

Een Evenwichtstoornis???

De belangrijkste aandachtspunten in de psychomotorische therapie bij de behandeling van volwassenen met psychosomatische klachten in combinatie met een licht tot matige verstandelijke beperking

Door: Berber Dijkstra
Opleiding: Psychomotorische therapie en bewegingsagogie
School: School of Human Movement and Sports
Groep: 4PA
Begeleidende docente: Dieneke Jol
Beoordelende docent: Fred Dijk
Datum: 10-06-2009

“Pijn is emotioneel, is subjectief en is niet te meten.”
(Henriette van der Meijden, 2001)

Een Evenwichtstoornis???

De belangrijkste aandachtspunten in de psychomotorische therapie bij de behandeling van volwassenen met psychosomatische klachten in combinatie met een licht tot matige verstandelijke beperking

Samenvatting:

Vier tot vijf procent van de totale Nederlandse bevolking heeft lichamelijke klachten waarvoor geen medische oorzaak gevonden kan worden. Daartoe horen de psychosomatische klachten die lijken te worden veroorzaakt of verergerd door psychische factoren en niet door een bepaalde ziekte. Vaak ontstaan deze klachten bij stress of heftige levensgebeurtenissen. Voor mensen met een verstandelijke beperking ligt dat percentage zelfs nog veel hoger. Door de cognitieve, sociale en emotionele beperkingen is de doelgroep vatbaarder voor stress en lichamelijke klachten. Door de beperkingen van de doelgroep moet de behandeling in de psychomotorische therapie worden aangepast om een zo goed mogelijk resultaat te behalen.

Mevrouw J. wordt voor psychomotorische therapie bij mij aangemeld. Ze heeft een verleden van seksueel misbruik en heeft een matige verstandelijke beperking. In haar dossier lees ik dat ze al tien jaar psychosomatische klachten heeft en de afgelopen maanden klaagt over duizeligheid. Ze denkt zelf dat dit een evenwichtstoornis is. Medisch is geen fysieke oorzaak gesteld. Ze loopt met ondersteuning of krukken. Wanneer we gaan tafeltennissen komt er schot in de behandeling. Tijdens dit spel heeft ze steun aan de tafel, is ze zelfstandig bezig en op een speelse manier in beweging. Dit gaat goed, ze haalt elk balletje en rent achter de balletjes aan. Maar als ik vraag "zullen we even op de bank gaan zitten?" zegt ze: "Wil je me even helpen?" (het is hooguit 4 meter).

Inleiding:

In dit artikel ga ik nader in op de behandeling van psychosomatische klachten in de Psychomotorische Therapie (PMT) bij mensen met een verstandelijke beperking. Mijn motivatie om over dit onderwerp te schrijven is voortgekomen uit de stageperiode van een jaar op een psychiatrische polikliniek voor gehandicapten (GGZ Assen). Tijdens dit jaar behoorde een groot percentage van de cliënten tot bovenstaande doelgroep. Ik had behoefte aan handvatten en meer informatie over de problematiek van deze mensen. Hierdoor kwam ik tot de vraagstelling:

Wat zijn de belangrijkste aandachtspunten in de psychomotorische therapie bij de behandeling van mensen met psychosomatische klachten in combinatie met een licht tot matige verstandelijke beperking?

In hoofdstuk 1 en 2 heb ik op basis van literatuuronderzoek geformuleerd wat er onder psychosomatische klachten wordt verstaan, welke verklaringen er voor worden gegeven en hoe naar de behandeling van deze cliënten wordt gekeken. In hoofdstuk 3 bekijk ik de doelgroep waar ik me in dit artikel op richt vanuit de literatuur: mensen met een lichte tot matige verstandelijke beperking en psychosomatische klachten. In hoofdstuk 4 en volgend zijn naast de theorie de praktijkervaringen van ervaren PMT-ers en van mijzelf, de belangrijkste informatiebronnen bij het beschrijven van de aandachtspunten in de PMT-behandeling aan mensen met een verstandelijke beperking en psychosomatische klachten.

Tot slot worden naar aanleiding van bovenstaande bevindingen een aantal aanbevelingen voor de psychomotorische therapie aan deze doelgroep gegeven.

1. Lichamelijke klachten zonder lichamelijke oorzaak

De geneeskunde worstelt al eeuwen met de vraag hoe lichamelijke klachten zonder (duidelijke) lichamelijke oorzaak moeten worden benoemd en geclassificeerd.

In de DSM-IV (2001) noemt men deze klachten somatoforme stoornissen.

Daarin wordt als definitie gegeven: "Lichamelijke symptomen die lijken een medische aandoening te zijn, hoewel ze op grond van medische kennis niet kunnen worden verklaard."

Somatoforme stoornissen zijn moeilijk te herkennen, omdat veel symptomen overeenkomen met andere ziektebeelden.

Bovendien blijkt dat "bij een derde van de mensen waarvan wordt gedacht dat ze een somatoforme stoornis hebben, wel degelijk een fysieke oorzaak aanwezig te zijn."

(Bouman, 2002, p. 161).

Daarnaast heeft de helft van de mensen nog een bijkomende stoornis als bijvoorbeeld een depressie, angststoornis of sociale problemen als eenzaamheid en werkloosheid.

(Houdenhove, 2001, p. 83-84). De complexiteit van de klachten bemoeilijken diagnosticeren en behandelen.

Tot de somatoforme stoornissen worden ook de psychosomatische klachten gerekend, die lijken te worden veroorzaakt of verergerd door psychische factoren en niet door een

bepaalde ziekte. Het woord *psyche* betekent geest en *soma* betekent lichaam. De naamgeving geeft al een sterk verband tussen deze twee aspecten.

Het feit dat deze klachten niet medisch verklaard kunnen worden maakt dat er in de literatuur ook wordt gesproken over onverklaarde klachten. In hoofdstuk drie kom ik hier nog op terug.

Als oorzaak voor het ontstaan van psychosomatische klachten komt in de literatuur stress als een van de belangrijkste factoren naar voren. "Deze stress kan zich lichamelijk vertalen in bijvoorbeeld hoofdpijn, spierpijn, maagklachten, hyperventilatie of duizeligheid."

(Došen, 2005, p.14). Mast (Mast,2006, p.686-92) zegt zelfs: "Hoe meer emotionele klachten, hoe meer lichamelijke klachten."

Om op een gezonde manier met spanning om te kunnen gaan moet er een goede verhouding zijn tussen de *draaglast* (de belasting) en de *draagkracht* (de belastbaarheid), om een stabiele geestelijke gezondheid te behouden. Als die balans er niet is, vergroot dat de kans op psychosomatische klachten. Wat niet wil zeggen dat er bij spanning altijd lichamelijke klachten optreden.

Bouman (2004, p.1) legt de nadruk op traumatische ervaringen als oorzaak van psychosomatische klachten: "Vaak ontstaan lichamelijke klachten door ingrijpende gebeurtenissen. Daarnaast laten diverse studies relaties zien met seksueel- en ander lichamelijk geweld en misbruik."

Een andere mogelijke verklaring voor psychosomatische klachten is het te kort schieten van het copingmechanisme of aanpassingsmechanisme. "Dit is de specifieke manier waarop iemand omgaat met de werkelijkheid, vooral wanneer die werkelijkheid een uitdaging vormt, een bepaalde mate van spanning teweegbrengt of problematisch of stressvol is."

(Verheugt-Pleiter, 2006, p. 69-83)

Bij het formuleren van oorzaken van het ontstaan van psychosomatische klachten zijn dus verschillende benaderingen mogelijk.

2. De behandeling van mensen met psychosomatische klachten

Volgens Van Houdenhove (2001) heeft naar schatting 4 à 5% van de totale bevolking in Nederland, psychosomatische klachten. Zij vinden in de geestelijke gezondheidszorg vaak moeizaam gehoor. Hulpverleners voelen zich vaak niet deskundig genoeg, hebben gebrekkige communicatieve vaardigheden en de resultaten zijn mager. Ook zijn zij soms van mening dat deze patiënten niet in de GGZ thuis horen of wordt de patiënt niet serieus genomen. Door deze factoren is de diagnostiek van deze stoornissen in verhouding tot andere psychiatrische stoornissen minder ontwikkeld. (Jaspers, 1998)

Een aantal veelvoorkomende behandelingsmethoden zijn het gevolgenmodel, stressmodel, fysiotherapie en cognitieve gedragstherapie.

Over de laatste zegt Jaspers (1995, p.495): “De effecten zijn relatief bescheiden. Niettemin kan de ontwikkeling hoopvol worden genoemd, omdat lang de mening heerste dat deze stoornissen niet of nauwelijks te beïnvloeden zijn.”

Maar, bij al deze methoden wordt slechts één aspect van de cliënt behandeld, terwijl bij psychosomatische klachten rekening moet worden gehouden met zowel het lichamelijke als het geestelijke.

“In het huidige behandelcircuit worden deze twee nog vaak van elkaar gescheiden, terwijl het fysiek en fysiologisch onmogelijk is om lichaam en geest te ontkoppelen.”

(Van der Feltz- Cornelis, 2007, p. 839)

Omdat de psychomotorische therapie tegelijkertijd aan lichaam en geest werkt sluit dit geheel bij dit standpunt aan.

Dit zou wel eens kunnen betekenen dat het aan te bevelen zou kunnen zijn PMT vaker in te zetten bij mensen met psychosomatische (immers: psyche en soma) klachten.

De instelling en de houding van de hulpverlener ten opzichte van psychosomatische klachten bepaalt voor een belangrijk deel het succes van de behandeling. Niet elke behandelaar kan met deze cliënten aan de slag. Het kost veel tijd en geduld, en het duurt lang voordat er enig resultaat geboekt is.

Wanneer de cliënt het ene moment bijvoorbeeld niet zelfstandig kan lopen en het andere moment wel, moet je dit als therapeut niet direct benoemen (hoe groot die neiging ook is/BD). Een dergelijke confrontatie op een te vroeg moment, zou het vertrouwen in de weg staan.

De behandelaar moet in alle gevallen zorg dragen voor een vertrouwde werkrelatie. In de therapie is het belangrijk om erkenning te hebben voor de aanwezige lichamelijke klachten. De klachten die aanwezig zijn hebben een signaalfunctie en mogen nooit zonder goede gronden psychisch worden genoemd, of “het zit tussen de oren.” Tijdens de behandeling moeten ziekteonderhoudende en versterkende factoren, zoals een depressie, fysieke conditie en sociale isolatie worden herkend, evenals nieuwe ziektebeelden.

Elke behandelaar moet erop letten of er nieuwe of andere klachten ontstaan, die misschien nieuw medisch onderzoek noodzakelijk maken.

3. Volwassenen met een licht tot matige verstandelijke beperking en psychosomatische klachten

Volgens de AAMR (American Association of Mental Retardation) 2002, icd-10, DSM-IV wordt een verstandelijke handicap bepaald door drie criteria:

1. beperkingen in het intellectuele functioneren (op psychometrische test IQ lager dan 70)
2. beperkingen in het adaptieve gedrag (beperkte conceptuele, sociale en praktische vaardigheden).
3. ontstaan in de ontwikkelingsleeftijd (voor de leeftijd van 18 jaar).

Een licht verstandelijke beperking betekent een IQ van 50-70 (niveau 7-12 jaar)

Een matig verstandelijke beperking betekent een IQ van 35-50 (niveau 4-7jaar)

(Došen, 2005)

Mensen met een licht tot matige verstandelijke beperking (vanaf hier genoemd: de doelgroep) zijn vatbaarder voor stress en spanning. Er is vaker sprake van een verstoord evenwicht tussen draaglast en draagkracht.

“Mensen met een verstandelijke beperking vertonen in een stresssituatie veelal regressie gedrag oftewel vallen terug op een lager niveau en reageren bij een relatief laag niveau van stress al met aanzienlijke gedragsverandering.”(Dosen, 2005, p. 15)

De kans op een psychische stoornis is groter en psychosomatische klachten komen veel voor. Ook heeft de doelgroep eerder kans op een psychische stoornis. “Bij mensen met een verstandelijke beperking variëren de schattingen zelfs van 30 tot 50%.” (Došen, 2005, p.14).

Hun ik-ontwikkeling is minder ontwikkeld dan bij normaal begaafde mensen. Het copingmechanisme schiet vaak tekort (De Leeuw, 2009). Hierdoor kunnen traumatische ervaringen moeilijker worden verwerkt en geïntegreerd in het leven. Niet verwerkte emoties uit de kindertijd kunnen diepe littekens achterlaten die lichamelijke klachten kunnen veroorzaken (Van der Meijden, 2001). Het is echter niet zo dat er bij zelfde lichamelijke klachten dezelfde emotionele oorzaak te vinden is. (NTvG, 2006)

Vaak zijn deze mensen niet weerbaar in sociale situaties, zij doorzien die niet of laten zich ompraten. Zo krijgt “zestig procent van alle mensen met een verstandelijke beperking ééns of meerdere keren in zijn of haar leven te maken met seksueel misbruik.” (Van der Speck, 2004).

Deze doelgroep heeft zowel cognitieve, sociale als emotionele beperkingen, maar ze lijken zich in het dagelijkse leven met hulp soms aardig te kunnen redden.

Zij wekken de indruk op vrij hoog niveau te functioneren omdat ze verbaal vaardig zijn en er uiterlijk niet altijd afwijkend uitzien. Hun beperking is dan voor omstanders of behandelaars niet direct op te merken. Dit brengt het gevaar met zich mee dat er aan deze mensen eisen worden gesteld waar ze niet aan kunnen voldoen. In hun handelen kan dan blijken dat ze er weinig van begrepen hebben. Dit kan voor overvraging zorgen, wat weer tot veel stress en spanning kan leiden. (De Leeuw, 2002).

De doelgroep is minder in staat onder woorden te brengen wat ze voelen en wat de klachten zijn. Enigszins te vergelijken met kinderen die bij heimwee bijvoorbeeld aangeven dat ze buikpijn hebben, omdat ze niet goed kunnen verwoorden wat ze voelen. In dit geval is de verklaring voor de buikpijn dat het een signaal is dat staat voor ‘zich niet goed voelen.’ En dat zou een verklaring zijn. Bij deze doelgroep is er voor onverklaarde klachten vaak wel een verklaring te geven, hoewel die niet altijd medisch hoeft te zijn. Ik spreek in dit artikel daarom liever niet van onverklaarde klachten. Mensen met een verstandelijke beperking zijn in het algemeen minder goed in staat onder woorden te brengen wat hun gevoelens zijn. Zij hebben moeite met abstracte begrippen. Voor de vertaling naar de medische wereld zijn zij vaak afhankelijk van hun omgeving.

4. Psychomotorische therapie in de behandeling van mensen met psychosomatische klachten en een licht tot matige verstandelijke beperking

Het lijkt erop dat PMT een van de meest voor de hand liggende onderdelen is in een behandeling bij de doelgroep. Dit vanwege de combinatie van het lichamelijke en geestelijke. Met de beperkingen van de doelgroep moet hier in de behandeling rekening worden gehouden. Bij medisch onderzoek zullen deskundigen extra aandacht moeten schenken aan deze beperking, om zo te voorkomen dat een eventuele lichamelijke oorzaak over het hoofd wordt gezien.

“De in de psychomotorische therapie te veranderen gedragsaspecten zijn secundaire devianties, aangezien de verstandelijke beperking zelf als onomkeerbaar wordt beschouwd.” (Dielmel, Ruitenbeek-Kieft, 1995, p. 189).

Mensen met een verstandelijke beperking leren vooral door imiteren, herhalen en ervaren. PMT is zeer geschikt omdat er wordt gewerkt vanuit concrete hier-en nu situaties en vanuit verschillende invalshoeken. “Ervaren staat centraal.” (De Leeuw, 2002)

Concrete oefeningen en ervaringen gebaseerd op hier-en nu situaties vormen de basis voor transfer naar het dagelijkse leven van de cliënt. Het maken van de transfer kan versterkt worden als de omgeving van de cliënt bij de behandeling betrokken kan worden.

Cliënt J. had veel last van stress- en spanningsklachten. Zijn moeder was net overleden, er kwamen veel nieuwe dingen op zijn weg. Hij kreeg lichamelijke klachten (hoofdpijn en hyperventileren). In de therapie was het doel om te leren gaan met stress. Door de concrete signalen als zweten en zware ademhaling te leren herkennen tijdens oefeningen was dit in het dagelijks leven een signaal dat hij te ver was gegaan.

De PMT kan zo effectief mogelijk worden door oefeningen aan te bieden die goed aansluiten bij het niveau en de belevingswereld van de cliënt. “Vaak kan er dan gebruik worden gemaakt van de interesse van de cliënt en kan er gewerkt worden in verschillende communicatiekanalen (visueel, auditief, kinesthetisch)”. (De Leeuw, I, 2002, p. 3-5)
De therapeut moet in de therapie gebruik maken van benaderingswijze die passen bij de cliënt. Belangrijk is eenvoudig taalgebruik, picto's, voorbeelden, psycho-educatie, herhalingen, en aansluiten bij de interesses en mogelijkheden van de cliënt. Overvraging kan op deze manier worden voorkomen. De therapeut moet de reactie van de cliënt voortdurend controleren op sociaal wenselijke antwoorden, gedrag en het begrijpen van de oefening.

Cliënt P. met hoogtevrees en spanningsklachten vraag ik na een schommelactiviteit hoe hij zich voelt. Hij antwoordt dat hij het wel 'ontspannend' vindt. Dit terwijl hij de touwen van de schommel in zijn handen heeft staan. Zo hard heeft hij geknepen.

Ook lijkt het lichaamsbesef en pijnbeleving bij mensen met een verstandelijke beperking soms anders te zijn. “Ze ervaren pijn en het lichaam anders dan normaal begaafde mensen is mijn ervaring.” (Van Gool, 2009). In de PMT wordt lichaamsgericht gewerkt en dit is juist voor deze doelgroep met deze problematiek zeer geschikt. De cliënt moet weer leren voelen, naar het lichaam luisteren en de signalen die het lichaam uitzend herkennen. In de therapie moet rekening worden gehouden met het verstoorde lichaamsbesef, omdat de therapeut anders op het verkeerde been kan worden gezet.

Tijdens het wisselen van schoenen zie ik dat een cliënt het bloed in de schoenen heeft staan, de laarzen zijn te klein. Toch lijkt hij daar geen enkele hinder van te hebben. Hij kan wel pijn voelen, want hij wordt voor hoofdpijnklachten in de PMT behandeld.

In het algemeen is de doelgroep vatbaarder voor spanning en stressklachten. Het is dus nodig dat voorafgaand en in de therapie onderzocht wordt, welke stressfactoren mogelijk van invloed kunnen zijn op de cliënt. Dit kunnen omgevingsfactoren (ruzie tussen ouders) of innerlijke stressfactoren (negatieve gedachten) zijn. "Verondersteld wordt dat ziekte ontstaat als gevolg van de interactie tussen omgevingsfactoren en persoonlijke factoren." (Emck, 1995). Dit kan onderzocht worden door bijvoorbeeld gebruik te maken van het diathese-stressmodel. Claudia Emck (1995) beschrijft, dat men vanuit een diathese-stress benadering aan de hand van een profielschets kan komen tot een grondige inventarisatie van diverse aspecten van de patiënt. Hierin staat de specifieke wijze waarop iemand reageert op stress uit de omgeving centraal. In de PMT kan de cliënt door middel van beweging leren om de lichamelijke stress te herkennen en leren uit de stressvolle situatie te stappen. Lichamelijke inspanning is immers vaak te vergelijken met lichamelijke stresssignalen als: sneller ademen, hartkloppingen of lichamelijke pijn wanneer de grens bereikt is. Wanneer de therapeut de stressfactoren van de cliënt duidelijk heeft kan hier in de zaal op in worden gespeeld. De therapeut moet ook kijken naar vaardigheden die de cliënt al wel bezit (ontspanning bij muziek luisteren). Deze vaardigheden kunnen worden gebruikt op het moment dat de spanning te hoog oploopt.

Naast stress is bij de doelgroep het niet goed functioneren van het copingmechanisme een mogelijke oorzaak voor psychosomatische klachten. In de therapie moet dit copingmechanisme worden aangeleerd of worden uitgebreid. Op deze manier leert de cliënt nieuwe vaardigheden, kan de cliënt zelf meer grip krijgen op de problemen en kunnen lichamelijke klachten verminderen. Dit kan bijvoorbeeld ook door een weerbaarheidstraining. Thema's waaraan gewerkt kan worden zijn lichaamsbesef, cognities, zelfvertrouwen, draagkracht/draaglast, grenzen, positieve bewegingservaringen opdoen, spanning/ontspanning. Om goed aan deze thema's te kunnen werken is een vertrouwde therapeut-client relatie noodzakelijk.

De doelgroep stelt een aantal eisen aan de therapeut, naast eigenschappen die elke PMT-er eigenlijk moet hebben, zoals geduld, empathisch vermogen en creativiteit. Het is belangrijk affiniteit met de doelgroep te hebben en humor in te brengen in de therapie.

Niet elke therapeut kan er tegen wanneer alles moet worden herhaald en de mensen zich erg afhankelijk opstellen. De therapeut moet zich er van bewust zijn dat hij een oplossing daar voor moet zoeken. Want de cliënt kan dit niet.

Daarnaast is het in de therapie van belang te onderzoeken welke functie het getoonde gedrag heeft. Staat de klacht op zichzelf of is de hoofdpijn in wezen gevolg van te lang in bed liggen door een depressie.

De lichamelijke klachten kunnen ook worden gebruikt om aandacht voor hun probleem te vragen of hulp te krijgen. Het gaat dan om functionele klachten.

Van Gool (2009) zegt: "het feit dat er pijn is, betekent dat er iets aan de hand is." Als psychomotorisch therapeut is het dan ook de taak om wel over de pijn of lichamelijke klachten te praten, maar dit moet niet als bovenliggend probleem worden besproken. De nadruk moet er niet op gevestigd worden. De lichamelijke klachten kunnen dan zelfs gaan toenemen. Het is dan ook belangrijk dat de cliënt positieve ervaringen opdoet op het gebied van beweging. De cliënt kan dan ervaren wat hij nog WEL kan, en er zelfs plezier aan beleven. "Cliënten met lichamelijke klachten, behorende bij de somatoforme stoornissen hebben de neiging bewegen te gaan vermijden. Voor hun algemeen welbevinden is het goed dat zij aangesproken worden op bewegen en er gezocht wordt naar positieve lichaam- en bewegingservaringen." (Meijden, Jol, 2006, p. 65) Beweging kan dan voor afleiding van de pijn zorgen.

8. Conclusie:

In dit artikel wordt aandacht besteed aan de behandeling van mensen met psychosomatische klachten en een verstandelijke beperking in de psychomotorische therapie.

Uit de literatuur is gebleken dat er in de huidige behandeling bij psychosomatische klachten vaak een scheiding wordt gemaakt van lichaam en geest. In de PMT wordt aandacht besteed aan het lichamelijke EN psychische aspect bij de behandeling. Naar mijn mening is er veel voor te zeggen om PMT vaker als ondersteunende behandeling in te zetten bij mensen met dit soort klachten. Ook als er geen sprake is van een verstandelijke beperking.

Mensen met een verstandelijke beperking hebben eerder kans op psychosomatische klachten. Door hun beperkingen kunnen zij minder goed omgaan met factoren die mogelijk oorzaak zijn voor deze klachten, zoals: stress, onbalans tussen draaglast en draagkracht of een tekortschietend copingmechanisme.

Bij de behandeling van deze doelgroep is het belangrijk vanaf het stellen van de diagnose tot en met de behandeling, aan te sluiten bij het niveau van de cliënt.

Dat betekent concrete vragen stellen, veel voorbeelden geven, werken met picto's en veel herhalen. De doelgroep heeft moeite met abstracte begrippen en ook met het benoemen van gevoel en gevoelens. Het gevaar van sociaal wenselijke antwoorden en overvraging ligt op de loer.

Uit gesprekken met PMT-ers en uit eigen ervaring lijkt het er op dat een aantal mensen uit de doelgroep een andere pijnbeleving heeft. Ook heeft pijn vaak de functie van een signaal van zich 'niet goed voelen.' Dit lijkt op de manier waarop kinderen omgaan met onlust gevoelens. Dit kan er voor zorgen dat mogelijk fysieke problemen over het hoofd worden gezien of te veel nadruk krijgen. Dit is een aandachtspunt in de therapie.

Daarnaast is het ook belangrijk de omgeving (thuis, hulpverleners, deskundigen) te betrekken bij het behandeltraject om zo volledige mogelijke informatie te krijgen om tot een goede benadering te komen en een transfer naar het dagelijkse leven te ondersteunen.

In de therapie zag ik dat veel cliënten baat hadden bij psycho-educatie en (ontspannings) oefeningen waarin het stressniveau naar beneden werd gewerkt. Uit opmerkingen van PMT-ers meen ik te kunnen opmaken dat een weerbaarheidstraining en ontspanningsoefeningen bijdragen aan het zo goed mogelijk verwerken en beleven van algemene dagelijkse gebeurtenissen. In dat geval zou dit zelfs een preventieve functie kunnen hebben.

Cliënten met psychosomatische klachten hebben vaak een lange geschiedenis van onderzoek achter de rug. En met de opmerking: "het zit tussen de oren" wordt de cliënt niet geholpen. Wel door het serieus te nemen en de psychosomatische klacht in zijn geheel te beschouwen. Het feit dat er pijn is, wil zeggen dat er iets aan de hand is!

Bij de cliënten met een verstandelijke beperking en psychosomatische klachten bleek afleiding van de pijn met een leuk spel werk en humor tijdens het werk een gouden werkwijze te zijn en heel stimulerend te werken!

Concrete aanbevelingen in de PMT bij mensen met psychosomatische klachten en een verstandelijke beperking kunt u terugvinden in de bijlage.

Naschrift:

Bij het schrijven van de conclusies realiseerde ik mij de belangrijkste reden om dieper op de problematiek van psychosomatische klachten in te gaan. Dit was het overlijden van een cliënte, mevr. J. Ik beschreef haar in de lead. En geef hier het vervolg.

Mevrouw J. was vijf maanden bij ons in therapie. De eerste tijd ging ze goed vooruit en kon ze meer zelfstandig ondernemen.

Na een maand of drie ging het minder goed met haar. Ze kwam nog naar de therapie, maar werd steeds zwakker. Uiteindelijk is ze opgenomen. Ze bleek kanker in een vergevorderd stadium te hebben.

Na een paar weken is zij overleden.

Ik had leuk met haar gewerkt en ik was er dan ook erg van onder de indruk.

Het was een zeer snel groeiende vorm van kanker, dus het zou niet geholpen hebben, maar het maakte me wel duidelijk dat je bij psychosomatische klachten altijd op moet letten of er misschien nieuw medisch onderzoek nodig is.

Omdat Mevr. J. een matige verstandelijke beperking had was ze misschien niet zelf in staat voldoende duidelijk te maken hoe serieus haar klachten waren.

Bijlage:

Concrete aanbevelingen in de PMT bij mensen met psychosomatische klachten en een verstandelijke beperking:

- o Dossieronderzoek, medische oorzaak uitgesloten?
- o Werk op concreet niveau. Vermijd te veel verbaliteit.
- o Aandacht besteden aan stresserende factoren, in omgeving en sociale context.
- o Nieuw gedrag aanleren door middel van ervaringsgerichte oefeningen die gericht zijn op thema's als: zelfvertrouwen, lichaamsbesef, spanning en ontspanning. (Copingmechanisme uitbreiden of verbeteren)
- o Concrete oefeningen (bijv. ontspanningsoefeningen) aan cliënt reiken om dit in dagelijks leven toe te kunnen passen.
- o Neem de cliënt serieus, hou rekening met eventuele traumatische ervaringen. Let op communicatie in de therapie. Waar is de cliënt het meest gevoelig voor? (visueel, auditief, kinesthetisch)
- o Aandacht besteden aan thema pijn en lichaamsbesef.
- o Op een laag niveau psycho-educatie geven over stress en wat stress beïnvloedt.
- o In de therapie oefeningen en de rationale vaak herhalen, gebruik maken van verschillende hulpmiddelen en eenvoudig taalgebruik.
- o Neem de cliënt serieus, de pijn heeft vaak een functie, dit komt ergens vandaan! Voorbeeld: heimwee → buikpijn.
- o Wel aandacht besteden aan de pijn, maar er niet de nadruk op leggen, omdat de cliënt het dan als erger kan gaan ervaren.
- o Positieve ervaringen opdoen op het gebied van bewegen.
- o De doelgroep heeft moeite met abstracte begrippen en ook met het benoemen van gevoel. Controleer op sociaal wenselijke antwoorden en gedrag.
- o Hou contact (en feedback) met omgeving en andere betrokken hulpverleners.
- o Overvraging voorkomen.
- o Uitgaan van belangstelling en mogelijkheden van de cliënt om zo concreet mogelijk te kunnen werken.
- o Humor en plezier hebben tijdens het werk is erg belangrijk voor therapeut en cliënt!

9.2. Aanbevelingen voor de therapeut:

Bij voorkeur moet de therapeut over de volgende eigenschappen/vaardigheden bezitten:

- o Geduld
- o Empatisch vermogen
- o Creativiteit (in staat zijn oefeningen concreet te maken)
- o Stevig in schoenen staan
- o Goed non-verbaal werken en signalen oppikken
- o Affiniteit met deze doelgroep
- o Gevoel voor humor

Werkrelatie therapeut-client:

- o Erkenning voor het probleem en de lichamelijke klachten.
- o Klachten nooit zonder goede gronden psychisch noemen.
- o Delen van de machteloosheid en professioneel betrokken zijn.
- o Samenwerken met de cliënt en andere disciplines.
- o Houd als therapeut wel rekening met de pijn, maar besteedt er niet te veel aandacht aan.
- o Wees alert op veranderende klachten, is nieuw onderzoek wenselijk of spelen andere factoren een rol.
- o Op een laag niveau kunnen communiceren en oefeningen aanbieden waarin oefenen en ervaren centraal staat.
- o Deskundigheid met betrekking tot verschillende ziektebeelden.
- o Werk aan een vertrouwde client-therapeutrelatie.

Met dank aan:

- o Irma de Leeuw, werkzaam als zelfstandig psychomotorisch therapeut jarenlang ervaring met verstandelijk gehandicapten. Zij behandelt op locatie in de omgeving van de cliënt binnen de regio Utrecht/Almere.
- o Marieke van Gool, werkzaam geweest bij SEIN te Cruquius, zelfstandig therapeut in Amsterdam en bij Visio (Instelling voor Slechtzienden en Blinden) te Huizen.
- o Annemarie Joosten, werkzaam als psychomotorisch- en systeemtherapeut GGZ Assen
- o Olfert Molenhuis, werkzaam als psychomotorische therapeut GGZ Assen
- o Josien Jonker, werkzaam als verpleegkundige GGZ Assen
- | o Dienneke Jol, scriptiebegeleider, docente Windesheim Zwolle

Literatuur:

Boeken:

- Bouman, T.K. (2004) *Handboek klinische psychologie*. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten. Blz. 156-161
- Dosen. A. (2005) *Psychische stoornissen, gedragsproblemen en verstandelijke handicap* Koninklijke van Gorcum, Assen
- In Beweging (2007) *Ontwikkelingen in de psychomotorische therapie*
- DSM-IV (2000) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*
- Verheugt-Pleiter J.E. (2006) *Psychoanalyse anno nu Freudfestival* Koninklijke van Gorcum, Assen

Artikelen:

- Bouman, T.K. (2004) Somatoforme stoornissen. *Uit: Handboek Klinische Psychologie, p.1*
- Diemel T, Ruitenbeek-Kieft S (1995) Bewegen en hulpverlening. *Uitgangspunten voor speciale bewegingsagogie en psychomotorische therapie in een leefgemeenschap voor mensen met een verstandelijke handicap, 189-195.*
- Van der Feltz- Cornelis, C.M. (2007) Commentaar op Van Dieren & Vingerhoets, Onverklaard of ondoordacht? *Naar een dsm-v voor de somatoforme stoornissen, Tijdschrift voor psychiatrie 49, 11, 839.*
<http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/zoeken/artikel.php?id=1692>
- Van der Feltz- Cornelis. C.M. (2007) Onverklaard of ondoordacht? *Tijdschrift voor psychiatrie 49,11, 839.*
<http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/zoeken/artikel.php?id=1692>
- Van Hemert, De Waal, Van Rood (2004) *Meetinstrumenten bij somatoforme stoornissen tijdschrift voor psychiatrie 46, 10, 693-696*
http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/zoeken/artikel.php?go_search=1&words=somatoforme+stoornissen&method=and&config=tv&exclude1=voorjaarscongres&exclude2=samenvatting%7Ctitel%7Cauteur&restrict=&layout=long&sort=time&pgr=45
- Van Houdenhove. B.(2001) Somatoforme stoornissen, *Tijdschrift voor psychiatrie 43, 2, 83-93 (citaat Rief & Hiller 1998)*
(citaat, Stuart & Noyes 1999)
http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/zoeken/artikel.php?go_search=1&words=somatoforme+stoornissen&method=and&config=tv&exclude1=voorjaarscongres&exclude2=samenvatting%7Ctitel%7Cauteur&restrict=&layout=long&sort=time&pgr=61
- Van Houdenhove. B. (2002) Luisteren naar het verhaal van de patiënt: een evidentie? *Tijdschrift voor psychiatrie 44, 2*
http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/zoeken/artikel.php?go_search=1&words=psychosomatische+klachten&method=and&config=tv&exclude1=&exclude2=samenvatting%7Ctitel%7Cauteur&restrict=&layout=long&sort=time&pgr=14

- Van Houdenhove, B. (2006) Psychosomatiek in de dsm-v
Tijdschrift voor psychiatrie 48, 10, 759
http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/zoeken/artikel.php?go_search=1&words=somatoforme+stoornissen&method=and&config=tv&exclude1=voorjaarscongres&exclude2=samenvatting%7Ctitel%7Cauteur&restrict=&layout=long&sort=time&pgr=28

- Jaspers, J.P.C. (1998) Somatoforme stoornissen: problemen bij de diagnostiek en resultaten van behandeling, *Tijdschrift voor Psychiatrie* 40, 8, 493-496
http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/zoeken/artikel.php?go_search=1&words=somatoforme+stoornissen&method=and&config=tv&exclude1=voorjaarscongres&exclude2=samenvatting%7Ctitel%7Cauteur&restrict=&layout=long&sort=time&pgr=63

- De Leeuw, I. de (2002) Doe je voor (oor) deel. *Het specifieke in de communicatie bij PMT met cliënten met een verstandelijke handicap*, 1-6
[\(gekregen tijdens interview met Irma de Leeuw, bijgevoegd als bijlage\)](#)

- Meijden, van der. H. (2001) Kusje op de knie, *Begrip voor pijn...zonder in empathie verstrikt te raken*
(citaat: Winkler en Jap Tjong)
http://bbprod2.windesheim.nl/webapps/portal/frameset.jsp?tab=courses&url=/bin/common/course.pl?course_id=_1596_1

- Van der Mast R.C. (2006) Onverklaarde lichamelijke klachten: een omvangrijk probleem, maar nog weinig zichtbaar in opleiding en richtlijnen, *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 150, 686-92
<http://www.ntvg.nl/publicatie/onverklaarde-lichamelijke-klachten-een->

- Speckens, A.E.M. en Van Hemert, A.M. (1997) Psychiatrische psychotherapie bij somatiserende patiënten *Tijdschrift voor Psychiatrie* 39, 2
http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/zoeken/artikel.php?go_search=1&words=Speckens%2C+A.E.M.+en+Van+Hemert%2C+A.M.+%281997%29+&method=and&config=tv&exclude1=voorjaarscongres&exclude2=samenvatting%7Ctitel%7Cauteur&restrict=&layout=long&sort=time&pgr=3

- Van der Speck, T. (2004) Nieuwsbrief Regionaal Steunpunt Seksueel Geweld
<http://www.tanya.nl/gehandicapt.html>

Internetbronnen:

- <http://www.kennisring.nl/smartsite.dws?id=63895>
- www.google.nl
- www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl
- <http://www.ntvg.nl>
- http://books.google.nl/books?id=AmlVECig0ssC&pg=PA591&lpg=PA591&dq=diathese+stress+model&source=bl&ots=1V8E-LhA4H&sig=MIh93Lf7d6YqVkv7AntLMHmDhEA&hl=nl&ei=BtQoSuiRKtaw-Abd-eWBCQ&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=3
- <http://hbo-kennisbank.uvt.nl/cgi/chw/show.cgi?fid=8401>

