

Astma of COPD vergt acceptatie, omdat de aandoening niet meer over gaat en je je leven lang er mee geconfronteerd wordt. Dit kan frustratie, woede, angst of verdriet geven. Voor veel mensen is het uiten van je agressie, verdriet of onmacht een opluchting, voor mensen met COPD en astma is dit niet altijd het geval. Dit heeft met de aandoening zelf te maken omdat heftige emoties benauwdheid kunnen versterken (Schlösser & Wempe 2004). Het is daarom belangrijk dat ze door deze ervaringen emoties niet helemaal gaan vermijden en wegstoppen, maar op een passende manier hiermee om leren gaan ze te uiten en verwerken.

◆ Rouwverwerking

Astma en COPD patiënten worden geconfronteerd met een ziekte die blijvend blijkt te zijn en ingrijpende gevolgen heeft op het dagelijks leven en hun toekomst (Jaspers 2004). Wanneer de gezondheid afneemt, kunnen zij te maken krijgen met verschillende verlieservaringen zoals verlies van goed functionerend lichaam, verlies van werk, conditieverlies, autonomie en onafhankelijkheid worden minder of verlies van sociale contacten (Wempe & Schlösser 2004). Bij patiënten die deze ervaringen niet goed kunnen verwerken, wordt verondersteld dat het verlies van gezondheid door een chronische ziekte vergelijkbare verwerkingsprocessen en rouwreacties kunnen optreden als bij het

verlies van een dierbare (Murray, 2001). De behandeling bij rouwverwerking is het opnieuw leren aanpassen aan de nieuwe situatie, uit onderzoek (Schroevers 2002) is gebleken dat na verloop van tijd patiënten er weer in kunnen slagen waardering voor zichzelf en voor het leven in het algemeen te krijgen. Het verschil met het verlies van een dierbare is dat de aandoening ‘sluipend’ begint waardoor het proces verloopt in 4 fases: 1. Ontkenning (aandoening relativiseren); 2. Verzet; 3. Toelaten (ruimte voor emoties); 4. Acceptatie (Vercoulen et al. 2008).

◆ Problemen bij intimiteit en seksualiteit behandelen

Bij seksualiteit staat lichamelijke centraal. Hierbij zijn twee aspecten van belang: lichamelijke intimiteit, dat vraagt om vertrouwen van jezelf en van de ander, en lichamelijke opwindbaarheid, daar is het voor nodig dat lichamelijke functies in tact zijn (Bender & Vessies 2004). Bij mensen met een chronische ziekte kan een van de twee belemmerd worden, in het geval van longaandoeningen spreken we meer over het eerste aspect: lichamelijke intimiteit. Problemen die mensen met een longaandoening kunnen tegenkomen bij het onderwerp seksualiteit zijn vermoeidheid, benauwdheid en kortademigheid op het biologische vlak. Maar ook kunnen zij negatieve ervaringen hebben en daarom al angstig worden bij de gedachten, in verband met benauwdheid en paniek aanvallen. Als derde kan seksualiteit verminderd worden door een andere lichaamsbeleving. Dit kan zijn in de vorm van controleverlies, maar ook door dikker te zijn geworden door lichamelijke beperkingen of medicijnen met als gevolg schaamtegevoel en de vraag of je partner je nog aantrekkelijk zal vinden. Bender en Vessies noemen als laatste nog over de impact van leed, zorg en verlies op de seksuele motivatie als belemmering.

◆ Veranderingen in maatschappelijke en/of systeemfuncties

Wanneer een gezinslid te maken krijgt met COPD en/of astma heeft dit gevolgen voor de rolverdeling binnen het gezin (Wempe & Schlösser 2004). Moeders kunnen het huishouden niet meer zo doen zoals ze eerste deden vanwege de benauwdheid, of een vader kan niet meer zorgen voor het inkomen door de lichamelijke beperkingen en komen in de ziekte. In een acute fase van een ziekte, wanneer deze gediagnosticeerd wordt, is er vaak veel hulp. Er komen hulpverleners, kennissen zijn behulpzaam en op die manier komt een gezin er vaak doorheen. Bij een chronische fase blijft het echter niet bij de acute fase, maar gaat dit later over naar de chronische fase die nieuwe eisen aan een gezin stelt (Hartgers 2004). In deze fase wordt de hulp van buitenaf minder en moet het gezin een nieuwe taakverdeling en omgang met elkaar vinden zonder in de oude posities terug te vallen die niet meer mogelijk zijn. Dit is een confrontatie met zeer lastige situatie, de oude structuur van het gezin of sociale omgeving is niet meer te gebruiken, maar een nieuw patroon heeft zich nog niet goed ontwikkeld. Dit kan tot discussies en problemen leiden, waar een therapeut een systeem in kan begeleiden. Een ander gevolg van een rolverandering kan zijn dat de longpatiënt teveel bescherming krijgt, hij of zij wordt ‘betutteld’ (Wempe & Schlösser 2004). Dit kan ook een verkeerde balans tussen de rolverdeling veroorzaken omdat iemand met COPD en/of astma zich gekleineerd voelt en een afhankelijke positie opgelegd krijgt waar hij zich niet prettig bij voelt. Communicatie is bij dit behandeldoel erg belangrijk bij de reorganisatie van de gezinsstructuur (Hartgers 2004). Bij maatschappelijke functies komt het hervinden van een dagstructuur vaak aan bod. “Er is altijd de hele week door gewerkt en nu hij in de ziekte thuis zit, heeft hij geen hobby’s en weet niets om te doen. Dit roept frustraties bij zowel de zieke als de omgeving op.” Dit is een bekend probleem uit de praktijk, waarbij er gekeken moet worden naar het accepteren van een andere maatschappelijke functie en waar de frustratie uit voort komt. Is dit het werkelijk niet kunnen bedenken van hobby’s of heeft dit met het gevoel geen deel meer uit te maken van de maatschappij nu hij niet werkt? Voelt hij zich nutteloos? Verschillende onderwerpen die bij dit behandeldoel aan bod kunnen komen.

### Bijlage 3:

Opzet voor een psychomotorische behandeling voor mensen met een longaandoening

#### Groepstherapie

Er wordt bij deze behandeling gekozen voor een groepsverband. Uit effectenonderzoeken van longrevalidatie is gebleken dat de sociale steun en integriteit van gelijken een belangrijke rol speelt in beleving van klachten en de adaptatie van de aandoening. Ook is 'modelling' een belangrijk begrip binnen de longrevalidatie. Vaak zien longpatiënten inadequate copingstijlen bij anderen wel, of herkennen disfunctionele cognities. Hierdoor kunnen zij elkaar ook helpen met het integreren van gedragsveranderingen. Het blijkt ook dat ze dit vaak beter kunnen accepteren van elkaar, dan wanneer en hulpverlener iemand daarop wijst. Als laatste is het belangrijk om in groepsverband therapie te geven omdat ze hier ook kunnen oefenen met bepaalde doelen zoals groeien in hun assertiviteit.

#### Lichaams- en bewegingsgerichte activiteiten

Per bewegingsthema zullen enkele behandeldoelen uitgelicht worden en zal een activiteit, het referentiekader en de attitude benoemd worden.

##### Motorische sociale sensibiliteit

Behandeldoel	Activiteit	Theoretisch referentiekader	Attitude
Sociaal functioneren verbeteren/sociale isolatie voorkomen	- Reactiveren - Sociale vaardigheidsoefeningen - Samenwerkingsoefening	Cliënt-centered	Stimuleren Bevestigen

##### Ruimte

Behandeldoel	Activiteit	Referentiekader	Attitude
Assertiviteit bevorderen	- Leiden/volgen - Stop zeggen	Cognitieve gedragstherapie	Uitdagen Motiverend

##### Kracht

Behandeldoel	Activiteit	Referentiekader	Attitude
Uiten van emoties	- Sensory awareness - Bewegingexpressie-oefeningen	Cliënt-centered	Steunen Motiveren

##### Lichaamsbeleving

Behandeldoel	Activiteit	Referentiekader	Attitude
Goede symptoomperceptie	- Inspanning afwisselen met ontspanningsoefening, om duidelijke lichaamssensaties te ervaren. - Progressieve relaxatie - Stop zeggen - Sport en spelactiviteiten om grenzen en lichaamssignalen te verkennen	Cliënt-centered	Steunen Uitdagen tot verkennen van signalen en grenzen
Verstoring van lichaamsbeleving	- Succeservaringen opdoen - Laagdrempelige activiteiten zoals koersbal of jeux de boules	Cliënt-centered	Steunen Complimenteren

Vertrouwen

<b>Behandeldoel</b>	<b>Activiteit</b>	<b>Referentiekader</b>	<b>Attitude</b>
Angstreductie	- Ontspannings- en ademhalingsoefeningen - Exposure	Cognitieve gedragstherapie	Motiveren Steunen Begeleiden
Depressie	- Reactiveren - Ontspannen, plezierig bewegen	Cliënt-centered	Begeleiden Motiveren Complimenteren

Relaxatie

<b>Behandeldoel</b>	<b>Activiteit</b>	<b>Referentiekader</b>	<b>Attitude</b>
Disbalans tussen bereik en beleven	- Inschattingsoefeningen zoals een prognoseloop	Cognitieve gedragstherapie	Confronteren of juist stimuleren
Ervaren van stress en spanning	- Passieve & actieve ontspanningsoefeningen - Stressvolle situaties opzoeken om bijvoorbeeld paniek op te kunnen vangen	Cognitieve gedragstherapie Cliënt-centered	Steunen