

Daniëlle van der Meer

Begeleid door Jan Abbas en Claudia Emck

Bang om trap te lopen.....

Een casestudy over de mogelijkheden van exposure binnen de psychomotorische therapie

Sander is bang om dood te gaan als hij zich fysiek inspant. Daarom wil hij niet meer sporten, maar hij vermijdt ook dagelijkse activiteiten zoals boodschappen doen en traplopen. Nadat cognitieve gedragstherapie zijn klachten onvoldoende had doen afnemen, is hij gestart met psychomotorische therapie. De combinatie van exposure en de toegepaste relaxatie van Öst hielp hem van zijn bewegingsangst af.

In dit artikel ...

- ... behandeling van een gegeneraliseerde angststoornis;
- ... exposure in psychomotorische therapie;
- ... uitgebreide beschrijving van een therapieproces.

Inleiding

Mensen met bewegingsangst zijn bang om te bewegen of fysieke inspanning te leveren. Zij zijn bang dat als zij bewegen hun klachten verergeren. Sander heeft dit ook: hij is bang dat hij doodgaat als hij zich fysiek inspant. Deze casus beschrijft hoe exposure en toegepaste relaxatie van Öst in de psychomotorische therapie bij de klachten van Sander zijn toegepast. De combinatie van deze twee technieken biedt een uitstekende mogelijkheid om het verstoorde evenwicht tussen denken en voelen te herstellen. Sander volgde psychomotorische therapie ambulante en dit was op individuele basis.

De achtergrond en hulpvraag van Sander

Sander is 39 jaar oud, is getrouwd en heeft twee kinderen. Hij is middelbaar opgeleid en heeft een zelfstandige functie bij een dienstverlenende sector. Hij heeft vroeger op hoog niveau gevoetbald (hoofdklasse) en naast het voetbal heeft hij veel aan hardlopen gedaan. Sinds zeven jaar is hij bang om fysieke inspanning te leveren. Hij is niet alleen bang om te gaan sporten maar is ook bang voor het doen van dagelijkse dingen waarbij hij zich fysiek moet inspannen, zoals traplopen. Zaken die hem geen fysieke inspanning kosten, zoals koken of afwassen, vindt hij niet vervelend om te doen.

Sander denkt dat zijn angst voor bewegen begonnen is, nadat hij 's nachts een keer wakker werd en merkte dat hij geen lucht meer kreeg. Hij heeft zich vervolgens laten onderzoeken in het ziekenhuis en hieruit bleek dat er niets met zijn longen aan de hand was. Uit het onderzoek bleek echter wel dat hij last had van hartritmestoornissen. Uiteraard was hij blij dat er niets met zijn longen aan de hand was, maar door de hartritmestoornissen bleef de angst bestaan. Hij was bang dat hij dit nog een keer zou meemaken en dat hij hier in zijn slaap aan zou overlijden. Daarnaast was hij ook bang dat door de hartritmestoornissen zijn hart op hol zou slaan. Hierdoor werd fysieke inspanning een nog meer beladen onderwerp voor hem dan dit al was.

Aanvankelijk kon hij tijdens een angstige periode over zijn lichamelijke gezondheid gerustgesteld worden door de huisarts of door een specialist, maar dit lukte op een gegeven moment niet meer. Na vier jaar nam de angst om dood te gaan heel erg toe. Hij kon niet meer gerustgesteld worden en is daarom aangemeld bij de Geestelijke Gezondheidszorg Noord-Holland-Noord (GGZ-NHN).

Tijdens het psychologisch onderzoek bleek dat zijn angst om dood te gaan bevestigd werd door zijn lichaam. Hij verwarte de lichamelijke sensaties bij fysieke inspanning met de lichamelijke sensaties die hij had nadat hij die keer 's nachts wakker was geworden en geen lucht meer kreeg. Zo bracht hij de lichamelijke sensaties bij fysieke inspanning in verband met doodgaan.

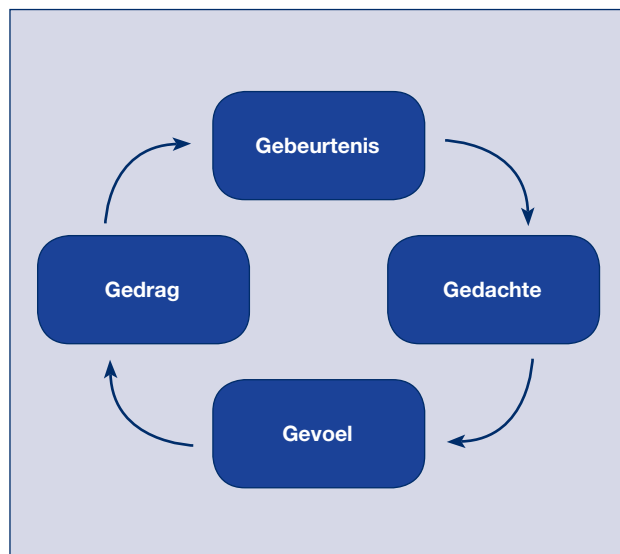
Uit het psychologisch onderzoek kwam ook naar voren dat hij vooral op de bank sliep met de tv aan. Hij was te bang om te gaan slapen en nooit meer wakker te worden. Hij sliep onderbroken, hij was moe van gedachten, piekerde veel, voelde zich down, kon zich minder goed concentreren en was erg gespannen.

Psychopathologie

Sander is volgens de DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000) gediagnosticeerd met een gegeneraliseerde angststoornis. Hij heeft last van veel buitensporige angst en bezorgdheid en dit duurt al bijna zeven jaar. Het laatste jaar zijn de klachten verergerd. Sander gaat steeds langs bij de huisarts, als deze hem niet gerust kan stellen gaat hij naar de specialist. Hij kan moeilijk zijn bezorgdheid in de hand houden. Naast bewegingsangst heeft hij ook last van rusteloosheid, moeite om zich te concentreren, toegenomen spierspanning en hij slaapt slecht.

Methode

De behandeling is volgens de Multidisciplinaire richtlijnen Angststoornissen uitgevoerd (Trimbos-instituut, 2009). Volgens deze richtlijn kan men een gegeneraliseerde angststoornis op twee manieren behandelen. De eerste methode is als volgt: Psychologische behandeling (cognitieve ge-



Afbeelding 1: De viciuze cirkel.

dragstherapie) gecombineerd met applied relaxation en/of exposure en eventueel als de therapie onvoldoende werkt, kan het nog gecombineerd worden met farmacotherapie. Bij de tweede methode begint men de behandeling met farmacotherapie, gecombineerd met de psychologische behandeling en ten slotte kan dat weer gecombineerd worden met applied relaxation en/of exposure.

Cognitieve gedragstherapie

Bij Sander is gekozen voor de tweede methode zoals hierboven beschreven. Sander is begonnen met farmacotherapie, gecombineerd met een psychologische behandeling in de vorm van cognitieve gedragstherapie. Tijdens deze therapie spoorde hij samen met de cognitieve gedragstherapeut naar inadequate gedachten die hij had en was er aandacht voor het verband tussen gedachten, gevoelens en gedragingen die een viciuze cirkel kunnen vormen (zie afbeelding 1). Het voelen wordt niet zozeer veroorzaakt door een gebeurtenis die de cliënt heeft meegemaakt, maar door de gedachten die de cliënt heeft over die gebeurtenis. Sander is tijdens deze therapie vooral bezig geweest met het opschrijven en toetsen van zijn gedachten. Dit werd gedaan aan de hand van het G-schema (Beck, 1976, 1967):

Gebeurtenis: beschrijf de situatie alsof je door een camera kijkt.

Gedachten: beschrijf de specifieke gedachten die je hebt bij bovenstaande beschreven gebeurtenis.

Gevoel of Gedrag: welk gevoel of gedrag is het gevolg van deze gedachten?

Voor inadequate gedachten ontwikkelden Sander en de cognitief gedragstherapeut alternatieve gedachten. Na de therapie pasten de gevoelens en gedragingen van Sander beter bij de werkelijke situatie, maar zijn klachten waren

volgens hem nog onvoldoende afgenomen omdat hij het leveren van fysieke inspanning nog steeds aan het vermijden was. Daarom werd psychomotorische therapie als aanvullende therapie ingezet.

Psychomotorische therapie

Tijdens psychomotorische therapie wordt gebruik gemaakt van bewegingsactiviteiten en lichamelijke ervaringen, het lichaam en bewegen staan hierin centraal. De therapeut probeert de cliënt bewust te maken van de wisselwerking tussen gevoelens, gedachten en het lichaam. Ook leert de cliënt lichaamssignalen te herkennen als een bron van informatie over emoties en ervaringen in het contact met de omgeving (NVPMT, 1995). Sander verwarde de lichamelijke sensaties bij fysieke inspanning met de lichamelijke sensaties van angst. Door zichzelf bloot te stellen aan fysieke inspanning ervoer hij dat er veel overeenkomsten waren tussen de lichamelijke sensaties tijdens fysieke inspanning en angst.

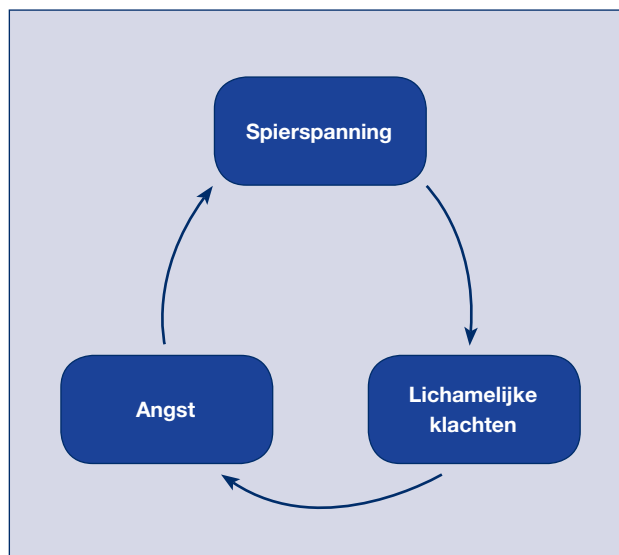
Tijdens psychomotorische therapie is hij vooral bezig geweest met exposure en ontspanningstechnieken. Binnen psychomotorische therapie kan exposure goed worden geoefend. Naar mijn mening was exposure de aangewezen techniek om Sander van zijn bewegingsangst af te krijgen. Hoewel uit verschillende onderzoeken blijkt dat de effectiviteit van exposure bij deze aandoening op langere termijn enigszins terugloopt, kan deze techniek effectief ingezet worden om een verstoord evenwicht tussen denken en voelen te herstellen (Trimbos-instituut, 2009).

■ *Exposure in vivo*

Exposure betekent 'blootstelling aan'. Bij exposure wordt aan de cliënt gevraagd om zichzelf stapsgewijs bloot te stellen aan datgene waar hij het meeste bang voor is. Bijvoorbeeld iemand die bang is voor angstaanvallen wordt langzamerhand blootgesteld aan lichamelijke sensaties van zo'n angstaanval. De cliënt leert als het ware wat de lichamelijke sensaties van een angstaanval zijn. Door de cliënt zelf te laten ervaren dat de gedachten die hij heeft niet reëel zijn bij de lichamelijke sensaties, zal het angstgevoel langzaam verminderen en hoeft hij niet meer te vermijden (Kampman & Keijsers, 1997).

■ *Ontspanningstechniek: de toegepaste relaxatie van Öst*

Deze techniek kan het beste omschreven worden als een coping- en relaxatietechniek, waarbij de cliënt geleerd wordt om snel te ontspannen in situaties waarbij de spanning hoog oploopt (Mertens, 2004). Angst is een soort alarmtoestand en kan in gevaarlijke situaties erg nuttig zijn. Verhoogde waakzaamheid zorgt ervoor dat men snel kan handelen als dit nodig is. Mensen die last hebben van een angststoornis hebben vaak last van onnodige angst. De onnodige



Afbeelding 2: De negatieve spiraal.

angst zorgt ervoor dat de spieren onnodig gespannen zijn en dit kan op langere termijn tot meer lichamelijke klachten leiden. Door de spierspanning te laten afnemen, zullen de lichamelijke klachten ook afnemen en kan de negatieve spiraal doorbroken worden (zie afbeelding 2) (Van den Bogert & Scholten, 2005).

■ *Huiswerk*

Sander kreeg ook na elke sessie huiswerk mee naar huis. Dit begon met één minuut touwtje springen en dit nam elke sessie toe, tot uiteindelijk zo lang mogelijk touwtje springen. Daarnaast moest hij fietsen op zijn hometrainer. In het begin was dit tien minuten met een lage weerstand en de weerstand nam elke sessie toe. Op zijn werk mocht hij niet meer de lift nemen naar de eerste drie etages, maar moest hij de trap nemen.

Behandeling

De hulpvraag van Sander voor de psychomotorische therapie was als volgt: "Ik wil beter leren omgaan met mijn gedachten over lichamelijke ziekten (onder andere hart-ritmestoornissen) en de doemscenario's proberen om te buigen in een meer positieve richting". Ook wilde hij niet meer afhankelijk zijn van zijn gezin of andere mensen om zich heen.

Het doel van de psychomotorische therapie was om Sander zelf te laten ervaren dat de lichamelijke signalen die bij paniek of angst horen veel overeenkomsten vertonen met de lichamelijke signalen bij fysieke inspanning. Zo zou Sander zich weer fysiek kunnen inspannen en/of sporten zonder dat de paniek toeslaat.

Ik heb Sander eerst uitgenodigd voor een intakegesprek om kennis te maken en uitleg te geven over wat psycho-

motorische therapie inhoudt. Naar aanleiding van dit gesprek en in overleg met de cognitief gedragstherapeut, hebben wij besloten om Sander allebei één keer per twee weken te zien. Na zes weken sloot de cognitief gedragstherapeut de behandeling af in verband met zwangerschapsverlof.

Sessie 1 en 2

Tijdens de eerste sessie psychomotorische therapie merkte ik dat Sander veel spanning in zijn lichaam had. Nadat ik dit had nagevraagd, bleek dit te kloppen. Hij kon dit ook benoemen en zei dat hij vooral veel spanning had in zijn gezicht, schouders, nek en armen. Ik besloot daarom om Sander eerst een ontspanningstechniek aan te leren, zodat hij thuis en in spanningsvolle situaties zijn spanning beter kan reguleren. Om Sander als eerste het verschil te leren tussen spanning en ontspanning begonnen we met de eerste stap van de toegepaste relaxatie, de progressieve relaxatie. Deze techniek leerde Sander ontspannen door eerst de spieren even aan te spannen en dan de spanning weer los te laten. Het doel hiervan was dat Sander ervoer wat het verschil is tussen spanning en ontspanning, contact maakte met zijn lichaam en dat hij deze techniek kon gebruiken om de spanning te laten zakken.

Sessie 3 en 4

De opbouw zag er vanaf de derde sessie iets anders uit dan de vorige sessies: Sander begon met een ontspanningsoefening, vervolgens exposure en ter afsluiting nog een keer de ontspanningsoefening. Touwtje springen werd ingezet als exposure-oefening, omdat touwtje springen vrij intensief is en snel zorgt voor fysiologische veranderingen die lijken op lichamelijke verschijnselen bij een angstaanval. Voorbeelden van dit soort verschijnselen zijn: snellere ademhaling, versnelde hartslag, warmte, zweten en toename van spierspanning.

Tijdens de derde sessie begon Sander met 15 seconden touwtje springen. Dit werd al snel uitgebreid naar 30 seconden en tenslotte naar 1 minuut. Nadat hij 1 minuut touwtje had gesprongen gaf Sander aan dat hij dicht bij zijn paniekgrens zat. Hij stond voorovergebogen, met opgetrokken schouders, versnelde ademhaling, zweette en had het warm. Ik heb hem vervolgens gevraagd om geaard te gaan staan. Dat wil zeggen voeten op heupbreedte, rechtop (niet voorovergebogen) en daarbij vroeg ik hem om zijn handen op zijn buik en borst te houden. Doordat hij geaard is gaan staan, kon hij beter voelen wat er allemaal in zijn lichaam gebeurde. Toen ik hem vroeg wat hij voelde, antwoordde hij: "Ik voel dat ik de kamer uit wil". Ik vertelde Sander dat dit een gedachte is en dat dit niet is wat hij voelt. Het is namelijk een neiging tot handelen en valt onder gedrag. Ik vroeg hem opnieuw één hand op zijn buik te leggen en één hand op zijn borst. Nu merkte hij dat er van alles in zijn

lichaam was veranderd. Hij voelde een versnelde ademhaling die alweer aan het zakken was, een verhoogde hartslag die afnam, zweet en tintelingen in zijn armen. De sessie sloten we af met een ontspanningsoefening en toen merkte Sander dat zijn hartslag weer normaal was en dat hij geen tintelingen meer had in zijn armen.

Sessie 5 en 6

Bij aanvang van de vijfde sessie van de psychomotorische therapie vertelde Sander dat hij drie dagen voor de afspraak last had van enorm toegenomen spanning in zijn lichaam en dat hij veel last had van stress. Ook vertelde hij dat hij één dag voor deze afspraak last had van hartritmestoornissen en dat hij zich vandaag absoluut niet wilde inspannen. Hij vond het al heel wat dat hij was gekomen. Tijdens deze sessie heb ik de nadruk gelegd op hoe belangrijk het is om de negatieve spiraal te doorbreken en dat het alleen maar moeilijker wordt om in beweging te komen als hij dat in deze sessie niet zou doen.

Aan zijn houding was goed te zien dat dat de spanning erg hoog zat. Hij zat met opgetrokken schouders, zat met zijn handen te friemelen, bewoog steeds en vond het lastig om stil te zitten. Ondanks dat ik een aantal keer benadrukt heb dat vermijden geen zin had, wilde hij nog steeds niets doen wat te maken had met fysieke inspanning. Omdat Sander voet bij stuk hield en veel last had van spanning heb ik ervoor gekozen om alleen de ontspanningsoefening te doen zodat de spanning in zijn lichaam wat zou zakken.

De zesde sessie kon Sander wel verder met exposure. Steeds is Sander bewust gemaakt van wat er in zijn hoofd gebeurde, oftewel wat gedachten waren en wat er daadwerkelijk in zijn lichaam gebeurde. Ook is er benadrukt dat wat er in zijn lichaam gebeurde normaal is bij fysieke inspanning. Om verder inzichtelijk te maken hoe de signalen van angst en de signalen van lichamelijke inspanning overeenkomen, hebben wij deze beiden op papier gezet. Dit overzicht hielp Sander in te zien dat de lichamelijke reacties bij fysieke inspanning en bij een angstaanval eigenlijk hetzelfde zijn.

Sessie 7 en 8

Tijdens sessie zeven leek Sander nog steeds angstig, hij vertelde dat hij nog steeds veel aan het vermijden was en dat hij nog veel last had van inadequate gedachten. Omdat de cognitieve gedragstherapie gestopt was, heb ik in overleg met zijn coördinerend behandelaar besloten om Sander voor te stellen de frequentie van de psychomotorische therapie sessies te verhogen: van één keer per twee weken naar twee keer per week. We hebben direct gekozen voor twee keer per week zodat we goed konden doorpakken en Sander weinig kans zou krijgen om te gaan vermijden. Sander hoefde hier niet lang over na te denken en zag dit wel zitten. Hij wilde namelijk zelf erg graag van zijn bewe-

gingsangst af en zag ook wel in dat dit niet zou lukken als hij bleef vermijden.

Nadat Sander zelf aangegeven had dat hij echt van zijn bewegingsangst af wilde, zijn de exposure-oefeningen iets zwaarder gemaakt. Tijdens het intakegesprek had Sander aangegeven dat hij heel angstig was voor traplopen. In overleg met Sander is traplopen aan het programma toegevoegd. Ik heb met hem besproken dat we hiervoor de zaal moesten verlaten en wij andere mensen tegen konden komen op de trap. Dit vond hij geen probleem. Ik heb wel de nabespreking van elke exposure-oefening in de zaal gedaan om zo de veiligheid en privacy te kunnen handhaven. Bij aanvang van de achtste sessie is Sander begonnen met 1 trap die bestond uit 3 delen van elk ongeveer 15 treden. Nadat Sander boven aangekomen was, ging hij weer in elkaar staan, met opgetrokken schouders en was zijn ademhaling versneld. Ik vroeg hem om geaard te gaan staan en eens te voelen wat er in zijn lichaam gebeurde. Toen hij dit deed had hij een afwezige blik in zijn ogen. Ik vroeg daarom wat hij op dat moment dacht. Sander vertelde dat hij het idee kreeg dat zijn angstgedachten zoals "Ik krijg geen lucht meer, ik val dood neer" en "Mijn benen begeven het tijdens het traplopen" niet klopten. Hij vond dat hij zijn gedachten thuis maar eens vaker moest gaan uitdagen.

Sessie 9 tot en met 16

Een aantal sessies verder, nog steeds met de frequentie van twee keer per week psychomotorische therapie, ging het steeds beter. Sander beseftte dat hij zijn gedachten vaker moest gaan uitdagen, minder moest vermijden en meer moest gaan doen. De gedachte die hij eerst had "Ik ga dood als ik mij fysiek inspan", veranderde in "Ik heb vermoeide benen, ik kan niet meer."

Sander was minder angstig dan in het begin van de therapie. Ik besloot om de opbouw van de sessie te veranderen door niet meer te beginnen en te eindigen met de ontspanningsoefening. Behalve als Sander merkte dat de spanning of paniek erg hoog zat; dan deden we de ontspanningsoefening toch. De sessie bestond op dat moment vooral uit exposure (blootstellen aan traplopen, touwtje springen of andere fysieke inspanning). Doordat het steeds beter ging, heb ik in overleg met Sander en zijn coördinerend behandelaar besloten om het aantal sessies terug te brengen naar één keer per week.

Tijdens de laatste vier sessies psychomotorische therapie werkte hij vaak een vast programma af, dat bestond uit:

- Twee minuten inspringen (als warming-up);
- Daarna zo lang mogelijk touwtje springen tot hij niet meer kon;
- Drie trappen (elke trap bestaat uit ongeveer 60 treden) op en af lopen;

- Één trap twee keer achter elkaar op en af rennen in plaats van lopen;
- Tenslotte nog één keer zo lang mogelijk touwtje springen.

Na ongeveer 16 sessies psychomotorische therapie heeft Sander geen paniekaanvallen meer gehad. Hij heeft nog wel één keer last van zijn hart gehad. Hij heeft toen zijn medicijnen ingenomen en is even rustig gaan zitten. Hij raakte niet in paniek zoals eerder zou zijn gebeurd. Er gingen wel wat gedachten door zijn hoofd, maar hij was niet meer zo gespannen en angstig dat hij zich daarna niet meer wilde gaan inspannen.

De laatste sessie heeft Sander nog één keer touwtje gesprongen en heeft toen zijn eigen record verbroken door 6,5 minuut te springen zonder te stoppen en zonder in paniek te raken. Sander is inmiddels tien kilogram lichter en is begonnen met badminton bij een sportvereniging. Hij doet dit twee keer per week en heeft hier enorm veel plezier in. De laatste maand heeft hij geen paniek- of angstaanval meer gehad en hij vindt sporten leuk. Ook is hij een week op vakantie geweest naar Limburg en heeft hij hele stukken gefietst.

Conclusie

Sander werd aangemeld met een gegeneraliseerde angststoornis. Hij was bang dat fysieke inspanning zijn dood zou betekenen. Nadat farmacotherapie en cognitieve gedragstherapie onvoldoende verbetering van zijn klachten gaven, is psychomotorische therapie ingezet. Deze keuzes zijn gebaseerd op de Multidisciplinaire richtlijn angststoornissen van het Trimbos-instituut (2009). Tijdens psychomotorische therapie dienden activiteiten als touwtje springen en traplopen als vormen van exposure. Sander leerde zo onderscheid te maken tussen signalen van angst en van fysieke inspanning en deze lichaamssensaties te verdragen. Daarnaast heeft Sander de ontspanningstechniek van Öst aangeleerd waarmee hij de controle kreeg om zelf zijn spanning te verlagen. De psychomotorische therapie sloot aan bij de cognitieve gedragstherapie maar liet Sander niet alleen alternatieve gedachten formuleren, maar juist stapsgewijs ervaren dat zijn angst om dood te gaan niet bewaarheid werd. Tijdens het traplopen ontdekte Sander dat zijn angstige gedachten niet klopten. Hierna kon hij zich steeds meer fysiek inspannen. Sander vermijdt niet langer dagelijkse activiteiten die inspanning vragen en kan weer met plezier sporten.

Literatuur

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.)*. Washington, DC: Author.
- Beck, A.T. (1967). *Depression: Causes and Treatment*. Philadelphia, PA: University of Pennsylvania Press.

- Beck, A.T. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York: International Universities Press.
- Bogert, C. van den & Scholten, W.D. (2005). Exposure, ontspanning en concentratie. Psychomotorische therapie en cognitieve gedragstherapie bij angststoornissen. In J. de Lange & R.J. Boscher (red.), *Psychomotorische therapie in de praktijk*, 107-119. Nijmegen: Wetenschappelijke uitgeverij Cure & care Publishers.
- Kampman, M. & Keijsers, G.P.J. (1997). Protocolaire behandeling van patiënten met een paniekstoornis met of zonder agorafobie: introceptieve exposure, cognitieve gedragstherapie en exposure in vivo. In G.P.J. Keijsers, A. van Minnen & C.A.L. Hoogduin (red.), *Protocolaire behandelingen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg*, 96-125. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Mertens, E. (2004). Toegepaste relaxatie van Öst. In Simons, J. (red.), *Actuele Themata uit de Psychomotorische therapie, jaarboek 2004*. Leuven: Acco.
- NVPMT (1995). Beroepsprofiel psychomotorische therapeut. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie.
- Trimbos-instituut (2009). *Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen (eerste revisie)*. Houten: Laenius Communicatie BV.

Over de auteur

Daniëlle van der Meer heeft de opleiding Bewegingswetenschappen (richting psychomotorische therapie) aan de Vrije Universiteit van Amsterdam afgerond. Ze werkt op dit moment bij de Geestelijke Gezondheidszorg Noord-Holland-Noord als psychomotorisch therapeut bij de Divisie Ouderen en Ziekenhuispsychiatrie.
E: daantjuh_vdmeer@hotmail.com.

Samenvatting

Sander lijdt aan bewegingsangst: hij is bang om dood te gaan als hij zich fysiek inspannt. Als hij in behandeling komt bij GGZ Noord-Holland-Noord krijgt hij eerst farmacotherapie en cognitieve gedragstherapie. Hij leert het verband te zien tussen gebeurtenissen, gedachten, gevoel en gedrag, maar blijft fysieke inspanning vermijden. Tijdens psychomotorische therapie wordt gekozen om Sander middels exposure stapsgewijs bloot te stellen aan activiteiten zoals touwtje springen en traplopen. Daarnaast is de ontspanningstechniek van Öst ingezet om Sander te helpen spanning te verlagen. Als de behandeling na 16 sessies wordt afgesloten vermijdt Sander niet langer dagelijkse bezigheden die fysieke inspanning vragen en sport hij zelfs met plezier. In deze casestudy wordt het behandelproces beschreven. ■

advertenties

MASTER OF ARTS THERAPIES

Zuyd - Faculteit Gezondheidszorg & KenVaK

Een masteropleiding voor vaktherapeuten beeldend, dansbeweging, drama en muziek.
Colleges vinden grotendeels plaats in het midden van het land.

**NVAO
GEACCREDITEERD**

Studiejaar 1

- Module indicatiestelling en productontwikkeling
- Module evaluatie onderzoeksresultaten en richtlijnontwikkeling
- Module verdiepende scholing in het medium
- Module theorieontwikkeling
- Module professionalisering en verwetenschappelijking

Studiejaar 2

- Project praktijkgericht kwalitatief onderzoek
- Project praktijkgericht kwantitatief onderzoek

Kosten

De opleiding is bekostigd door het ministerie van OC&W, het collegegeld loopt geleidelijk op. Voor de hoogte zie www.zuyd.nl/studeren/inschrijven/collegegeld

Meer informatie

Zuyd Hogeschool
Faculteit Gezondheidszorg & KenVaK
Postbus 550
6400 AN Heerlen
Tel.: 045-4006484~ e-mail: laurien.kok@zuyd.nl
<http://kenvak.hszuyd.nl/>

POST HBO CURSUS VERDIEPENDE SCHOLING IN HET MEDIUM

Alle hogescholen met CT opleidingen

De Master of Arts Therapies, die evidence based en research based is, stelt vier mediums specifieke modules open voor vaktherapeuten die behoefte hebben aan een verdiepende scholing in het praktisch en methodisch werken met cliënten.

Deze scholing is ontstaan door een samenwerking van ArtEZ Hogeschool, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Hogeschool Utrecht, Stenden Hogeschool en Zuyd Hogeschool. De ontwikkelaars zijn: Henk Smeijsters, Laurien Hakvoort, Ina van Keulen, Henriëtte Visser en Jaap Welten. De docenten zijn afkomstig van alle deelnemende hogescholen.

Start: februari 2013, duur 14 weken (10 EC= 280u)

Locaties:

- Beeldende therapie, Amersfoort
- Dans-bewegingstherapie, Heerlen (of elders)
- Dramatherapie, Heerlen (of elders)
- Muziektherapie, Enschede

Voor deelname gelden aannamecriteria zoals in de Master. De modules zijn geaccrediteerd door de SRVB.

Meer informatie op te vragen via Laurien.kok@zuyd.nl
En op de website <http://kenvak.hszuyd.nl/>