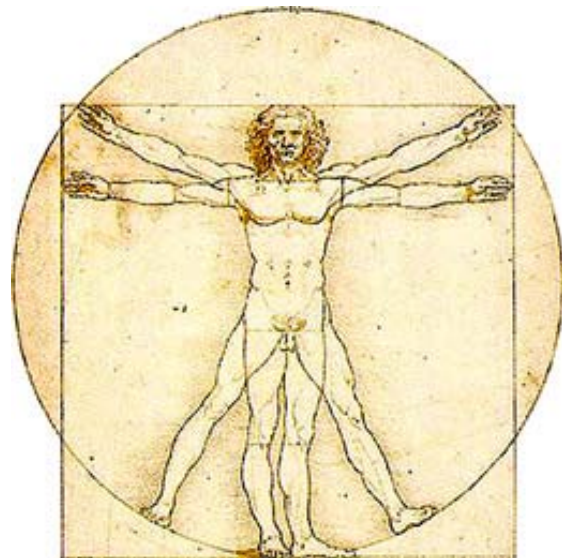
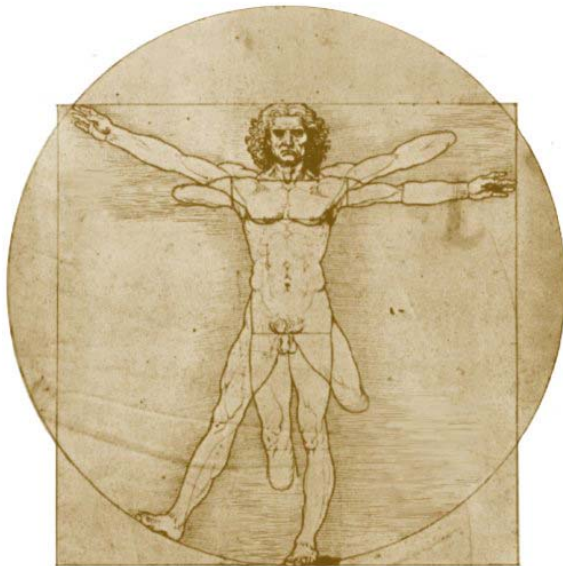


Het is niet toegestaan om iets uit deze scriptie te wijzigen, te kopiëren of te gebruiken zonder toestemming van de auteur, [esterkoe@hotmail.com](mailto:esterkoe@hotmail.com)

# Op één been kun je (niet) lopen!?!

De mogelijkheden van sporttherapie bij jongeren met een (onderbeen)amputatie.



Naam: Ester Kes

Klas: 4BB

Datum: 22 mei 2006

Begeleidende docent: Jeannette Verhoeven

Beoordelende docent: Dienneke Jol

Christelijke Hogeschool Windesheim  
Bewegingsagogie en Psychomotorische Therapie

## **Voorwoord**

Deze scriptie is geschreven door Ester Kes 4<sup>e</sup> jaars student Bewegingsagogie en Psychomotorische Therapie aan de CALO, Hogeschool Windesheim, te Zwolle. Deze scriptie is tot stand gekomen in het kader van een module in het afsluitende jaar van de opleiding. Deze scriptie is geschreven naar aanleiding van een casus die ik meegemaakt heb tijdens mijn eindstage bij Revalidatiecentrum de Hoogstraat te Utrecht. Bij deze wil ik Kirsten bedanken voor haar medewerking aan mijn scriptie. Net als de vele mensen van wie ik alle informatie heb gekregen en de openhartigheid van de mensen op het forum van [www.kortermaarkkrachtig.nl](http://www.kortermaarkkrachtig.nl).

**Inhoudsopgave**

	Blz.
Voorwoord	2
Inhoudsopgave	3
Inleiding en vraagstelling	4
1. Verantwoording vraagstelling	5
2. Casuïstiek	
2.1 Classificerende diagnostiek (ICF)	6-8
2.2 Hermeneutische diagnostiek	8-10
2.3 Kritische diagnostiek	10
3. Theoretische kaders / methodieken / modaliteiten	
3.1 Bewegingsagogie + een vleugje PMT = Sporttherapie	11
3.2 Bewegingsagogische modaliteiten	11
3.3 De drie modaliteiten binnen de PMT	12
3.4 Behaviorisme	13-14
3.5 Aktiviteitsdenken	14-16
4. Mogelijkheden en beperkingen met en zonder prothese	
4.1 Op bewegingsgebied	17-18
4.2 Op opleidingsgebied	19
4.3 Op sociaal-emotioneel gebied	19
5. Verwerking en acceptatieproblematiek	
5.1 Het aanpassingsproces	20-21
5.2 Factoren ter bevordering van het verwerkingsproces	21
5.3 Factoren van belemmering van het verwerkingsproces	21
5.4 Posttraumatische stress-stoornis (PTSS)	21-22
5.5 Met betrekking tot de casus	22
6. Conclusie: Plan van aanpak voor de bewegingsagogie/PMT	
6.1 Algemene informatie over plan van aanpak	23
6.2 De behandelfases	24-25
7. Literatuurlijst	26
Bijlage	
A. Vragenlijst psychomotorische therapie van Claudia Emck	27-29

## **Inleiding en vraagstelling**

In deze scriptie wordt er door middel van een literatuurstudie gezocht naar het antwoord op de volgende vraag:

*Wat is van belang in een sporttherapeutische behandeling van een 17-jarige jongere met een onderbeenamputatie, die grote belangstelling heeft voor trampolinespringen en turnen en lerares LO wil worden?*

Het doel van deze scriptie is om tot een plan van aanpak te komen voor de revalidatie op sporttherapeutisch gebied voor jongeren met een beenamputatie die grote belangstelling hebben op sportgebied.

Deze scriptie begint in hoofdstuk 1 met een verantwoording van bovenstaande vraagstelling. Vervolgens wordt in hoofdstuk 2 de casuïstiek rondom Kirsten beschreven doormiddel van de classificerende, de hermeneutische en de kritische diagnostiek. In de classificerende diagnostiek wordt de ICF (International Classification of Functioning) gebruikt om zicht te krijgen op de functies, activiteiten, participatie, persoonlijke factoren en de externe factoren als verschillende perspectieven.

Na de casuïstiek volgen in hoofdstuk 3 de theoretische kaders, methodieken en modaliteiten. Hierin worden eerst de bewegingsagogische en psychomotorisch therapeutische modaliteiten beschreven. Hierna komen het behaviorisme met als behandelmethode exposure aan bod en tot slot het Aktiviteitsdenken van Maan, Rebergen en v/d Klis. Hoofdstuk 4 staat in het teken van mogelijkheden en beperkingen met en zonder prothese. Dit onderwerp wordt in drie gedeelten besproken, namelijk op bewegingsgebied, op opleidingsgebied en op sociaal-emotioneel gebied.

In hoofdstuk 5 worden verwerking en acceptatieproblematiek beschreven. Waarin het aanpassingsproces het belangrijkste gedeelte is van dit hoofdstuk.

Tot slot volgt hoofdstuk 6 met als conclusie het plan van aanpak voor de sporttherapie.

Waarin de belangrijkste punten uit deze scriptie samengevoegd zijn tot een plan van aanpak voor de sporttherapie bij jongeren met een beenamputatie met grote affiniteit voor sporten.

## **1. Verantwoording vraagstelling**

Aan het begin van mijn stage kwam Kirsten in behandeling in de Hoogstraat. Haar hulpvraag wekte direct mijn interesse. Ze wilde graag weer trampoline springen, turnen en graag een vervolgopleiding op de Calo doen. Omdat deze revalidant direct mijn aandacht trok door haar leuke hulpvraag en doordat ik heel concreet met haar aan het werk kon kwam al snel het idee om Kirsten's verhaal als casus voor mijn scriptie te gebruiken. Naast het bewegen dat mij interesseert kwam ook het technische stuk van de revalidatie aan bod binnen deze casus. Dit vakgebied wil ik straks na de Calo nog gaan ontwikkelen. Nog een extra motivatie voor deze casus, ik kon me gelijk een beetje verdiepen in de technische wereld van de revalidatie. Daarnaast wordt er in sporttherapeutische behandeling weinig gedaan met verwerking en acceptatie. Vandaar dat ik doormiddel van mijn scriptie wilde onderzoeken hoe het onderwerp verwerking en acceptatie in de behandeling ingepast kan worden.

Doormiddel van mijn vraagstelling op het gebied van een plan van aanpak voor de sporttherapie wil ik leren om doormiddel van literatuur zelf een behandelplan op te kunnen stellen voor iets wat ik in de praktijk gedeeltelijk heb meegemaakt. Wat ik tijdens mijn stage in de voorbereiding van mijn scriptie al geleerd heb is het achterhalen van specifieke informatie voor de diagnostiek. Wat ik doormiddel van mijn scriptie wil leren is het integreren van mijn kennis en vaardigheden met de literatuur.

Mijn uiteindelijke doel van deze scriptie is het maken van een behandelplan waarin de meest belangrijke onderwerpen aan bod komen waar jongeren met een amputatie (en veel willen sporten) 'tegen aan lopen'. En als uitgangspunt hierbij gebruik ik de casus van Kirsten en de informatie van haar lotgenoten.

## 2. Casuïstiek

Kirsten is een jongedame van 17 jaar oud. Ze is in dagbehandeling vanaf half januari bij de Hoogstraat vanwege een onderbeenamputatie na een sportongeval (met trampoline springen). Op dit moment zit Kirsten in het examenjaar van de HAVO. Ze heeft vrij snel na haar amputatie besloten om gedeeld examen te doen zodat dit jaar en volgend jaar ook voldoende tijd heeft voor haar revalidatieproces.

De revalidatiebehandeling van Kirsten bestaat uit Fysiotherapie, Sporttherapie en school. In het begin kreeg Kirsten ook psychologische begeleiding van de Orthopedagoog, maar dit vond ze niet nodig in haar behandeling. Als ze nog twee benen had gehad, had ze ook geen psychologische begeleiding gehad. Kirsten vindt het prettig om zo normaal mogelijk behandeld te worden, niet als patiënt. Zoals het er naar uit zag kon Kirsten haar zaakjes ook prima op een rijtje zetten. En zocht ze zondig ergens anders hulp. Hierdoor is besloten in het team dat de orthopedagoog op de achtergrond zal blijven in de behandeling.

Om meer inzicht te krijgen in de casuïstiek gebruik ik hieronder de ICF als classificerende diagnostiek en vervolgens een vragenlijst van Claudia Emck (hier en daar aangepast) als hermeneutische diagnostiek.

### **Classificerende diagnostiek d.m.v. de ICF:**

Om het functioneren van mensen te beschrijven heeft de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) in 2001 de ICF (International Classification of Functioning) gepubliceerd. De ICF is een begrippenkader waarmee het mogelijk is het functioneren van mensen en de eventuele problemen die mensen in het functioneren ervaren te beschrijven plus de factoren die op dat functioneren van invloed zijn. De ICF biedt een standaardtaal én een schema (figuur 1) voor de beschrijving van het menselijk functioneren en wat daarmee verband houdt. Met de ICF kan iemands functioneren worden beschreven vanuit drie verschillende perspectieven.

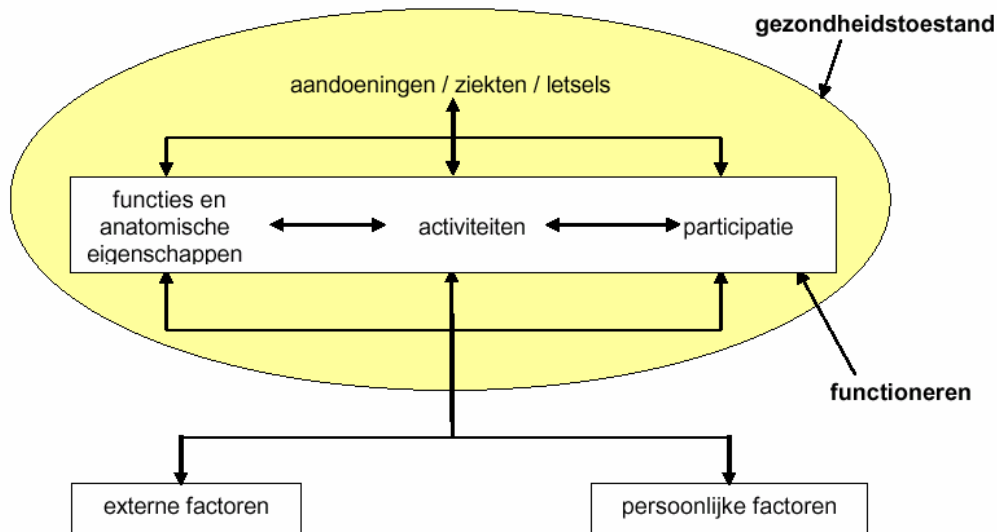
- De mens als organisme: Functies (fysiologische en mentale eigenschappen van het menselijke organisme), anatomische eigenschappen (de positie, aanwezigheid, vorm en continuïteit van onderdelen van het menselijke lichaam) en stoornissen (afwijkingen in of verlies van functies of anatomische eigenschappen).
- Het menselijk handelen: Activiteiten (onderdelen van iemands handelen) en beperkingen (moeilijkheden die iemand heeft met het uitvoeren van activiteiten).
- Participatie (iemands deelname aan het maatschappelijk leven) en participatieproblemen (problemen die iemand heeft met het deelnemen aan maatschappelijk leven).

In de ICF is onderkend dat het menselijk functioneren door verschillende factoren wordt beïnvloed. Dat zijn medische factoren (de ziekte, de aandoening of het letsel dat iemand heeft), persoonlijke factoren (zoals: leeftijd, geslacht, opleiding, persoonlijkheid, bewegings- en voedingsgewoonten) en externe factoren. (<http://www.rivm.nl/who-fic/BrochureICF.pdf>, sDG, 2002.)

Binnen de ICF zijn vooral de onderlinge relaties tussen de verschillende perspectieven van belang (zie figuur 1). Hierdoor is het ook van belang dat deze perspectieven niet los van elkaar gezien worden. Hierdoor kan een verkeerd beeld ontstaan.

In de ICF is de driehoek denken, voelen en handelen terug te vinden dit heeft ook weer te maken met de verbanden tussen de verschillende perspectieven. Het denken heeft invloed op het handelen en voelen en andersom. Op dezelfde manier hebben bijvoorbeeld de persoonlijke factoren invloed op de participatie.

Figuur 1. De wisselwerking tussen de verschillende aspecten van de gezondheidstoestand en externe en persoonlijke factoren.



#### Ziekte/aandoening/letsels:

Rechter onderbeenamputatie 8 cm onder het kniegewricht (na knieluxatie, mediaal tibia plateafractuur, letsel van arteria plopitea).

#### Functies/anatomische eigenschappen (stoornissen):

- Stekende en zeurende pijn in de stomp.
- Matige doorbloeding in de stomp waardoor trage wondgenezing.
- Mobiliteit van het kniegewricht (strekken: 150 à 160 graden, buigen: 75 à 80 graden).
- Kapsel en bandenletsel in de knie (niet duidelijk in welke mate dit beperkingen gaat leveren).
- Spierkracht van het rechterbovenbeen verzwakt.
- Littekenweefsel in knieholte en aan de laterale zijde van de knie dit is ook gevoelig.
- Denkwijze: uitgaan van het ergste, dan valt het altijd mee.

#### Activiteiten (beperkingen):

- Normaal lopen.
- Langer dan een uur met krukken lopen (hand en rugklachten).
- Iets dragen in de handen (lopend met krukken).
- Fietsen (achterop of op een tandem).
- Trampoline springen/turnen.
- Weinig (pijn)klachten benoemen naar anderen, negeren van de pijn.

#### Participatie:

- Mobiliteit (lange afstanden) beperkt.
- De deur uit gaan doet Kirsten niet alleen, dit is saai en Kirsten vindt het niet prettig om mensen tegen te komen en haar verhaal te moeten doen.
- Havo gedeeld examen (nu: nederlands, geschiedenis, economie en Duits).
- Vervolgopleiding Calo was haar wens, mogelijkheden onbekend.
- Winkelen als er geen krukjes in de paskamers zijn.
- Sporten (trampoline springen en turnen op wedstrijdniveau).

Externe factoren:

- Kirsten woont thuis bij haar ouders en boertje en zussen. Zij zijn steunend en voorzichtig met Kirsten.
- Kirsten heeft een paar klasgenoten waar ze goed mee kan praten. Deze klasgenoten komen zelf ook beperkingen tegen waardoor ze elkaar goed begrijpen en steun aan elkaar kunnen bieden.
- Ziekenhuis dat een tijd lang onduidelijk was over eventuele definitieve amputatie, dit leverde veel onzekerheid op bij Kirsten en haar ouders, maar ook binnen het behandelteam. Gevolg hiervan was dat Kirsten zich er moeilijk toe kon zetten om te oefenen met haar knie, omdat ze er eigenlijk van uit ging dat ze haar knie toch kwijt zou raken.
- Poliklinische revalidatiebehandeling (5 dagen per week) in de Hoogstraat op de jeugdafdeling waar ze zich op haar gemak voelt tussen haar mede revalidanten.
- Thuischool verleent alle medewerking aan een succesvol gedeeld examen.
- Onderbeenprothese (vanaf 9 mei 2006).

Persoonlijke factoren:

- Jongedame van 17 jaar oud.
- Opleidingsniveau: HAVO.
- Opgegroeid in gezin met vader en moeder, 1 oudere zus, 1 jongere zus en 1 broertje.
- Actieve sportieve levensstijl.
- Kan moeilijk nee zeggen.
- Lost problemen graag zelf op voordat ze hulp vraagt.
- Oplossingsgericht, praktisch en handelingsgericht ingesteld.
- Vertelt niet snel uit zichzelf over problemen/beperkingen.
- Bekijkt situaties vanuit de voorzichtige kant, gaat van het ergste uit, zodat het altijd mee kan vallen.
- Zelfstandig, sociaal en coöperatief.
- Gemotiveerd als het gaat om bewegen.
- Experimenteert en is totaal niet angstig met sporten.
- Vindt een directieve attitude prettig (van anderen naar haar toe).

## 2.2 Hermeneutische diagnostiek

Vanuit de hermeneutische invalshoek probeert de diagnosticus zicht te krijgen op de aard van de verstoring van de interactie, de dialoog van de deelnemer met zijn omgeving. Die omgeving kan zowel sociaal (medemensen) als materieel (dingen) van aard zijn. De wijze waarop de deelnemer en de omgeving met elkaar omgaan is niet meer adequaat. Vanuit deze invalshoek ziet men in een probleemsituatie niet alleen de deelnemer. De diagnosticus probeert het mislukte interactiepatroon van de deelnemer te begrijpen vanuit de wijze waarop de deelnemer zich verhoudt tot de hem omringende wereld als ook omgekeerd; wat betekent dit mislukken voor de wijze waarop de deelnemer zijn omgeving en zichzelf begrijpt? De diagnosticus probeert de deelnemer te begrijpen in zijn verstoorde dialoog.

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

**Vragenlijst voor psychomotorische therapie van Claudia Emck:**

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

Intake gegevens:

Kirsten is 17 januari opgenomen in de Hoogstraat voor revalidatiebehandeling na haar onderbeenamputatie. Op bewegingsagogisch gebied heeft ze vooral vragen op het gebied van trampoline springen.

Kleuterleeftijd:

Kirsten leerde lopen voordat ze 1 jaar was. Ze heeft geen problemen gehad met leren lopen. Op haar 3<sup>e</sup> à 4<sup>e</sup> jaar leerde ze fietsen en op haar 5<sup>e</sup> jaar haalde ze haar A diploma. Tijdens de kleuterleeftijd hebben er geen bijzondere gebeurtenissen plaats gevonden in de familie van Kirsten.

Basisschool:

Op de basisschool kreeg Kirsten bewegingsonderwijs van de groepsleerkracht. Dit vond ze meestal wel leuk en gezellig. Tijdens deze gymlessen werden vooral spelactiviteiten gedaan. Dit vond ze erg leuk om te doen, behalve voetbal, dat vond ze niet leuk. Ze vond het jammer dat er weinig geturnd werd.

Kirsten is opgegroeid in een dorp waar ze veel buiten speelde met anderen, zowel in de tuin als op straat. Kirsten kon met bijna iedereen wel goed opschieten, en ze had een beste vriendin.

Middelbare school:

Kirsten is na de basisschool naar de HAVO gegaan. Hier vond ze de lessen lichamelijke opvoeding wel leuk, maar ze vond het jammer dat er zo weinig dingen gedaan werden waar ze iets van kon leren. En er werd weinig geturnd. Atletiek en spelactiviteiten vond ze minder leuk doordat er meestal niemand serieus mee deed. Een echt hekel had Kirsten aan Speerwerpen, de piepjestest (Shuttlerun test) en de coopertest.

Op deze school had/heeft Kirsten naar eigen zeggen genoeg vrienden en een beste vriendin. Wanneer er partijen gemaakt werden werd Kirsten meestal als 1 van de eersten gekozen. Kirsten is vooral fanatiek wanneer ze een leuke partij heeft en iedereen serieus mee doet. Wanneer dit niet zo is, is ze het gauw zat.

Vrije tijd:

Kirsten is lid (geweest) van een turnvereniging in Leusden. Hier turnt ze ruim 7 jaar en springt ze ruim 3 jaar trampoline. Ook thuis sport Kirsten graag. Ze springt trampoline in de tuin en skate graag. Graag wil ze nog een keer skiën of snowboarden. Buiten het sporten vind ze het leuk om af en toe piano te spelen.

Ziekte, klachten, angsten?

Kirsten heeft voor het ongeluk op de trampoline nooit iets ernstigs gehad. Ook lichamelijke klachten heeft ze bijna niet. Ze is wel snel vermoeid, vindt ze zelf. Ze is wel eens gespannen, bij het sporten heeft ze dit soms tijdens een wedstrijd. Extreme angsten heeft ze niet. Behalve dat ze het niet prettig vindt om in een groep iets te moeten zeggen/doen.

Gedrag en gevoelens:

In sport en spel situaties vindt Kirsten het wel leuk om te winnen, maar als ze verliest kan ze er meestal wel om lachen. Haar gevoelens uit Kirsten niet gemakkelijk. Wel denkt ze dat mensen het aan haar zullen merken hoe ze zich voelt. Kirsten probeert zich meestal af te zonderen wanneer ze boos of verdrietig is, ze uit dit niet graag naar anderen toe. Blijdschap en angst deelt ze wel met anderen.

### Lichaamsattitude:

Over het algemeen is Kirsten wel tevreden met haar lichaam en uiterlijk. Op dit moment is ze niet tevreden met haar been, maar dit vindt ze wel logisch. Lichamelijk contact vindt Kirsten meestal niet zo prettig. Het ligt eraan wie het is en of het expres of per ongeluk gebeurt. Zelf raakt ze mensen ook niet zo snel aan.

Op dit moment zijn er een heleboel dingen die ze graag zou willen doen, maar door haar been niet doet/durft. Zoals een aantal turndingen en trampoline sprongen.

## **2.3 Kritische diagnostiek**

De kritische invalshoek is ontleend aan de emancipatorische pedagogiek. In feite betreft het een meer sociologische benadering van mensen met een probleem. Vanuit deze visie is met kritisch ten aanzien van omgevingsvariabelen die ontwikkelingsmogelijkheden van mensen blokkeren, die hen onmondig en volgzaam maken. In de sociologie is deze benaderingswijze ook bekend als de etiketteringtheorie of het sociale systeemmodel. Iemand die zich geruime tijd anders gedraagt dan de omgeving van hem verwacht, krijgt van die omgeving een stempel, een etiket opgeplakt. Vervolgens leert hij de rol van de stempel te spelen, hij maakt zich de codes en leefregels die hij krijgt opgelegd eigen. Mensen kunnen stuklopen op te hoge verwachtingen van de omgeving, te hoge eisen. Zij internaliseren deze verwachtingen en eisen en schieten tekort deze te realiseren. Vanuit deze visie op het ontstaan van problemen worden we scherp en kritisch gemaakt ten aanzien van ziekmakende factoren in de omgeving, zowel wat betreft het individu als wat betreft de mensheid in het algemeen. We dienen ook scherp en kritisch te zijn ten aanzien van ons eigen verwachtingspatroon ten aanzien van de deelnemer. In hoeverre produceren wij zelf, als component van de samenleving, de problemen die wij vervolgens aan de deelnemer die mislukt toeschrijven? De diagnosticus dient te beseffen dat mensen ziek kunnen worden van te hoge verwachtingen en eisen van het milieu van de deelnemer, of ziek kunnen worden door een niet adequaat hanteren van begrippen als tijd en ruimte. (Diagnostiek, indicatie en behandeling G041, Sandra Verbeeten.)

Tijdens de behandeling heeft Kirsten duidelijk aangegeven dat ze het niet nodig vindt om wekelijks psychologische begeleiding van de orthopedagoog te krijgen. Hierop kwamen vanuit het team verschillende reacties waaronder die van de leerkracht het meeste indruk maakte. Kirsten zorgt er zelf wel voor dat ze de hulp krijgt die ze wil hebben. Ze redt zich wel op de manier waar ze nu mee bezig is. Daarnaast moeten we als team wel waakzaam blijven tijdens het verdere proces van Kirsten. Maar op dit moment kon ze het prima met de andere behandelingen voor elkaar krijgen zonder extra begeleiding.

Kirsten vermeed wel situaties, of ze stelde ze zo lang mogelijk uit. Maar door samen met de leerkracht bijvoorbeeld plannen te maken over de terugkeer naar de thuishoofschool pakte ze dit probleem wel op praktische wijze aan. Een oplossingsgericht benadering van problemen die bij Kirsten past.

### 3. Theoretische kaders / methodieken / modaliteiten

#### 3.1 Bewegingsagogie + een vleugje Psychomotorische therapie = Sporttherapie:

Eén van de disciplines van het multidisciplinaire behandelteam is de sporttherapie. Binnen de Hoogstraat wordt er (nog) niet gesproken van bewegingsagogie of psychomotorische therapie. In de praktijk komt het erop neer dat men zich binnen de vakgroep bewegingsagoog noemt en dat de inhoud van de therapie dit ook is. Met een vleugje PMT.

#### 3.2 Bewegingsagogische modaliteiten:

In de bewegingsagogie worden vier modaliteiten onderscheiden:

##### Ontmoeten:

Het door de deelnemer in onlosmakelijke samenhang ontdekken van eigen (persoonlijke) mogelijkheden en die van bewegingssituaties met het oog op het onnadrukkelijk verblijven en/of het aangaan van nadere leerprocessen in deze situatie.

##### Leren:

Het door de deelnemer opzettelijk leren van motorische en sociale vaardigheden zoals deze zich voordoen in een bewegingssituatie met het oog op het invoegen in het bestaansveld bewegen.

##### Sparren:

Het door de deelnemer met behoud van respect voor zichzelf en de ander leren spelen met de ander in een bewegingssituatie waarbij tegengesteld belang centraal staat met het oog op het meten met de ander dan met zichzelf.

##### Vieren:

Het door de deelnemer verblijven in een bewegingssituatie met het oog op het tijdloos genieten ervan. Centraal staat het vieren van het geleerde, van het motorische en sociale kunnen in een onnadrukkelijke sfeer waarin zelfstandigheid en zelfbeschikking van de deelnemer voorop staat.

(Bewegingsagogie & Psychomotorische Therapie G006, Luuk Sietsma)

Binnen de sporttherapie is bewegingsagogische aspect in de afgelopen twee behandelfases terug te zien. De eerste fase van diagnostiek werd er vooral met de modaliteit ontmoeten gewerkt. Kirsten had nog nooit in een rolstoel gezeten laat staan gesport. Tijdens de eerste maand heeft vooral het sporten in de rolstoel centraal gestaan.

Na ongeveer een maand werd Kirsten wat vrijer in de rolstoel, ze durfde wat meer maar echt handig met de rolstoel was ze nog niet. Hierdoor heeft de modaliteit leren een belangrijke rol gespeeld in de tweede maand van de revalidatie van Kirsten. De rolstoelvaardigheden stonden centraal. Door het leren van deze vaardigheden kon Kirsten beter participeren in de bewegingssituaties in groepsverbanden. Omdat er voor Kirsten nog geen uitzicht was op een prothese en eventuele definitieve amputatie kwam de vraag van Kirsten naar voren om beter haar energie kwijt te kunnen in het bewegen. Kirsten kon letterlijk en figuurlijk niet meer uit de voeten, ze kon haar bewegingsdrang niet goed kwijt. Hierdoor kwamen de modaliteiten sparren en vieren aan bod. Kirsten kon zich steeds beter uitleven in het sporten in de rolstoel. De doelen voor de periode tot nu toe waren vooral gericht op de sport en bewegingsmogelijkheden zonder prothese. Binnen de bewegingsagogie werd er daardoor ook volop kennis gemaakt met nieuwe bewegingsactiviteiten die zonder prothese te doen zijn. Dit valt ook onder de modaliteit ontmoeten (kennis maken met nieuwe bewegingsmogelijkheden).

### 3.3 De drie modaliteiten binnen de PMT:

#### Oefenen:

- Gestructureerde bewegings/lichaamservaring.
- Vergroten waarnemings- en belevingsvermogen en gedragsrepertoire.
- In contact blijven met omgeving en/of lichaam.
- In het hier en nu.
- Structuur en veiligheid.

#### Ervaren:

- Experimenteren met gedragsalternatieven en effecten van deze alternatieven op zijn gedrag en in relatie tot zijn omgeving.
- Vergroten van het zelfstructurerend vermogen.
- Zicht krijgen op eigen gedrag.
- In het hier en nu en daar.

#### Ontdekken:

- Centraal staan conflicten die wijzen naar traumata.
- Ontdekken van de conflicten en de impact van deze op de huidige problemen.
- Leren deze conflicten te ontdekken, uiten, benoemen en integreren.
- Inzicht krijgen in inadequate gedrag in sociale verbanden.
- In het hier en nu, daar en toen.

(Bewegingsagogie & Psychomotorische Therapie G006, Luuk Sietsma)

Binnen de sporttherapie is dit een beetje terug te zien in het oefengerichte karakter in de beginfase van de behandeling. Waarin de doelen vooral liggen op het mobiliseren en activeren. De therapeut neemt hierin een structurerende, sturende en leidende attitude aan. Wat verderop in het revalidatieproces, een paar maanden na het ongeluk (nog zonder prothese), stond het ervaringsgerichte wat meer centraal. Vooral door het experimenteren met veel nieuwe bewegingsvormen en het opzoeken van grenzen binnen de bewegingsvormen. De attitude van de therapeut verschoof naar wat meer uitnodigen, uitlokken en het creëren van nieuwe situaties.

Als activiteiten stonden vooral bewegingsgeoriënteerde werkvormen in de schijnwerpers. Dit om twee redenen. Ten eerste door het uitdagende en motiverende karakter van de vormen wat beter aan sluit bij de beleving van Kirsten. En ten tweede de hulpvraag van Kirsten op gebied van energie kwijt kunnen in bewegen past beter in bewegingsgeoriënteerde werkvormen dan bijvoorbeeld ontspanningsoefeningen. Hierbij sluit ik niet uit dat dit geen goede oefeningen zijn voor Kirsten, maar in deze fase van behandeling waren deze nog niet aan de orde geweest.

### 3.4 Behaviorisme:

Binnen de jeugdafdeling van Revalidatiecentrum de Hoogstraat wordt er behandeld met een multidisciplinair team. De algemene behandelvisie van de Hoogstraat is de laatste jaren vooral ontstaan vanuit het behaviorisme. Er wordt klachtgericht gewerkt waarbij de therapieën grotendeels ingevuld worden door vaardigheidstrainingen. Hierbij wordt stapsgewijs opgebouwd. Dit stapsgewijze werken is terug te zien in de regelmatig terugkerende teambesprekingen waarin de SMART doelen van de afgelopen 6 weken geëvalueerd worden en waarin de nieuwe besproken worden voor de volgende 6 weken.

Voor het behandelplan wat ik uiteindelijk wil schrijven in deze scriptie ben ik op zoek gegaan naar verschillende behandelmethodes die binnen dit kader past. Het is namelijk van belang dat de sporttherapie behandelt binnen hetzelfde kader als de rest van het behandelteam. Een behandelmethode welke binnen het behaviorisme past is exposure.

#### Exposure als behandelmethode:

Exposure is een behandelmethode die o.a. gebruikt wordt bij de behandeling van vermijdings- en angstproblemen. Deze behandeling is gericht op het doorbreken van vermijdingsreacties. De werkzaamheid van exposure wordt verklaard aan de hand van het behaviorisme, de leertheoretische principes van de klassieke conditionering. De aangeleerde associatie tussen een ongeconditioneerde aversieve stimulus (een stimulus die een ongewenste reflexmatige respons oproept) die angst oproept en een neutrale stimulus die een neutrale reactie oproept. De vermijding van de (geconditioneerde) angstwekkende stimulus leidt op korte termijn tot angstreductie, maar op langere termijn tot een blijvende vermijdingsreactie en een aanhoudende angst voor deze stimulus.

Het behaviorisme legt het accent op het veranderen van ongewenst gedrag (gedragstherapie). Dit is wat er ook gebeurt binnen exposure.

Bij exposure wordt de cliënt (langdurig) blootgesteld aan de angstwekkende stimulus waardoor de geconditioneerde angstreactie afneemt. Dit is op verschillende manieren te verklaren:

- Door gewenning aan de angst (habituatie).
- De angst daalt omdat de associatie tussen de angstwekkende stimulus en de ongeconditioneerde aversieve stimulus doorbroken wordt (extinctie).
- Ook treden er cognitieve veranderingen op. (In cognitieve termen spelen anticiperende cognities bij vermijdingsreacties een belangrijke rol. Bijvoorbeeld: angst voor bijvoorbeeld controleverlies dat niet reëel is.)

#### De behandeling:

Exposure bestaat uit herhaaldelijke blootstelling aan de vermeden situaties/ personen/ dingen/ enz. Hierdoor treden extinctie, habituatie en cognitieve veranderingen op. De persoon leert dat de gedachten, emoties en externe stimuli niet gevolgd worden door een catastrofe (zoals 'gek worden' en 'controleverlies'), waardoor de angst daalt en de vermijding doorbroken wordt.

Als begin van de behandeling is het belangrijk dat de therapeut aandacht heeft voor het verhaal van de cliënt, anders bestaat de mogelijkheid dat de cliënt steeds meer gaat vermijden. Daarnaast biedt het verhaal kunnen doen van de beangstigende situaties/ trauma de cliënt hem vaak opluchting. En helpt dit het op gang komen van het verwerkingsproces. Ook werkt dit positief t.a.v. de therapeutische relatie tussen cliënt en therapeut.

#### Stap 1:

De behandeling bestaat uit verschillende stappen die vooraf gaan aan de daadwerkelijke exposure. De eerste stap bestaat uit de uitleg van vermijdingsreacties (psycho-educatie), dat deze heel normaal zijn. Daarnaast wordt besproken wat de gevolgen van vermijdingsreacties zijn (tijdelijk: de angst daalt, langdurig: niet wennen aan situaties waardoor het moeilijker te

aanvaarden en verwerken is). Tot slot volgt er de uitleg over de exposure behandeling. Waarbij expliciet vermeld wordt dat er geleidelijk met ondersteuning van de therapeut in contact wordt getreden met wat men liever vermijdt.

#### Stap 2:

Tijdens de tweede stap worden de vermijdingsreacties in kaart gebracht.

#### Stap 3:

Stap drie bestaat uit het opstellen van een exposure hiërarchie. Dit wordt gedaan door de vermijdingsreacties uit stap 2 te ordenen op mate van angst. De vermijdingsreacties krijgen een cijfer van 0 tot 100 waarbij 0 het minst eng is en 100 het engste. Dit opstellen van de hiërarchie is nodig om later tijdens de exposure graduele blootstelling te kunnen realiseren.

#### Stap 4:

De exposure. Tijdens deze stap wordt er begonnen met de minst enge situatie om vervolgens gradueel door te werken naar de engste. De cliënt wordt dus gradueel blootgesteld aan vermeden situaties (gedachten, emoties, enz). Deze graduele benadering stelt de cliënt in staat om langzaam te wennen aan de beangstigende situaties. Dit proces van blootstellen duurt voort tot dat de koppeling tussen verschillende stimuli en de angst en de vermijdingsreacties doorbroken is.

- De cliënt heeft ervaren dat de confrontatie niet zo eng/erg is als gedacht.
- De cliënt kan de confrontatie beter verdragen.

### 3.5 Aktiviteitsdenken:

De ideeën, methodieken en behandelvorm van het Aktiviteitsdenken (Maan, Rebergen, v/d Klis) sluiten goed aan bij de manier van behandelen binnen de sporttherapie op de jeugdafdeling van de Hoogstraat.

Het Aktiviteitsdenken heeft zich ontwikkeld uit de praktijk, ze vinden de praktijk dan ook belangrijker dan het theoretiseren. Van der Klis, Maan en Rebergen werden beïnvloed door Gordijn, Roozendaal en Leary. Gordijn: Bewegen is een zijns- en verhoudingswijze van de mens. De mens laat zich zien in zijn manier van bewegen. Dit is het uitgangspunt van het Aktiviteitsdenken. Doordat de mens zich laat zien in zijn manier van bewegen, kun je de mens beïnvloeden als je het bewegen beïnvloed.

Het Aktiviteitsdenken is een bewegingsgeoriënteerde stroming binnen de PMT. Bewegen wordt gezien als aspect van het psychisch functioneren. Het bewegen gebeurt altijd in relatie tot anderen/de omgeving. Op dit gebied kun je het bewegen beïnvloeden doormiddel van contextmanipulatie.

Binnen het Aktiviteitsdenken wordt gesproken van bewegingstherapie (lijkt ook weer op sporttherapie). Hierbij noemen ze een aantal kenmerkende trekken van de bewegingstherapie:

- het is een behandeling
- ze maken gebruik van bewegen
- het is gericht op psychosociale problematiek
- ze zien het lichaam als regelcentrum

De algemene doelstelling van de bewegingstherapeutische behandeling volgens het Aktiviteitsdenken is het weer op gang brengen van het invoegingsproces.

Deze ideeën zijn grotendeels terug te zien in de behandeling van de sporttherapie. Zij behandelen en maken gebruik van het bewegen. Een verschil is dat de sporttherapie niet alleen gericht is op de psychosociale problematiek, ze werken ook aan fysieke problematiek. Dit komt omdat sporttherapie eigenlijk een combinatie is van hoofdzakelijk bewegingsagogie met een vleugje PMT.

Het Aktiviteitsdenken werkt met drie behandelfasen:

- De diagnostische fase
- De behandelfase
- De evaluatiefase

#### De diagnostische fase:

Tijdens de diagnostische fase wordt er getracht meer inzicht te krijgen in de problematiek. Dit gebeurt bijvoorbeeld doormiddel van een intakegesprek.

Tijdens dit intakegesprek worden vraag en aanbod op elkaar afgestemd door de volgende stappen:

- De therapeut vormt zich een duidelijk beeld omtrent de cliënt en diens hulpvraag.
- De therapeut geeft voorlichting over pmt en er wordt een vertaling gemaakt van de hulpvraag naar pmt.
- De doelen die de cliënt en de therapeut stellen worden besproken.
- De wijze waarop dit doel bereikt zal worden wordt overlegt.
- Er wordt duidelijk afgesproken wat de bijdrage van de cliënt is en wat die van de therapeut.

Deze fase is ook terug te vinden in de behandeling binnen de Hoogstraat. Voorafgaande aan de therapieën worden er intakegesprekken gehouden met alle disciplines. Voor de sporttherapie geldt dit ook. Tijdens dit intake gesprek worden dezelfde punten besproken als bovenstaand. Met als toevoeging de bewegingservaring van de revalidant.

#### De behandelfase:

Naar aanleiding van de gestelde doelen stelt de behandelaar een behandelplan op. De bewegingsituaties worden ingevuld door situaties uit de sport, spel en gymnastiek. Wat hierbij wel van belang is dat het erom gaat hoe de cliënt iets doet, en minder om wat hij doet. De methodiek van het behandelen is het manipuleren van de context waardoor de cliënt vastloopt in zijn gebruikelijke manier en uitgelokt wordt tot het proberen van andere tactieken.

De attitude die de behandelaar hierbij aanneemt is kenmerkend door:

- het accepteren van de klachten
- steun en complimenten geven
- de cliënt laten meedenken over de behandelstrategie door onder andere het geven van keuze mogelijkheden.

Vanuit de behandelfase van het Aktiviteitsdenken zijn ook een aantal dingen terug te zien in de behandeling binnen de Hoogstraat. Zo worden ook de bewegingssituaties gebruikt uit de sport, spel en gymnastiekwereld. En is de attitude zeer herkenbaar. Door het geven van complimenten proberen we het zelfvertrouwen van de revalidant te doen toenemen en door een gedeelte vrij te laten aan de keuze van de revalidant proberen we zijn of haar autonomie te vergroten.

#### De evaluatiefase:

De evaluatie fase bestaat uit het toetsen van de resultaten van de voorafgestelde doelen tijdens de intake. Hierbij wordt de cliënt gestimuleerd te reflecteren op eigen handelen. Dit met als achterliggend doel de integratie.

Wat nog als verschil gezien wordt is dat het Aktiviteitsdenken het bewegen onderscheid van het bewegingsgedrag. Dit wordt minder gedaan bij de sporttherapeut, deze behandelt immers op beide gebieden.

Directieve therapie:

Een andere therapeutische methode waaruit de bewegingstherapeut ideeën put is de directieve therapie. Een aantal kenmerken van deze methode zijn ook terug te vinden in de behandeling van de sporttherapeut binnen de Hoogstraat.

- De therapeut geeft aanwijzingen en de cliënt en therapeut werken samen aan SMART omschreven doelen.
- De therapeut plaatst de problemen in een zo gunstig mogelijke context.
- Directe concrete interventies.
- De therapeut gebruikt fascinatie en associaties van de cliënt.

(Bewegingsagogie en Psychomotorische Therapie G003, Titia Helder, 2002)

Kwaliteiten vanuit het Aktiviteitsdenken voor sporttherapie:

Van de volgende kwaliteiten/eigenschappen van het Aktiviteitsdenken ga ik gebruik maken bij het opstellen het behandelplan verderop in deze scriptie:

- Doelgerichtheid
- Fasering van de behandeling
- Voornamelijk gericht op het nu en het non-verbaal in het nu laten zoeken naar andere gedragingen die bevredigender zijn.
- Mogelijkheid tot werken in groepen en individuele behandelingen.
- De attitude (steunend, complimenteerd, bevorderen van de autonomie van de revalidant).
- De bewegingsgeoriënteerde methodiek.
- Het gebruik van bewegingssituaties die de revalidant aanspreken.

## 4. Mogelijkheden en beperkingen met en zonder prothese

### 4.1 Op bewegingsgebied

#### Sport

Net zoals iedereen, sporten mensen met een beperking voor hun ontspanning en plezier. Het is een leuke en waardevolle vrijetijdsbesteding. Naast het plezier en de gezondheid heb je er profijt van in het dagelijkse leven. Door het sporten leer je nieuwe mensen kennen, je wordt actief betrokken bij de vereniging en je kunt je helemaal uitleven op je eigen niveau. Sport draagt bij aan een grotere zelfwaardering en zelfstandigheid.

Sporten met een fysieke beperking is op te delen in drie hoofdgroepen:

- Reguliere sporten
- Aangepast sporten met een hulpmiddel (met prothese of rolstoel)
- Aangepast sporten zonder hulpmiddel (zonder prothese en zonder rolstoel)

Als lichamelijk gehandicapt heb je dus de keuze of je weer instroomt bij je eigen vereniging (wanneer dit mogelijk is en je dit wilt) of een andere reguliere vereniging, of dat je bij een aangepaste vereniging gaat sporten. Aan elke keus zitten weer voor en nadelen.

#### Mogelijkheden met prothese:

Qua prothese zijn er veel mogelijkheden op sportgebied. Er worden tegenwoordig steeds meer technische snufjes uitgevonden op prothesegebied wat het sporten weer makkelijker maakt. Zo wordt er verwacht dat over een aantal jaar als de prothese optimaal past, de persoon een geboren sprinter is deze zelfs harder kan lopen dan iemand met z'n eigen benen.

Frank Dik (atletiektrainer aangepaste atletiek): *Ik ben van mening dat alle sporten mogelijk zijn met een amputatie beneden de knie, voor sommige sporten moet je mogelijk naar een sport specifieke prothese, voor anderen kan het op de dagelijkse met soms een lichte aanpassing. Uiteraard speelt de lengte van de stomp, oorzaak van amputatie en leeftijd van de geamputeerde een belangrijke rol, ditzelfde geldt eigenlijk ook voor het systeem van ophanging en bevestiging.*

*Vertrouwen geven in het materiaal en trainen zijn de toverwoorden om doelstellingen te verwezenlijken, naast de sport specifieke trainingsvormen moet er uiteraard veel aandacht besteedt worden aan spierversterkende oefeningen.*

*Ik heb geen weet van of er iemand is die turnt met een onderbeenprothese maar dat hoeft geen beletsel te zijn om het toch te gaan doen.*

*In eerste instantie zal iemand met een amputatie een voet krijgen die weinig energie terug geeft, daarnaast zal de eerste prothese veilig worden afgesteld. Handig is om te proberen een actieve voet te krijgen onder de prothese, dit biedt meer mogelijkheden voor de toekomst.*

*Het belangrijkste wat er gebeuren moet is om vertrouwen te geven in het materiaal, controle over de stomp en de prothese zijde in elke situatie, dit is lange termijn werk.*

#### Beperkingen/extra drempels op sportgebied:

- Angst overwinnen.
- Het goed leren van de basis techniek, wat begint met goed lopen.
- De enorme slijtage slag die deze sport is voor het prothese materiaal, wat inhoud dat je zeer geregeld bij de instrument maker zit omdat de prothese weer eens stuk is, de beperkingen blijken dan meer in het materiaal dan in jezelf te zitten. (Appie, 2006)
- De ziektekosten verzekeraar en WVG vergoeden sportprothesen meestal niet.

Figuur 2: actieve voetprothese



#### Beperkingen binnen reguliere sportverenigingen:

- Bij verenigingen van contactsporten wordt zeer voorzichtig gedaan met het laten sporten van mensen met een prothese. Vanwege het gevaar voor anderen dat de prothese op kan leveren. (Sporten als judo, karate, voetbal, enz)
- Topsporter worden binnen de reguliere sport is nog niemand gelukt met een prothese.
- Het minderwaardige gevoel dat je kan krijgen doordat je tussen reguliere sporters sport die soms net wat meer kunnen dan jij met je prothese.

#### Beperkingen binnen aangepast sporten met hulpmiddel/zonder hulpmiddel:

- Lange reisafstand naar sportclubs met aangepaste sporten als zitvolleybal en zitbadminton als je niet in de (rand)stad woont.
- Het vinden van een trainer en locatie (in het revalidatie centrum weten ze niet van het bestaan van atletiek met prothese) (Appie, 2006)

#### Belangrijke onderwerpen voor Kirsten wanneer ze weer wil turnen/trampoline springen:

##### *Turnen/trampoline springen met prothese:*

- Ze zal nooit meer haar oude niveau halen. In een prothese zit niet het gevoel dat je hebt in je eigen been.
- Technisch zou het mogelijk kunnen zijn, maar de knie wordt extra belast (neemt de last van de enkel en onderbeen over) waardoor er een grotere kans ontstaat voor knieblessures.
- Belangrijk is om eerst goed te leren functioneren met de prothese en ervoor te zorgen dat je een goede passende prothese hebt.
- Je hebt een club of trainer nodig die je wil vangen/coachen.
- Kirsten moet het lef hebben om te experimenteren, er is van te voren niet met zekerheid te zeggen dat het lukt of niet.

##### *Turnen/ trampoline springen zonder prothese:*

- Met 1 been kan je minder krachtig afzetten.
- Je kan te maken hebben met een balansprobleem waardoor landingen tijdens springen of turnen een probleem kunnen zijn.
- Je kan te maken hebben met een rotatieprobleem doordat je minder vaart mee kan nemen met 1 been.
- Turnen/springen op 1 been levert extra belasting op voor je goede been. (Dit met het oog op blessures!)
- Doordat je op 1 been staat krijg je een scheve houding (het zwaarte punt is verplaatst), hierdoor kun je rugklachten krijgen.

Onder goede begeleiding is het wel mogelijk. Zo hebben we dit tijdens de revalidatie een aantal keer gedaan. Ook om Kirsten wat te ondersteunen in haar vraag naar bewegingsmogelijkheden om haar energie kwijt te kunnen. Dit kan ze door thuis in de tuin trampoline te springen. En voor haar is het prettig om dit een aantal keer gedaan te hebben binnen de revalidatie, zodat ze ook weet hoe het veilig kan.

## 4.2 Op opleidingsgebied

De Calo staat op zich open tegenover studenten met een lichamelijke beperking. Zo zijn er eerder studenten met een lichamelijke beperking afgestudeerd aan de Calo.

Als zich iemand met een beperking meldt zullen we kijken of deze beperking al dan niet verhinderend is om de studie te doen en het beroep uit te oefenen. Als de beperkingen in deze zin niet verhinderend zijn kan iemand gewoon de studie volgen. Zijn de beperkingen wel verhinderend, dan kan iemand niet voldoen aan de opleidingskwalificaties die gelden voor het kunnen afstuderen. Zo'n persoon zou mogelijk wel aan de Calo kunnen studeren en een traject volgen dat niet leidt tot een onderwijsbevoegdheid. In de onderwijsvernieuwing die voor de deur staat zijn er allerlei keuzemogelijkheden voor studenten. Wat duidelijk moge zijn: er zal altijd overleg zijn en er kan worden gezocht naar voor de student passende en gewenste route's, maar die mogelijk niet leiden tot een onderwijsbevoegdheid. (Henk van der Palen, 2006)

Net als bij het sporten met een prothese zal het kunnen studeren aan de Calo ook afhangen van de revalidatie en de mogelijkheden van Kirsten. Hier is nog niets over te zeggen dus vandaar dat het afwachten wordt.

Wat we wel kunnen doen als sporttherapeut is Kirsten zo goed mogelijk begeleiden binnen de verschillende stappen in de revalidatie. En de revalidatie zo goed mogelijk op haar wensen aan te passen. Zo kunnen we haar bijvoorbeeld veel verschillende sporten aanbieden die ze op de Calo ook zal moeten volgen. Daarnaast kunnen we haar begeleiden in het proces van aanmelden en de testen die haar te wachten staat. Wat hierbij ook van belang is, is dat Kirsten haar amputatie zo goed mogelijk verwerkt heeft en dus het aanpassingsproces zo volledig mogelijk heeft doorlopen. Mogelijk kan het voorkomen dat Kirsten op hele andere ideeën uit gaat komen voor een vervolgopleiding. Ook dat is een factor die afhangt van het verwerkingsproces.

## 4.3 Op sociaal-emotioneel gebied

Mensen met een prothese kunnen net als ieder ander problemen tegenkomen op sociaal-emotioneel gebied. Door deze problemen kunnen ze in een sociaalisolement raken.

Hieronder een aantal problemen die mensen met een amputatie/prothese vooral in de beginfase tegen kunnen komen:

- Veranderd (negatief) zelfbeeld.
- Aangetaste eigenwaarde, wat negatieve ontevreden gevoelens op kan leveren.
- Verlaagd zelfvertrouwen.
- De beperking groter maken dan deze is, dan de omgeving van de persoon dit ervaart. Het gehele leven als mislukt/waardeloos ervaren. Negatieve toekomst tegemoet zien.
- Stoer doen naar de buitenwereld maar zich ondertussen heel anders voelen. Zich anders voordoen dan men zich werkelijk voelt.
- Spanning en stress.
- Weinig begrip vanuit de omgeving ervaren, of juist veel teveel bezorgdheid.

De meeste van deze problemen komen voort uit een niet goed, of het nog niet volledig doorlopen hebben van het aanpassingsproces. Ook kunnen al deze onderwerpen/problemen terug komen in de behandeling van de sporttherapeut, vooral op psychomotorisch gebied.

## **5. Verwerking en acceptatieproblematiek**

### **5.1 Het aanpassingsproces:**

Een amputatie is een ingrijpende ervaring in het leven van de betrokkene. Zo'n ervaring kan tijdelijke of blijvende gevolgen hebben op zowel lichamelijk, psychisch als sociaal gebied. De belangrijkste problemen waarmee mensen met een lichamelijke handicap te maken kunnen krijgen, zijn beperkingen bij verschillende activiteiten en het afnemen van sociale contacten. Op individueel gebied kunnen er problemen zijn met de stemming (depressie) of het gedrag (passiviteit). Specifiek voor mensen met een amputatie is de confrontatie met een lichaam waaraan iets ontbreekt.

Het verwerkingsproces na het ondergaan van een amputatie staat onder invloed van verschillende factoren. Het omgaan met de gevolgen van een ingrijpende gebeurtenis met blijvende veranderingen op lichamelijk en psychisch gebied veroorzaakt spanningen (ook wel stress genoemd). Goed om kunnen gaan met stress en kunnen beschikken over steun uit je omgeving zijn van belang bij het goed reageren op een ingrijpende gebeurtenis. De manier waarop mensen problemen trachten op te lossen, noemen we coping. Coping is het proces van leren omgaan met ingrijpende gebeurtenissen.

Op verschillende manieren proberen we weer controle te krijgen over de situatie. Controle is van belang omdat we op die manier de gebeurtenis een plaats kunnen geven tussen andere ervaringen. Pas dan heeft de persoon de gebeurtenis en de gevolgen van de gebeurtenis verwerkt, waardoor deze niet meer allesbepalend is in het dagelijks leven. Dit verwerken van gebeurtenissen en de gevolgen van een gebeurtenis wordt het aanpassingsproces genoemd. Het aanpassen aan de nieuwe situatie waardoor een hernieuwd evenwicht tussen draaglast en draagkracht ontstaat. (Cats,2000)

#### **Beginfase: een streven naar herstel en het minimaliseren van gevolgen.**

Het beginpunt van het aanpassingsproces is de confrontatie met de amputatie. In deze fase zijn de patiënten gericht op het bestrijden van de ziekte en zijn gevolgen. Hierbij ligt de nadruk op de lichamelijke gevolgen en nauwelijks op de psychosociale gevolgen. (Uitzonderingen hierop worden gevormd door patiënten die ten gevolge van de confrontatie met de amputatie psychopathologie ontwikkelen zoals een posttraumatische stress-stoornis, angststoornissen of een depressie.) Er wordt vooral gericht op het streven naar herstel en het minimaliseren van de gevolgen van de ziekte. Hiervoor worden over het algemeen probleemgerichte copingstrategieën gehanteerd. Probleemgerichte coping is effectief wanneer een probleem oplosbaar is, deze manier van coping kan bijdragen aan het minimaliseren van de gevolgen. Probleemgerichte coping is gericht op het actief veranderen van de bedreigende situatie.

#### **Fase 2: een groeiend besef en acceptatie van de gevolgen.**

Na verloop van tijd wordt de patiënt geconfronteerd met de grenzen van het herstel en de definitieve gevolgen van de amputatie. De patiënt begint zich dan in de loop van de tijd de blijvende gevolgen van de amputatie te realiseren. De lichamelijke gevolgen van de amputatie staan niet alleen meer op de voorgrond. De patiënt wordt geconfronteerd met psychosociale gevolgen in de praktijk van het dagelijkse leven op het gebied van werk, relatie en reacties van de directe omgeving. En daarnaast ook geconfronteerd met het feit dat doelen, wensen, overtuigen en toekomstverwachtingen die men voor de ziekte had niet meer haalbaar zijn. Voor het hanteren van deze blijvende gevolgen is de emotiegerichte coping een betere strategie. Emotiegerichte coping is gericht op het hanteren van de eigen emoties die opgeroepen worden door het probleem.

Door voortdurende confrontatie met de gevolgen groeit het besef dat er sprake is van definitieve veranderingen in het leven van de patiënt. Wanneer het de patiënt duidelijk wordt dat hij niet meer de oude wordt, dat de veranderingen onomkeerbaar zijn, laat hij het oude kader van voor de ziekte langzaam los en groeit toe naar een kader dat gebaseerd is op de

huidige toestand. Er moeten dingen losgelaten worden en het persoonlijk referentiekader moet aangepast worden. Persoonlijke eigenschappen als flexibiliteit en zelfvertrouwen en steun vanuit de omgeving spelen hierbij een belangrijke rol.

Voor het vaststellen van de grenzen van herstel, het in kaart brengen van definitieve gevolgen en beperkingen en het verwerken van de pijn en het verdriet dat hiermee gepaard gaat, hebben mensen tijd nodig. Het is van belang dat in de praktijk van begeleiding en behandeling ruimte en tijd voor de patiënt wordt vrijgemaakt om zich bij de feiten neer te kunnen leggen.

#### Eindfase: aanpassing aan de gevolgen.

Acceptatie van definitieve veranderingen betekent nog niet dat men ook weet om te gaan met die veranderingen en beperkingen. In het dagelijks leven zullen allerlei routines aangepast moeten worden, evenals het persoonlijk referentiekader waar vanuit die routines aangestuurd worden.

Dit betekent een aanpassing van doelen, verwachtingen, overtuigingen en het zelfbeeld aan de definitieve veranderingen in het leven ten gevolge van de amputatie. Het integreren van de definitieve gevolgen van de amputatie in dit referentiekader zorgt voor rust doordat er geen onhaalbare doelen meer nagestreefd worden. Dit geeft rust. Bovendien geeft het de mogelijkheid om de resterende energie te besteden aan activiteiten die belangrijker gevonden worden zoals meer aandacht voor de naasten (het sociale aspect). (van Erp, J, Donders, P, 2004)

#### **5.2 Factoren ter bevordering van het verwerkingsproces:**

- Gezondheid, het helpt als je een gezonde levensstijl hebt. Dus gezond eten, regelmatige lichaamsbeweging (goede fysieke conditie), niet roken, goede nachtrust en weinig stress.
- Mentaal: actief problemen kunnen oplossen. Zelf actief verwerken van het gebeurde in plaats van het uit de weg te gaan. Vechtlust helpt, maar het helpt ook om af en toe ruimte te geven aan gevoelens en gedachten, in stilte of door zich te uiten tegenover iemand anders. Wie alles probeert te onderdrukken zit er vaak juist langer mee.
- Concrete en haalbare (SMART) doelen stellen om aan te werken. Als een doel behaald is geeft dat een bevredigend gevoel.
- Sociale steun van familie, vrienden en kennissen.
- Rituelen in een gemeenschap kunnen ondersteunend zijn.
- Sociaal economische status (SES): inkomen, opleidingsniveau en beroep.

#### **5.3 Factoren van belemmering van het verwerkingsproces:**

- Persoonlijkheidskenmerken: bepalen de persoonlijkheid van een individu en hiermee de manier waarop een individu op een gebeurtenis reageert. Voorbeelden zijn: geremdheid, zelfwaardering, copingstijl, enz. Bijvoorbeeld confrontaties uit de weg gaan (vermijding). Hoe vaker men dingen doet, hoe makkelijker ze worden.
- Gezondheidstoestand: Gezondheidsproblemen die een individu kunnen treffen bepalen mede de psychische gezondheid.
- Meerdere ingrijpende levensgebeurtenissen.
- Geen sociale steun vanuit omgeving, mogelijk door sociale isolatie van patiënt.
- Overvraging tijdens revalidatiebehandeling.

#### **5.4 Posttraumatische stress-stoornis (PTSS):**

De meerderheid van de mensen die geconfronteerd worden met een traumatische gebeurtenis is in staat om dit trauma (de amputatie) te verwerken. De een zelfstandig met hulp uit de naaste omgeving, de ander met wat hulp van een psycholoog. Wanneer men er niet in slaagt om een traumatische gebeurtenis te verwerken kan een posttraumatische stress-stoornis (PTSS) het gevolg zijn.

De verschijnselen van PTSS zijn heel verschillend en wisselen elkaar af. Ze zijn in drie categorieën in te delen:

- Herbeleving. Bij herbeleving dringt de traumatische gebeurtenis zich telkens weer aan het slachtoffer op zodat het lijkt of hij alles weer opnieuw beleeft. Dit leidt tot nachtmerries en slecht slapen of tot hevige angstgevoelens en paniek aanvallen.
- Vermijding. Bij vermijding probeert men de traumatische ervaring te verdringen bijvoorbeeld door extreem hard te werken (workaholic) of door overmatig drinken. Mensen met vermijdingsgedrag ervaren een soort gevoelloosheid alsof ze op de automatische piloot leven en sluiten zichzelf vaak af voor hun omgeving.
- Verhoogde waakzaamheid. Mensen hebben het gevoel constant alert te moeten zijn wat leidt tot gejaagdheid, stress, schrikachtigheid en overgevoeligheid, concentratieproblemen, grote vermoeidheid met gelijktijdig slaapproblemen, somberheid en prikkelbaarheid met huilbuien.

### Behandeling

De behandeling zal vaak bestaan uit (gebeurtenisgerichte) psychotherapie. Psychotherapie is gericht op het bespreekbaar maken van de traumatische gebeurtenis en alle emotionele en lichamelijke reacties zoals angst, pijn en verdriet. Doel van de behandeling is onder andere om de traumatische gebeurtenis een plaats in het verleden te geven zodat ze zelf weer normaal kunnen functioneren in het heden. De therapie kan individueel of in groepsverband plaatsvinden. Medicijnen kunnen de therapie ondersteunen. Ze maken het verwerkingsproces draaglijker, maar kunnen het niet vervangen.

### EMDR-therapie

EMDR staat voor Eye Movement Desensitization & Reprocessing. Het is een behandelmethode voor PTSS die sinds een jaar of tien wordt toegepast. In een relatief klein aantal sessies weet men een goed resultaat te bereiken. De methode is gebaseerd op de ontdekking dat snelle oogbewegingen (rapid eye movement), gecombineerd met het gelijktijdig oproepen van beelden van de traumatische gebeurtenissen, het 'informatieverwerkingsstelsel' van de hersenen stimuleren. Hierdoor treedt een kalmerend effect op en verliest het traumatische beeld zijn emotionele lading. De klachten en symptomen van de PTSS nemen af of verdwijnen. (<http://www.teleac.nl/pagina.jsp?n=122511>, teleac, 2004)

### **5.5 Met betrekking tot de casus:**

Kirsten zit momenteel in het 'normale' aanpassingsproces. Ze bevond zich op het moment dat mijn stage afgerond was in de beginfase. Ze was vooral bezig met zoveel mogelijk dingen weer gaan doen. Dus gericht op het herstellen en het minimaliseren van de gevolgen. Haar probleemgerichte coping bevordert haar proces in deze fase. Ze pakt de problemen die ze tegenkomt aan, heel praktisch gericht. Het psychosociale stukje is nog niet zoveel aan bod geweest. Hier laat Kirsten zich ook niet veel over uit. Haar actieve manier van doen komt steeds meer terug. In het begin van haar behandeling was ze wat passiever en meer teruggetrokken. Naarmate ze haar plekje binnen de revalidatie gevonden had, werd ze actiever. Ook trok ze meer op met mede revalidanten en was ze meer betrokken in groepsprocessen. Kirsten is nog niet toe aan de tweede fase, ze is nog gericht op herstellen en dit is ook te merken in haar proces. Fysiek kan ze nog veel trainen aan haar bovenbeenspieren en het kniegewricht. En vervolgens het leren lopen met prothese.

De informatie over PTSS is puur ter aanvulling vermeld zodat ook de andere kant, de gecompliceerde verliesverwerking, niet vergeten wordt.

## **6. Conclusie: Plan van aanpak voor de sporttherapie**

Zoals u hiervoor heeft kunnen lezen zijn er veel verschillende factoren van belang in het functioneren van jongeren/mensen met een amputatie. Zo ook in de behandeling van jongeren met een amputatie. Tot slot van deze scriptie wil ik als conclusie een plan van aanpak schrijven voor de sporttherapie (bewegingsagogie/pmt).

### **6.1 Algemene informatie over plan van aanpak:**

#### Therapeutische kader, methode, uitgangspunten:

- Biopsychosociale model als uitgangspunt (ICF):
  - o Integratie van denken, voelen en handelen.
  - o Integratie Bio, psycho en sociale perspectieven.
- Bewegingsagogie:
  - o Modaliteiten: Ontmoeten, leren, sparren en vieren.
  - o Sportmogelijkheden onderzoeken.
  - o In kaart brengen van mogelijkheden/beperkingen.
- Psychomotorische therapie:
  - o Modaliteiten: Oefenen en ervaren
  - o In het hier-en-nu en daar.
  - o Ondersteuning in het maken van keuzes op opleidingsgebied.
  - o Lichaamsgeoriënteerde werkvormen (zelfbeeld, spanning en stress)
- Exposure:
  - o Herhaaldelijk blootstellen aan vermeden situaties/angsten waardoor extinctie, habituatie en cognitieve veranderingen optreden.
  - o Stapsgewijze behandeling.
  - o Steunende attitude van therapeut.
- Aktiviteitsdenken:
  - o Bewegingsgeoriënteerde vormen.
  - o Contextmanipulaties.
  - o Behandelfases (diagnostische fase, behandelfase en evaluatiefase).
  - o Attitude van de therapeut: accepteren van de klachten, steunend en complimenterend, autonomie van de revalidant bevorderen.
  - o Doelgerichtheid.
  - o Gebruik van bewegingssituaties die de revalidant aanspreken.

#### Indicaties:

- Revalidanten met een normale tot licht geproblematiseerde verwerking/acceptatie na een (onder)beenamputatie.
- Revalidanten met hulpvraag op sport/bewegingsgebied, en enige affiniteit met bewegen.

#### Contra-indicaties:

- Revalidanten met extreme bewegingsangst en afkeer tegen bewegen.
- Revalidanten met (ernstige) psychiatrische problematiek.

#### Algemene zaken:

Er vindt om de 6 weken een tussenevaluatie plaats om zonodig het behandelplan bij te stellen en nieuwe doelen te stellen. Hierbij krijgt de revalidant ook de mogelijkheid om dingen te wijzigen in de behandeling.

## 6.2 De behandelfases:

Voor de behandelfases ga ik uit van de fases van het normale aanpassingsproces:

- Beginfase: streven naar herstel en het minimaliseren van de gevolgen.
- Fase 2: groeiend besef en acceptatie van de gevolgen.
- Eindfase: aanpassing aan de gevolgen.

### Intake:

Vooraf aan de behandeling vindt er een intake gesprek plaats. Tijdens deze intake worden de wensen/doelen van de revalidant besproken en de taken van de therapeut en de revalidant worden duidelijk uitgesproken zodat iedereen weet waar hij aan toe is.

### Beginfase:

In deze fase is de revalidant gericht op het minimaliseren van de gevolgen, dit gebeurt door zoveel mogelijk te streven naar herstel. Om de draaglast zoveel mogelijk te beperken is het noodzakelijk om een probleemgerichte copingstrategie hierbij te gebruiken. In deze fase is men vooral gericht op de mogelijkheden. Deze strategie is effectief tot het moment dat geen verdere vooruitgang meer mogelijk is: het moment dat men geconfronteerd wordt met de definitieve beperkingen. Interventies gericht op aanpassen van leefstijl wordt hierbij over het algemeen gedaan in de vorm van voorlichting. Bijvoorbeeld over de sportmogelijkheden met een amputatie.

### *Algemene doelen:*

- Het in kaart brengen van de mogelijkheden van de revalidant.
- Leren van de nieuwe bewegingsmogelijkheden (rolstoelvaardigheden, lopen met prothese).
- Het ervaren van nieuwe en oude sportmogelijkheden.
- Het wennen aan het nieuwe lichaam doormiddel van lichaamsgerichte werkvormen.
- Het minimaliseren van lichamelijke gevolgen.

### *Activiteiten:*

- Bewegingsvormen die de revalidant nog niet kent, op deze manier ziet hij/zij vooral zijn of haar nieuwe mogelijkheden en niet de beperkingen.
- Succesactiviteiten om vooral veel succeservaringen op te doen.
- Ontspanningsoefeningen om manieren te ontdekken om spanning kwijt te kunnen raken.
- Fitness ter versterking van de spieren van de aangedane zijde.
- De activiteiten vallen vooral in de modaliteiten ontmoeten en leren (BA) en oefenen (PMT).

### *Attitude van de therapeut:*

- Oplossingsgerichte benadering.
- Grensverleggend uitdagen. (De revalidant uit eventuele negatieve gedachten lokken doormiddel van uitdagende bewegingsvormen.)

### Tweede fase:

In deze fase staat vooral het besef en de acceptatie van de definitieve beperkingen centraal. De probleemgerichte coping levert bij blijvende beperkingen eerder een vergroting van de draaglast op dan een verkleining. Hierdoor zal de frustratie toenemen wanneer iemand blijft vechten tegen blijvende beperkingen. In deze fase is men vooral gericht op de beperkingen. Interventies gericht op het proces van bewust worden en accepteren van beperkingen. Hierbij ook aandacht voor de definitieve psychosociale gevolgen. Van belang in deze fase zijn ook lotgenotencontact en psycho-educatie met betrekking tot verliesverwerking.

*Algemene doelen:*

- Verkleinen van de draaglast door bewustwording van de blijvende beperkingen.
- Zo optimaal mogelijk om leren gaan met de prothese en deze ook accepteren.
- Het in kaart brengen van de sportmogelijkheden voor na de revalidatie.
- In kaart brengen van wat men wel kan veranderen en waar men zich bij neer moet leggen.
- Aan leren voelen van fysieke (en psychische) grenzen.
- Leren praten over eigen gevoelens en gedachten.
- Vermijding van sociale situaties en activiteiten voorkomen/behandelen.

*Activiteiten:*

- Bewegingsvormen die de revalidant voor de amputatie beoefende. Om zo de mogelijkheden en beperkingen te scheiden.
- Ervaringsgerichte oefeningen zodat met letterlijk tegen zijn of haar beperkingen aan loopt en deze niet kan negeren.
- Exposure gebruiken in de behandeling van vermijding.
- De activiteiten vallen vooral in de modaliteiten leren (BA), oefenen en ervaren (PMT).

*Attitude van de therapeut:*

- Steunend.
- Confronterend (binnen bijvoorbeeld exposure oefeningen).

Eindfase:

Bij het omgaan met de definitieve beperkingen is een strategie gericht op het vergroten van de draagkracht effectiever. Dit betekent stoppen met vechten en zoeken naar manieren om controle uit te oefenen op deze beperkingen. Essentieel hierbij is dat de patiënt in staat is zich neer te leggen bij die beperkingen. De aandacht verschuift hier van de beperkingen naar de mogelijkheden die er nog zijn ondanks de beperkingen.

Interventies gericht op het vergroten van draagkracht. Aandacht voor de mogelijkheden die er nog zijn ondanks de beperkingen. Ondersteund worden door interventies gericht op zinervaring, betekenisverlening en zogenaamde oplossingsgerichte benaderingen.

*Algemene doelen:*

- Aan leren geven van grenzen naar de omgeving.
- Re-integratie in sociale contexten zoals: werk, opleiding, sportvereniging, familie, vrienden enz.
- Vergroten van de zelfstandigheid/ autonomie van de revalidant.

*Activiteiten:*

- Veel verschillende bewegingsvormen zodat de revalidant een keuze kan maken uit een sport voor na de revalidatie. Hierin begeleiding naar de sportvereniging.
- Aansluitend op de wensen van de revalidant. Na de revalidatie is er immers weinig tot geen begeleiding meer op sport/bewegingsgebied.
- De activiteiten vallen vooral in de modaliteiten vieren en sparren (BA), oefenen en ervaren (PMT)

*Attitude van de therapeut:*

- Ten dienste van de revalidant, dus ook naar behoefte.
- Steunend in het zoeken naar mogelijkheden.
- Remmend in het vechten tegen de beperkingen.

Eindevaluatie:

Tot slot wordt er de behandeling geëvalueerd. En wat ook belangrijk is, is dat de revalidant de mogelijkheid krijgt om na de revalidatie begeleiding te vragen op bewegingsgebied. Dit is een wens van veel ex-revalidanten, maar gebeurt nog veel te weinig.

## **7. Literatuurlijst**

### Internet:

- <http://www.rivm.nl/who-fic/BrochureICF.pdf>, sDG, 2002.
- <http://www.teleac.nl/pagina.jsp?n=122511>, teleac, 2004.
- <http://www.kortermaarkrchtig.nl>, forumleden, 2006.
- <http://www.1b1.nl/frameset.htm>, Co Appelman, 2006.
- <http://www.lostleg.nl/indexnl.html>, Appie, 2006.
- <http://www.ottobock.com>, 2006.
- <http://www.ossur.com>, 2006.

### Boeken:

- Geertzen, J.H.B., Rietman, J.S., 2002, Amputatie en prothesiologie van de onderste extremiteit, Utrecht, Uitgeverij Lemma bv.
- Cats, E, 2000, De benen nemen, Utrecht/Antwerpen, Kosmos-Z&K Uitgevers.
- Glassman, W.E., Geluk, H, 1998, Stromingen in de psychologie, Baarn, HB uitgevers.
- Van den Bout, J., Boelen, P.A., De Keijser, J., 1998, Behandelstrategieën bij gecompliceerde rouw en verliesverwerking, Houten/Diegem, Bohn Stafleu Van Loghum.
- Van der Ploeg, P, 2005, Encyclopedisch woordenboek van de psychologie, Apeldoorn, Garant Uitgevers N.V.

### Readers:

- Bewegingsagogie & Psychomotorische Therapie G006, Luuk Sietsma.
- Uit: Bewegingsagogie & Psychomotorische Therapie G003, Titia Helder, 2002, Van binnenuit en van buitenaf....
- Diagnostiek, indicatie en behandeling G041, Sandra Verbeeten.  
Vragenlijst psychomotorische therapie, Claudia Emck, blz. 78-83

### Tijdschriften/andere literatuur:

- Caroline van den Kommer, 2006, Consulent aangepast sporten Els Duijn: 'Het is heel bijzonder om mensen te kunnen wijzen op hun mogelijkheden', In: LvVG nieuwsbrief, januari 2006.
- Jos van Erp, Peter Donders, Augustus 2004, Leven met verandering. Verslag van de symposiumreeks Coping en verwerking bij chronische ziekte.

**Bijlage:**

A. Vragenlijst Psychomotorische Therapie van Claudia Emck.

Intakeformulier:

Naam: *Kirsten*

Datum opname: *17-01-06*

Reden van behandeling: *Revalidatie na onderbeen amputatie*

Medicatie: *Niks meer op dit moment*

Wat zijn je verwachtingen van de behandeling?

Heb je speciale wensen op bewegingsagogisch gebied/sportgebied:

*Ja, ik wil eigenlijk weer trampoline springen.*

Vragenlijst:

T/m kleuterleeftijd:

1. Zijn er problemen geweest met leren lopen? *Nee*  
Hoe oud was je ongeveer toen je leerde lopen? *Nog geen 1*
2. Op welke leeftijd leerde je fietsen? *3 à 4 jaar*
3. Op welke leeftijd leerde je zwemmen? *5 jaar*  
Hoe vond je dat? *Niet leuk*  
Welke diploma's heb je? *Alleen A diploma*
4. Zijn er bijzondere gebeurtenissen (bv. Ziekte, ongeluk, iets in je familie) geweest in de periode tot je naar de basisschool ging? Zo ja, welke? *Nee, niet dat ik kan me herinneren.*

Basisschool:

5. Heb je op de basisschool gymnastieklessen of bewegingsonderwijs gehad? ja  
Zo ja, van een vakleerkracht (gymnastiekleraar) of groepsleerkracht (juf/meester)?  
*Gewoon van de juf/ meester die je dat jaar had.*
6. Hoe vond je het bewegingsonderwijs op de basisschool? *Meestal wel leuk en gezellig.*  
Wat vond je van de onderdelen:
  - a. Turnen..... *deden we eigenlijk nooit, maar als we turn dingen deden vond ik het altijd heel leuk om te doen.*
  - b. atletiek (hardlopen, verspringen, hoogspringen)..... *deden we nooit.*
  - c. spel (trefbal, mikspelen, slagbal)..... *erg leuk om te doen, trefbal deden we ook vaak in de pauze.*
 Wat vond je het leukste om te doen? *Apenkooien en slagbal.*  
 Wat vond je het minst leuk? *Voetballen.*
7. In welke omgeving ben je opgegroeid? (stad, platteland) *In een dorp.*  
Speelde je veel buiten of veel in huis? *Veel in de tuin maar ook buiten op straat.*  
Welke spelletjes deed je zoal tot je 12<sup>e</sup> jaar? -
8. Had je veel vriendjes/vriendinnetjes op de basisschool? *Kon met bijna iedereen wel goed opschieten.*  
Had je een beste vriend of vriendin op de basisschool? *Ja.*  
Speelde je liever alleen of met anderen? *Met anderen.*

## Middelbare school:

9. Welk onderwijs heb je na de basisschool gevolgd? *Havo.*  
Hoe vond je de lessen lichamelijke opvoeding? *Wel leuk, maar jammer dat we zo weinig dingen deden waar je wat kon leren en niet veel turnden.*  
Hoe vond je de leerkracht? *Aardig.*
10. Hoe vond je de volgende onderdelen op deze school?
- Turnen..... *als we het deden heel erg leuk, vooral als we dingen deden die ik bij turnen (bij gymvereniging) nooit deed.*
  - atletiek (hardlopen, speerwerpen, enz) *wat minder leuk, werd vaak niet serieus gedaan en was ik ook niet echt goed in.*
  - spel (basketbal, volleybal, hockey, enz) *ook niet zo leuk, deed ook bijna niemand serieus mee.*
- Welk spel vond je het leukst en waarom? *Softbal en turnen.*  
Welk spel vond je het minst leuk en waarom? *Atletiek, zie atletiek.*  
Waar had je echt een hekel aan? *Speerwerpen, piepjestest en coopertest.*
11. Heb je veel vrienden/vriendinnen op deze school? *Ja, genoeg in ieder geval.*  
Had je een beste vriend of vriendin op deze school? *Ja.*
12. Als er partijen gemaakt werden voor een spel werd je dan als een van de eersten gekozen of juist heel laat? *Meestal als 1 van de eersten.*  
Hoe vind jij jezelf in gymnastiek en sport? *Als het een leuke partij is en iedereen serieus mee doet, vind ik het wel de moeite waard om fanatiek mee te doen anders ben ik het meestal gauw zat.*

## Vrije tijd:

13. Ben je lid geweest van sportverenigingen? *Ja, Impala in Leusden (turnvereniging/trampoline springen).*  
Zo ja, welke sporten en hoe lang? *Turnen en trampoline springen, turnen ruim 7 jaar en trampoline springen ruim 3 jaar.*
14. Doe je in je vrije tijd sportieve activiteiten buiten verenigingsverband?  
Zo ja, welke activiteiten? *Ja, trampoline springen in de tuin, skeeleren.*
15. Zijn er sportactiviteiten die je graag zou willen doen? Welke? *Ik wil graag een keer skiën of snowboarden.*
16. Hou je van dansen? *Nee.*  
Heb je dansles of iets dergelijks gehad? *Nee nooit.*
17. Heb je hobby's die belangrijk voor je zijn en die niet met sport en bewegen te maken hebben? *Ik hou wel van piano spelen zo af en toe.*

## Ziekte, klachten, angsten?

18. Heb je voor dit ongeluk wel eens een ernstig ongeluk gehad of ben je wel eens langdurig ziek geweest? Zo ja, wat heb je gehad? *Nee, niet voordat ik het ongeluk op de trampoline had.*
19. Het je lichamelijke klachten? Zo ja welke? En heb je daar last van tijdens het sporten? *Nooit echt gehad, nu ook niet echt, wel snel vermoeid.*
20. Ben je welk eens gespannen? *Ja.*  
Voel je deze spanningen ook in je lichaam? *Ja.*  
Heb je daar ook last van bij sport en bewegen? *Meestal niet, een enkele keer wel eens bij een wedstrijd.*

21. Heb je last van de hieronder genoemde angsten:  
 Hoogtevrees? *Nee*  
 Watervrees? *Nee*  
 Straatvrees? *Nee*  
 Angst om te vallen? *Meestal niet, of het moet iets engs zijn waar je op of tegen aan zou vallen.*  
 Angst in grote ruimten? *Soms*  
 Angst in kleine ruimten? *Soms*  
 Angst om in een groep te zijn? *Wel als ik iets zou moeten zeggen/doen maar anders niet.*
22. Ben je eerder ergens in behandeling geweest? Zo ja waar? *Nee.*

Gedrag en gevoelens:

23. Als je een spel speelt, vind je het dan belangrijk om te winnen? *Het is wel leuk als je wint maar het hoeft niet persé.*  
 Hoe gedraag je je meestal als je verliest? *Meestal kan ik er wel om lachen, en feliciteer ik de anderen.*
24. Toon je je gevoelens in het algemeen makkelijk? *Niet echt, het ligt er ook aan met/bij welke perso(en) ik ben. Als het niet zo bekende zijn dan zou ik het niet zo gauw zeggen hoe ik me voel maar mensen zullen het denk ik wel aan me merken.*  
 Wat doe je als je:  
 Boos bent.... *Meestal probeer ik dan alleen te zijn, en anders reageer ik meestal niet zo aardig tegen mensen.*  
 Verdriet hebt.... *Ook meestal alleen proberen te zijn en het anders in ieder geval proberen niet te laten tonen aan anderen.*  
 Zenuwachtig bent.... *Word ik meestal heel sacherijng of heel erg actief .*  
 Blij bent.... *Heel aardig tegen iedereen en laat het dan meestal wel merken.*  
 Bang bent.... *Meestal ga ik naar iemand toe of met iemand praten.*
25. Kun je je gemakkelijk beheersen? *Meestal wel, af en toe gaat het mis.*  
 Zo nee, wanneer niet? *Vooral thuis, en een enkele keer ergens anders.*  
 Ook in sport en spelsituaties? *Nee, eigenlijk nooit.*

Lichaamsattitude:

26. Ben je tevreden met je eigen lichaam en uiterlijk? *Ja hoor, meestal wel, ben er nooit zo heel erg mee bezig (vind ik zelf).*  
 Over welke delen ben je wel en niet tevreden? *Over m' n been ben ik niet tevreden (maar is logisch lijkt me).*
27. Hoe vind je het door anderen aangeraakt te worden, doorgaans prettig of juist niet? *Dat ligt eraan welke persoon het is, maar meestal heb ik het er niet zo op als mensen aan me zitten, het ligt er ook aan op welke manier het gebeurt of het per ongeluk is of niet.*  
 Raak je anderen makkelijk aan of blijf je wat meer op afstand? *Blijf meestal meer op afstand.*
28. Zijn er dingen die je niet durft te doen vanwege je lichaam of uiterlijk maar die je misschien wel zou willen doen? Zo ja, welke? *Nu een heleboel, alle dingen die ik voor het ongeluk ook kon, bijv. turndingen en trampoline sprongen.*

(Uit Reader Diagnostiek, indicatie en behandeling: Vragenlijst psychomotorische therapie, Claudia Emck, blz. 78-83)

Het is niet toegestaan om iets uit deze scriptie te wijzigen, te kopiëren of te gebruiken zonder toestemming van de auteur, [esterkoe@hotmail.com](mailto:esterkoe@hotmail.com)