

Afstudeeropdracht.



‘Een harde noot om te kraken!’

Op welke manier kan PMT een bijdrage leveren aan de vergroting van het inzicht bij een (licht) depressieve cliënte met vermoedelijk psychosomatische problematiek?

Naam:	Jantje Hendrika Dijkstra
Klas:	4C PMT
Studentnm:	s304326
Opleiding:	Psychomotorische Therapie en Bewegingsagogie.
Moduulcode:	HSK3AS1-6
Begeleidende docent:	Paul Verschuur.
Beoordelende docent:	Dieneke Jol
Inleverdatum:	2 juli 2009
Stageinstelling:	GGZ Friesland te Heerenveen.
School:	Calo, Windesheim te Zwolle.



Voorwoord

Onverklaarbare pijn waardoor je beperkt wordt in je dagelijkse beslommeringen waar komt dat vandaan? Zelf loop ik al een tijdje rond met pijn in mijn heup. Ik vind het erg vervelend dat er niet echt een oorzaak voor gevonden wordt. Ondanks enkele onderzoeken en behandelingen, komt de pijn steeds terug. In mijn omgeving hoor ik dit soort verhalen vaker. Mensen met pijnklachten die allemaal onderzoeken ondergaan, maar niet echt geholpen worden. Vaak zelfs niet begrepen worden. Toch weerhoudt de pijn mij er niet van om mijn hobby's uit te voeren en mijn dagelijkse taken uit te voeren. Dit is niet bij iedereen het geval. Bij sommigen is de pijn bijna ondraaglijk waardoor ze niet meer 'normaal' kunnen functioneren. Onder normaal functioneren versta ik deelnemen aan de maatschappij, je zelfstandig kunnen redden. Hierbij kun je ook denken aan het functioneren van iemand voor de pijn begon. Meestal ontstaat de pijn op een bepaald moment in iemands leven en is dus niet altijd al aanwezig vanaf de geboorte. Bijv. na een ernstig ongeluk.

Hierbij pak ik gelijk ook een discutabel punt: pijnbeleving. Iedereen ervaart pijn op zijn manier en gaat daar ook zo mee om. Als ik naar mezelf kijk dan vind ik pijn ook niet het goede woord en noem ik het liever gevoelig. Maar daarover in dit verslag meer. Belangrijk blijft dat de pijn wel degelijk ervaren wordt en zoveel invloed heeft dat mensen er last van ondervinden.

Op stage kwam ik een mevrouw tegen die er op het eerste gezicht 'normaal' uitziet. Je zag soms wel en soms niet dat ze last had van bonzen in haar hoofd. Na een fietsongeval, jaren geleden, begonnen deze bonzen en sindsdien zijn ze alleen maar erger geworden. Haar leven werd geleid door deze kwaal. Deze altijd zo actieve en sociale mevr. veranderde in een vermijdende, sombere, terug getrokken dame. Deze mevrouw heeft mij gebiologeerd en dat is dan ook de reden voor dit onderzoek.

Dit verslag is natuurlijk niet zomaar tot stand gekomen. Bij deze wil ik een aantal mensen bedanken voor hun steun en hulp bij het tot stand komen van mijn afstudeeropdracht. Aangezien ik een moeilijke tijd ben doorgemaakt, heb ik erg veel steun ervaren en ook de hulp gekregen die ik nodig had. Er is een moment geweest dat ik dacht, ik zie het allemaal wel en studeer volgend jaar wel af. Maar door de betrokkenheid van een aantal mensen heb ik de kracht en energie gevonden om toch hiermee aan de slag te gaan en het te kunnen afronden.

Hiervoor wil ik mijn dank betuigen aan Paul Verschuur. De samenwerking voelde erg prettig. Hij heeft mij geholpen met het formuleren van de onderzoeksvraag en inzicht gegeven in het ordenen van mijn gedachten. Verder wil ik mijn stagebegeleider Michiel Mulder bedanken voor de samenwerking.

Regelmatig hebben we om tafel gezeten om mijn voortgang te bespreken. Hierbij kwam ook mijn afstudeeropdracht aan bod. Hij heeft mij veel informatie kunnen verschaffen over psychosomatische problematiek. Een dankbetuiging is ook op zijn plaats voor mevr. S. Mede door haar samenwerking is deze scriptie ontstaan.

Als laatste wil ik mijn moeder bedanken. Aan haar heb ik veel steun ervaren in een voor mij leerzame en moeilijke periode.

Jantje Hendrika Dijkstra
Juli 2009



Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Inhoudsopgave	3
Inleiding	4
Verantwoording vraagstelling	5
Hf. 1. Casuïstiek.....	6
1.1. Hermeneutische diagnostiek.....	6
1.2. Classificerende diagnostiek: DSM-IV.....	7
1.3. Beschrijvend model: LECS.	8
1.4. Behandelplan.	9
Hf. 2. Depressieve stoornis.....	10
2.1. Theorie over depressie.	10
2.2. Behandeling van een depressie.....	11
2.3. Integratie theorie depressie t.a.v. de casus.	12
Hf. 3. Psychosomatiek.	13
3.1. Theorie over psychosomatische problematiek.....	13
3.2. Behandeling van psychosomatische problematiek.	17
3.3. Integratie theorie psychosomatiek t.a.v. de casus.	19
Hf. 4. Welke visie past bij de casus?	22
4.1. De psychodynamische benadering.	22
4.2. De cognitief-gedragstherapeutische benadering.	22
4.3. De cliëntgerichte benadering.	23
4.4. De lichaamsgerichte benadering.	23
4.5. De systeemgerichte benadering.	23
4.6. De oplossingsgerichte benadering.....	24
4.7. Samenvatting en conclusie.	24
Hf. 5. Samenvatting & Conclusie.	25
Literatuurlijst.	30
Bijlage 1: opzet van aangeboden sessies.	31
Bijlage 2: Copingsstijlen volgens Kees Meijer.....	32
Bijlage 3: Behandeldoelen volgens Kees Meijer.	33
Bijlage 4: Werkmethoden volgens Kees Meijer.....	34
Bijlage 5: Wat is inzicht?.....	34
Bijlage 6: Klachtenvragenlijst.....	35
Bijlage 7: Vragenlijst: inzicht in klachtcirkels.	36
Bijlage 8: Vragenlijst: werken aan inzicht.	37



Inleiding

Wie kent het niet, een keer een slechte dag hebben of last hebben van onbegrepen lichamelijke klachten. Waarvan je denk: waar komt dat nou weer vandaag? Als therapeut zul je in de zaal wel mensen tegen gekomen zijn of nog tegenkomen met lichamelijke klachten waarvoor geen oorzaak te vinden is. Maar waar komt de pijn dan vandaan? Je hebt niet voor je lol pijn, dat moet een functie hebben.

Hoe kunnen onbegrepen lichamelijke klachten toch verklaard worden? Voor sommige klachten is daadwerkelijk geen lichamelijke oorzaak te vinden. Hoe moet je dan verder? In de bestaande theorieën is er het een en ander te vinden over chronische pijn en hoe daarmee te leven. Maar hoe zit dit dan met psychosomatische problematiek?

Dus pijn waarvoor (vaak) geen lichamelijke oorzaak te vinden is, maar een psychisch component aanwezig is. Problemen in het dagelijks leven, zoals stress kan dan zijn vertaalslag maken naar lichamelijke problemen. Deze mensen kunnen hun leven lang opzoek zijn naar de oorsprong van hun pijn en zoeken dit vooral bij doktoren. De pijn die voelen ze vaak wel degelijk, daar wordt niet aan getoond. Maar hoe ermee omgegaan wordt, zegt vaak al veel over de leefstijl van iemand.

Zo kunnen mensen jarenlang allemaal onderzoeken aflopen, zonder enig resultaat. Ze kunnen zich vastklampen aan elk onderzoek, om daarna de (eventuele) teleurstelling weer te verbijten.

Psychosomatische cliënten worden ook wel Multi-probleem-clieënten genoemd, met veel ziekten, klachten en problemen tegelijk¹. Zo kwam ik een vrouw op stage tegen met hoofdbonzen. Een oudere vrouw van 65 jaar, die belemmert wordt in haar dagelijkse functioneren door de altijd aanwezige hoofdbonzen. Een vrouw die binnen is gekomen met een depressie en nu nog aanwezig is op de deeltijdbehandeling ouderen i.v.m. de hoofdbonzen en het vermoeden van psychosomatische problematiek. Tja wat doe je dan met zo'n cliënt in de zaal? Zelf heb ik nog helemaal geen ervaring met cliënten met psychosociale problematiek.

Deze mevrouw heeft dan ook mijn interesse weten te trekken. Tijdens mijn eindstage in de volwassen psychiatrie heb ik verschillende groepen gehad in de zaal, zowel deeltijdgroepen als een groep van de kliniek. En daarnaast dan nog een groep ouderen, die ik een keer in de week zag in de zaal. De hierboven beschreven mevrouw nam deel aan deze groep. In het behandelteam kwam de vraag of mevr. geen individuele PMT kon volgen. Hier ben ik gretig op in gesprongen en zodoende zag ik mevrouw één keer in de twee weken in de zaal. Naar aanleiding van deze uren ben ik op mijn onderzoeksvraag gekomen. Deze luidt als volgt:

Op welke manier kan PMT een bijdrage leveren aan de vergroting van het inzicht bij een (licht) depressieve cliënt met vermoedelijk psychosomatische problematiek?

Dit verslag is een theoretische onderbouwing voor hoe PMT een bijdrage kan leveren aan bovenstaande onderzoeksvraag. Het verslag begint met de casus. Een uitgebreide omschrijving van eerder mevr. S. met een behandelplan. Hierop volgt een stukje theorie over de depressieve stoornis. Daarna een theoretische verdieping over psychosomatische problematiek. Vanuit deze theoretische verdieping kijk ik naar welke visie past bij de behandeling van deze casus en trek daar mijn conclusies uit. Dus een antwoord op de onderzoeksvraag. Hierbij probeer ik een zo concreet mogelijk beeld te schetsen hoe PMT een bijdrage kan leveren aan de vergroting van het inzicht bij een depressieve cliënt met vermoedelijk psychosomatische problematiek.

¹ Handboek Psychosomatiek, Kees Meijer, 2009, 4^e druk, eerste oplage



Verantwoording vraagstelling

Bij mijn vraagstelling gaat het om een individuele cliënt. Het onderzoek is dus van toepassing op één cliënt en is op voorhand geen garantie voor de behandeling van andere cliënten met dezelfde problematiek. Waarmee ik niet wil zeggen dat het geen kans van slagen kan hebben bij andere cliënten met vergelijkbare problematiek. Mijn vraagstelling:

Op welke manier kan PMT een bijdrage leveren aan de vergroting van het inzicht bij een (licht) depressieve cliënte met vermoedelijk psychosomatische problematiek?

In de onderzoeksvraag staat: '*vermoedelijk*'. Er is nog geen officiële diagnose gesteld wat betreft haar lichamelijk klachten. Er is nog een onderzoek gaande, waarvan men wacht op de uitslag. Het kan dus nog zo zijn dat er wel degelijk een lichamelijk component speelt bij deze vrouw. In hoeverre dit consequenties heeft voor de behandeling, daarover meer in de conclusie van dit verslag.

Daarnaast heb ik het woord 'licht' tussen haakjes geplaatst. De mevrouw waar deze vraagstelling op gebaseerd is, kwam oorspronkelijk binnen met een zware depressie. Inmiddels zijn we een heel eind verder en is er in mijn ogen geen sprake meer van een zware depressie. Aangezien deze mevrouw binnen is gekomen met een depressie en hier nog wel symptomen van heeft, neem ik deze mee in mijn vraagstelling. In de conclusie zal ik hierop terug komen. Aangezien er vraagtekens gezet kunnen worden bij deze symptomen. Namelijk zijn dit symptomen die bij de depressie horen of is het een voortvloeisel uit de psychosomatische problematiek?

Verder wil ik het inzicht vergroten van een cliënt. Hierbij gaat het om het hanteren van spanning, omgaan/accepteren van beperkingen (die horen bij het ouder worden), wat is de rol van de systemische component en het vermijdingsgedrag van mevrouw. In dit verslag ga ik dus opzoek naar oorzaken voor het leefpatroon van mevrouw in relatie tot de problematiek. Verder ga ik opzoek naar hoe ik dit in de zaal zou kunnen aanpakken. De reden voor een individueel traject met deze mevrouw is de volgende. Deze mevrouw viel in de huidige groepssamenstelling eigenlijk weg. Er was moeilijk contact met mevrouw te krijgen over haar denken, voelen en handelen. Binnen een individueel traject ga ik kijken of ik meer contact met deze mevrouw kan krijgen over haar leefpatroon.

Als PMT-er ben ik geneigd om snel aan de slag te gaan met mensen en soms voorbij te gaan aan de pijn die cliënten voelen. Bij deze mevrouw was de pijn niet altijd zichtbaar. In mijn ogen kan er een samenhang bestaan tussen de pijn die mevr. ervaart en haar leefpatroon. In de huidige theorie is er nog niet zoveel geschreven over psychosomatiek als bijvoorbeeld over een depressieve stoornis. Dat is dan ook een reden dat ik mij meer wil verdiepen in deze problematiek en dat ik heb gekozen voor deze vraagstelling. Als PMT-er is het in mijn ogen goed om in de gaten te houden wanneer pijn psychosomatisch kan zijn. Aangezien ik verwacht dat dit voor de behandeling gevolgen kan hebben.



Hf. 1. Casuïstiek.

Om te beginnen een beschrijving van de casus. In dit hoofdstuk zal de cliënt uit voorgenoemde informatie hopelijk tot leven worden geroepen in uw verbeelding. Dit wordt gedaan aan de hand van twee observatiemodellen. Te beginnen met een algemeen verhaal over deze cliënt, waarmee al een beeld wordt gevormd van deze cliënt. Vanuit de theorie is deze beschrijving te vergelijken met de hermeneutische invalshoek². Daarna een beschrijving van een classificerende invalshoek: DSM-IV en de uitwerking van LECS. De laatste uitwerking geeft weer hoe mevr. deelneemt in de zaal. Al met al dus een uitgebreide beschrijving van deze casus. Dit hoofdstuk wordt afgesloten met het behandelplan.

1.1. Hermeneutische diagnostiek.

De hermeneutische invalshoek gaat uit van de invloed van omgevingsfactoren op de moeite van de cliënt. De context is bepalend voor de ervaren moeite/ last van de cliënt. Het mislukte interactiepatroon van de deelnemer 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? Dus een zo goed mogelijk beeld schetsen van de oorzaken en gevolgen die horen bij de problematiek van de casus.

De casus betreft een 65 jarige vrouw die met een ernstige depressie opgenomen is geweest op de gesloten afdeling. Daarna is mevrouw verhuisd naar de deeltijd ouderen. Mevr. is getrouwd en is moeder van 3 kinderen: twee dochters en een zoon. Waarvan de jongste, de zoon, nog maar net het huis uit is. De beide dochters gingen al vroeg op zichzelf wonen. Met de oudste dochter heeft mevr. nog goed contact. Met de andere dochter is het contact een beetje verwatert. Mevr. geeft aan hier niet zoveel moeite mee te hebben, want zo gaat dat in het leven.

De jongste is 26 jaar oud en komt elke avond nog thuis eten. Mevr. ervaart dit als zeer gezellig. Haar man is erg begaan met haar en gaat mee naar elk onderzoek. Hij is degene die hamert op de onderzoeken en erop toeziet dat zijn vrouw wel onderzoeken krijgt. Verder heeft mevr. niet veel sociale contacten meer. Na het opkomen van haar hoofdbonzen zijn deze contacten verwatert. Wel heeft mevr. nog een goede vriendin die haar elke week een bezoek brengt.

Het verhaal van mevr. begint in 2002 toen mevr. een fietsongeval heeft gehad, waarbij mevr. behoorlijk lichamelijk letsel opliep. Mevrouw herstelde snel van de lichamelijke fracturen en kneuzingen. Mevrouw sportte veel, ook voor het ongeval. Mevrouw fietste elke dag op de racefiets zo'n 30 kilometer. Daarnaast tenniste mevrouw nog en ging ze regelmatig te hardlopen.

Een half jaar na het ongeval krijgt mevr. een bonkend gevoel in haar hoofd. Mevr. heeft hiervoor meerdere malen onderzoeken ondergaan door artsen, cardiologen en neurologen. Tot voor kort is daar nog niks concreets uitgekomen. Dus geen verklaringen voor haar klachten. Mevr. werd doorverwezen naar een psychiater, omdat het 'tussen de oren' zou zitten. Deze verklaring heeft mevr. erg veel pijn gedaan. Mevr. staat nu nog onder behandeling van een cardioloog uit Groningen, waar ze haar laatste onderzoek heeft ondergaan. Dit is het laatste onderzoek waar mevr. al haar hoop op heeft gevestigd. Als hier niks uit komt, zal mevr. er mee moeten leren leven, naar eigen zeggen.

Mevr. hecht erg veel waarde aan deze onderzoeken. Het wachten op resultaten maakt haar onzeker, waardoor ze gaat vermijden. Mevr. S. onderneemt minder activiteiten dan voor de hoofdbonzen. Mevr. geeft zelf als reden, dat ze de dag na een drukke dag, meer last heeft van haar hoofdbonzen. Mevr. heeft zelf informatie opgezocht over hoofdbonzen. Via internet is mevr. in contact gekomen met iemand met vergelijkbare klachten. Naar aanleiding van dit contact heeft mevr. haar laatste onderzoek in touw gezet. Haar voorlaatste onderzoek bracht geen concrete resultaten. Wel sprak men het vermoeden uit dat er een propje in een ander kon zitten bij mevr. haar oor. Dit zou wellicht de oorzaak kunnen zijn van mevr. haar klachten.

Naast de behandeling in de reguliere geneeskunde, heeft mevr. ook hulp gezocht in het alternatieve circuit. Hierbij heeft mevr. erg veel baat, waaronder de behandeling bij een masseur.

² Uit artikel: kader voor diagnostiek : een aanzet, L.W. Sietsma.



In 2008 heeft mevr. nog veel last gehad van haar maag. Naar eigen zeggen kwam dit door de medicatie. Toen mevr. daar eenmaal mee gestopt was, was de pijn ook weg. Uiteindelijk is er nooit een oorzaak voor deze pijn gevonden. Mevr. is hier heel stellig over: dat kwam door de medicijnen!

Mevr. heeft altijd een heel actief leven geleid, met veel sporten. Door het bonkende gevoel in haar hoofd lukt dit actieve leven niet meer. Mevr. wandelt nog regelmatig, waar ze erg van kan genieten. Mevr. kan zich nog prima zelfstandig redden. De klachten beginnen 's ochtends als mevr. van bed stapt. Dan zijn de hoofdbonzen het ergste. In de middag zijn ze over het algemeen minder. Mevr. geeft aan geen grip te hebben op de hoofdbonzen. De ene keer zijn ze heftiger/erger dan de andere keer. Mevr. ziet hier geen oorzaak/gevolg verband in. Mevr. heeft aangegeven graag weer te willen gaan tennissen, maar heeft dit nog niet opgepakt. Mevr. stelt zich hierin afwachtend op. Mevr. wil namelijk eerst de uitslag van het onderzoek weten.

Dus een mevr. met onbegrepen lichamelijke klachten. Door haar klachten moet mevr. veel van haar voorheen normale activiteiten laten vallen. Hierdoor voelt mevr. zich somber en beperkt in haar doen en laten. Er is dus sprake van een sombere stemming en een gebrekkige copingstijl m.b.t. de lichamelijke klachten. Qua medicatie slikt mevr. de medicijnen Rivotril en Seroquel.

Mevr. is opgenomen geweest op de gesloten afdeling ouderen met een ernstige depressie. Dit is inmiddels een jaar geleden. Na die opname is mevr. overgegaan naar de open deeltijdbehandeling voor ouderen. Mevr. komt twee dagen naar de deeltijdbehandeling, op de dinsdag en op de donderdag. Mevr. volgt tijdens deze dagen het vaste programma, waaronder psychomotorische therapie, activiteitentherapie, hobbytraining en één keer in de twee weken de zingeving groep. Dit is een vrouwengroep waarin bepaalde thema's aanbod komen, waar vervolgens over gesproken wordt met elkaar. Mevr. heeft aangegeven zich goed te voelen op de deeltijd.

1.2. Classificerende diagnostiek: DSM-IV.

Bij de opname van mevrouw op de gesloten afdeling is mevrouw gediagnosticeerd aan de hand van de DSM-IV. De DSM-IV is een classificerend model. Vanuit de classificerende invalshoek kan er gekeken worden vanuit het bekende 'hokjesdenken'. Er wordt uitgegaan van algemene stoornissen, die daarmee ook gelden voor een individu. Er wordt nauwelijks gekeken op individueel niveau, maar er wordt veel gegeneraliseerd.

In de theorie zijn grofweg twee manieren te onderscheiden waarmee gediagnosticeerd kan worden. Dit is de top-down en bottom-up methode. De top-down methode begint vanuit de theorie. Je kijkt naar welke diagnose bij een cliënt hoort. Bij mevr. S. is dat de depressie. Vanuit die theorie kijk je naar de cliënt en de symptomen. De DSM-IV is een top-down methode.

De bottom-up methode begint met de observaties die gedaan worden in bijv. de zaal. Bij die observatie wordt vervolgens theorie gezocht om zo evt. een diagnose te kunnen stellen. Een voorbeeld van deze methode is het observatiemodel aan de hand van LECS. Hierover meer op de volgende pagina.

De diagnostiek aan de hand van DSM-IV bij mevr. S:

- As 1: Depressieve stoornis: Eenmalige episode, Ernstig zonder psychotische kenmerken *(hoofddiagnose)
- Pijnstoornis: Gebonden aan zowel psychische factoren als een somatische aandoening.
- As 2: diagnose op as 2 uitgesteld.
- As 3: geen lichamelijke aandoeningen aangetoond.
- As 4: Problemen binnen de primaire steungroep
- As 5: GAF begin: 53,
GAF laatste: 53
GAF max: 70.



1.3. Beschrijvend model: LECS.

Naast de informatie genoemd in de voorgaande hoofdstukken, zijn er ook observaties gedaan vanuit de zaal. Deze observaties zijn gedaan aan de hand van het model LECS. Dit is een veel gebruikt model op de opleiding en geeft een zo helder mogelijk beeld van de casus in de zaal. Vanuit de theorie wordt dit model ook wel een bottom-up methode genoemd. Vanuit de observaties in de zaal wordt er gekeken naar de theorie die daarbij past, bijv. een diagnose die eraan gekoppeld kan worden. In dit hoofdstuk de observaties van mevr. S. opgedaan in de zaal.

Lichamelijk:

Vrouw van 65 jaar met een verzorgd uiterlijk. Mevr. is 1.73m. lang en tenger gebouwd. Mevr. komt altijd met speciale sportkleding en schoenen naar de zaal voor de individuele therapie. Tijdens de groepstherapie draagt mevr. haar dagelijkse kledij. Mevr. is motorisch goed ontwikkeld en kan eigenlijk alles nog. De conditie van mevr. is nog goed, al denkt mevr. hier zelf anders over. Bij behoorlijke lichamelijk inspanning begint mevr. te zweten. Maar is er ook zichtbaar ontspanning bij mevr. Er komt een glimlach op haar gezicht, spanning in de schouders is gezakt. Verder hoor je mevr. ook niet meer over haar lichamelijk klachten, wanneer ze lekker aan het bewegen is. Dit maakt dat mevr. het moeilijk vindt om haar grenzen aan te geven en gaat ze langer door dan haar lichaam aankan.

Bij spanning begint mevr. te trillen, is ze de controle over haar lichaam kwijt en gaan bewegingen houterig. Mevr. keert zich dan meer in zichzelf en wil de spanning niet laten merken. In intonatie klinkt mevr. vrij monotoon. Wanneer mevr. spreekt over frustraties begint mevr. drukker te praten en worden er meer woorden met accent uitgesproken. Non-verbaal lijkt het een afgevlakte dame. Aan haar gezicht en houdingsbeeld is over het algemeen weinig af te lezen.

Emotioneel:

Mevr. laat niet snel haar emoties zien. Mevr. heeft weinig contact met haar lijf en kan moeilijk verwoorden wat er bij haar gebeurt. Mevr. kent emotionele stabiliteit vanuit haar jeugd. Mevr. haar beide ouders leven niet meer, maar ze heeft naar eigen zeggen een fijne jeugd gehad. Haar is geleerd niet te huilen om dingen, maar door te gaan, zoals een echte fries betaamt. Er is moeilijk contact te krijgen met mevr. haar gevoelsleven. Mevr. heeft irritaties en frustraties over bepaalde gang van zaken in haar omgeving. Bijv. de manier waarop sommige mensen met elkaar omgaan of juist niet omgaan. Mevr. lijkt erg veel houvast te hebben aan de onderzoeken en stelt zich daardoor afwachtend en gesloten op. Eenmalig is mevr. emotioneel geworden, maar stopte dit weer snel weg. Mevr. heeft goede en minder goede dagen qua stemming.

Cognitief:

Oriëntatie in tijd, plaats en persoon is ongestoord. Mevr. haar aandacht is goed te trekken en te houden. Verder is er ook niks mis met haar korte of lange termijn geheugen. Mevr. externaliseert veel. Wanneer mevr. meer last krijgt van haar hoofdbonzen, dan kan mevr. daar vaak niet een goede oorzaak voor geven, 'omdat de hoofdbonzen komen en gaan wanneer ze willen', naar eigen zeggen van mevr. Dat haar hoofdbonzen erger worden bij inspanning, rationaliseert mevr. Ze zegt namelijk, dat komt doordat het hart harder moet pompen, waardoor er meer druk op de aderen komen te staan. Verschillende cognities vanuit haar socialisatie spelen een belangrijke rol in haar leven, zoals 'niet zeuren maar doorgaan'. En wanneer iets niet lukt: 'dat is dan jammer, maar het leven gaat door'. Mevr. is gewend om problemen alleen op te lossen. Ze heeft zich ten slotte altijd alleen moeten redden. De hoofdbonzen belemmeren mevr. in haar dagelijkse besommeringen, doordat mevr. vooraf al denkt dat de hoofdbonzen erger zullen worden, gaat mevr. niet alles meer aan. Hier lijkt ook een stukje angst onder te zitten (hoort bij het emotionele aspect), maar mevr. ervaart dat zelf niet zo. Mevr. is cognitief ingesteld.

Sociaal:

Mevr. is getrouwd en heeft drie kinderen, waarvan één nog regelmatig langs komt. Daarnaast heeft mevr. een hele goede band met haar zus, die haar elke week opzoekt. In relatie met haar man zijn er wel eens perikelen, maar dat is in elk gezin wel eens zo, volgens mevr.

Mevr. heeft in de groep een afwachtende houding, aangepast en op de achtergrond. Mevr. laat zich niet horen en reageert vrijwel niet op anderen, alleen wanneer haar wat gevraagd wordt. Mevr. ging een tijd lang niet naar buiten. Inmiddels gaat mevr. weer de straat op. Mevr. loopt veel alleen. Mevr. lijkt veel dingen alleen te doen. Mevr. heeft verder geen sociale contacten op een goede vriendin na. In de deeltijdgroep is mevr. op de achtergrond. Ze reageert wanneer haar wat gevraagd wordt, maar is niet reactief in contact.



1.4. Behandelplan.

Voor elke cliënt van de deeltijdgroep ouderen wordt een behandelplan opgesteld. Dit behandelplan bevat de doelen die zijn opgesteld voor deze cliënte. Daarnaast bevat het ook een omschrijving van de cliënt, maar dat is in de bovenstaande paragrafen al beschreven. Wanneer een cliënt extra therapieonderdelen gaat volgen, wordt er door de betreffende therapeut een deelplan opgesteld. In dit hoofdstuk wordt het deelplan voor de pmt van mevr. S. beschreven.

Aanmeldreden.

aangemeld voor deeltijd behandeling als vervolg op een klinische opname in verband met een depressieve stoornis en onbegrepen klacht van hoofdbonken.

In eerste instantie als afleiding om huidige klachten het hoofd te bieden, wanneer zal blijken dat hoofdbonken niet verder behandeld kan worden zal de behandeling gericht zijn op coping, verwerken en acceptatie

Hulpvraag van cliënte:

Mevr. hoopt op verbetering van haar situatie. Dat wil zeggen vermindering van de pijklachten (hoofdbonzen). Mevr. wil weer lekker bezig kunnen zijn met dagelijkse dingen, zonder het risico dat ze de dag daarop meer klachten heeft. Mevr. wil ontspannender in haar lijf komen te zitten. Mevr. wil het tennissen bij de club weer oppakken. Kortom: mevr. wil haar dagelijks leven oppakken en niet meer geleefd/geleid worden door haar pijnlachten...

Motivatatie en argumentatie voor individueel traject.

Motivatatie voor het waarom van de keuze individuele PMT voor deze mevr. Het is een sportieve mevr. die zelf ook altijd veel gesport heeft. Sport slaat wat dat betreft wel aan bij het referentiekader van deze mevr. Verder neemt mevr. ook deel aan de PMT groep ouderen. Lichamelijk en conditioneel is mevr. tot veel meer in staat dan de overige groepsleden. Mevr. is motorisch dus veel sterker dan de andere cliënten uit de ouderengroep.

Wat is het belang van individueel boven groepstherapie? In de groep blijft mevr. op de achtergrond en is er weinig contact met haar te krijgen over wat er bij haar speelt. Individueel is er tijd en ruimte om hier op in te gaan. Mevr. met (jarenlange geschiedenis van) lichamelijke klachten die zich uiten in hoofdbonzen. Hierdoor kan mevr. niet alles meer wat ze voorheen wel kon. Dus ook niet het vele sporten, waar mevr. voorheen veel plezier en ontspanning aan beleefde. Individueel kan er op motorisch gebied ook een stapje verder gegaan worden. En kan er meer op mevr. haar niveau bewogen worden.

Doel:

Één kerndoel: waar draait het om:

- ontspanning vinden/ontspannen.

In het begin draaide het vooral om de ontspanning te kunnen vinden en lossen te kunnen worden. Dit doel is na een aantal sessies in de zaal wel behaald. Vanaf toen gekeken naar hoe de vertaalslag gemaakt kan worden naar het dagelijks leven. De transfer maken. Bijv. hoe kunnen spanningen in de thuissituatie de vertaalslag maken naar hoofdbonzen?

Daarnaast zijn nog enkele subdoelen opgesteld:

- spanningregulatie, inzicht krijgen in oorsprong spanning.
- omgaan, acceptatie van de klachten/het ouder worden.
- aansluiten bij een tennisvereniging.

D.m.v. sport/spelactiviteiten mevr. haar sterke kanten aanspreken en daarmee zorgen dat deze mevr. wat lossen in haar lijf komt te zitten en zich emotioneel wat meer gaat uiten. Met als resultaat dat er meer ontspanning optreedt. Wanneer er meer ontspanning optreedt, kan mevr. zich naar alle waarschijnlijkheid emotioneel ook meer uiten.

Aantal keer:

Middels 5-7 sessies individuele PMT van 45 minuten in de grote zaal.

Opzet van de sessies:

Deze heb ik uitgewerkt en is terug te vinden in bijlage 1.



Hf. 2. Depressieve stoornis.

Mevr. S. is binnen gekomen met een zware depressie. In de onderzoeksvraag is deze stoornis ook meegenomen. Om een zo zorgvuldig mogelijk antwoord te kunnen formuleren op de onderzoeksvraag is het van belang om te kijken in hoeverre mevr. nog depressief is en wat dit voor invloed heeft op mevr. haar handelen. In dit hoofdstuk wordt de stoornis depressie uitgemeten. Wat kunnen symptomen zijn van een depressieve cliënt? Wat voor effect kan een depressie hebben op het functioneren van iemand. Beginnend met een algemene beschrijving van een depressie. Daarop volgt evt. behandelrichtlijnen. Manieren waarop er aan de slag kan worden gegaan met een depressieve cliënt. Afgesloten wordt met een integratie van deze theorie met de casus. Zo krijgt de casus meer diepgang en het zorgt voor een probleemverheldering t.a.v. de diagnostiek bij deze casus.

2.1. Theorie over depressie.

De depressieve stoornis is tegenwoordig voor niemand meer onbekend. Bijna iedereen kent wel iemand uit zijn/haar omgeving die niet zo lekker in zijn vel zit en sombere buien heeft. Dit is niet per definitie een depressie, maar kunnen wel symptomen ervan zijn. Het lijkt bijna een modern begrip het woord depressie. Maar wat zegt de theorie hier nou eigenlijk over en hoe zit het met de symptomen die maken dat iemand het etiket depressief opgestempeld krijgt. Doordat de depressie in de theorie al uitgebreid terug te vinden is en alom bekend is, bevat dit hoofdstuk een korte beschrijving van de stoornis: depressie.

Informatie uit DSM-IV³:

In de DSM-IV wordt de depressie als volgt omschreven: *depressieve stoornis, eenmalige episode (296.2x)*

- A. *de aanwezigheid van een eenmalige depressieve episode.*
Symptomen: depressieve stemming, gedurende het grootste deel van de dag of de hele dag, vermindering van interesse of plezier, gewichtsvermindering of toename, insomnia/hypersomnia, moeheid/verlies van energie, concentratieproblemen, terugkerende gedachten aan de dood, psychomotorische agitatie of remming.
- B. *De depressieve episode is niet eerder toe te schrijven aan een 'schizo-affectieve' stoornis en is niet gesuperponeerd op 'schizofrenie', 'schizofreniforme stoornis', 'waanstoornis' of 'psychotische stoornis NAO'.*
- C. *Er is nooit een manische episode, een gemengde episode of een hypomane episode geweest. N.B.: deze uitsluiting kan niet worden gebruikt als alle manische, gemengde of hypomane episodes zijn veroorzaakt door middelen of behandeling of het gevolg zijn van de directe fysiologische effecten van een somatische aandoening.*

Indien op dit moment aan de volledige criteria voor een depressieve episode wordt voldaan, specificeer de huidige klinische toestand en/of kenmerken.

Licht, matig, ernstig zonder psychotische kenmerken/ernstige met psychotische kenmerken. Chronisch, met katatone kenmerken, met vitale kenmerken, met atypische kenmerken, met begin post partum.

Er is veel informatie te vinden over een depressie. Om in de termen van de opleiding te blijven een schema⁴ met symptomen van een depressie gekoppeld aan het schema LECS.

Lichamelijk:	vaak val van klachten, vermoeidheid, te veel of te weinig slapen, weinig of geen zin in seks.
Emotioneel:	somber, pessimistisch, lusteloos, weinig tot geen plezierbeleving.
Cognitief:	negatief zelfbeeld, neiging tot zelfverwijt, gebrekkig probleembesef, vertraagd denken, besluiteloosheid, concentratieproblemen.
Gedragmatig/ Sociaal:	inactief, teruggetrokken, vertraagde bewegingen, huilen en huilbuien, verminderde spraakzaamheid.

De psychodynamische theorie heeft zo zijn eigen visie op een depressie. Deze visie luidt als volgt: *'Het verstoorde ontwikkelingsproces van het eigen 'ik' door een onbetrouwbare primaire verzorger (Mahler) en de niet gereguleerde angst voor eigen agressie (Klein) hebben tot gevolg dat een persoon in zijn/haar volwassenheid te hoge eisen aan zichzelf stelt. Het beeld van de wereld is dan onrealistisch negatief. Depressieve mensen hebben het 'zelf' als slecht ervaren en daardoor een hard en sadistisch superego ontwikkeld.'*⁵

³ Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR, 2^e druk, 2002.

⁴ Psychiatrie, van diagnose tot behandeling, 2^e herziene druk, W. Vandereycken, R. van Deth.

⁵ Zes psychologische stromingen en één cliënt, Alie Weerman, 1^e druk, 2006.



2.2. Behandeling van een depressie.

De onderzoeksvraag buigt zich over een evt. behandeling van depressie en psychosomatiek. In dit hoofdstuk gaat het dus over een depressie. Vanuit de theorie worden er ideeën aangedragen hoe een depressie behandeld zou kunnen worden. In deze paragraaf een aantal theorieën waarmee een therapeut aan de slag kan met een depressieve cliënt.

Een hele bekende theorie is de attributietheorie. Attributie is het toeschrijven van een gebeurtenis aan een bepaalde oorzaak. Abramson (Van der Molen e.a., 1997) heeft een speciale attributietheorie van depressie geformuleerd. Hierbij worden drie dimensies onderscheiden:

1. stabiel versus instabiel:
stabiel is de oorzaak permanent aanwezig. Bijv. je wordt niet gegroet door je buurman. Je denkt; wat een ongelikte beer. Instabiel: oorzaak is tijdelijk aanwezig. Hetzelfde voorbeeld, maar nu denk je: zeker slecht geslapen. Dus een tijdelijke verklaring, een attributie.
2. intern versus extern:
intern: wordt de oorzaak aan jezelf toegeschreven. Je buurman groet je niet en jij denkt: hij vind me zeker niet aardig. Extern: de oorzaak aan de omgeving toeschrijven. Hetzelfde vb. maar nu denk je: hij zit zeker met zijn hoofd ergens anders.
3. globaal versus specifiek:
globaal: het niet-groeten van je buurman attribueer je als: niemand vind mij aardig. Specifiek attribueren: ik moet eens wat vriendelijker kijken als ik de buurman tegenkom.

Kijkend naar de casuïstiek zou je kunnen stellen dat mevr. S. extern attribueert. Oorzaken voor gebeurtenissen of voor haar lichamelijk klachten legt ze buiten zichzelf neer. Dus het ligt aan externe factoren. Bijv. doordat ze niet goed geslapen heeft, omdat haar man haar wakker hield of het bed niet goed ligt. Veel hoofdbonzen komt door de drukte om haar heen, etc... Depressieve mensen attribueren vaak intern, de problemen die ze hebben, daar voelen ze zich schuldig over.

Bij een depressie is vaak sprake van angst. Angst kan vervelende lichamelijke reacties tot gevolg hebben. Hieraan zijn weer gedachtes gekoppeld. Om deze helder te krijgen kan het G-schema gebruikt worden. Deze kan gebruikt worden om mevrouw inzicht te geven in haar manier van attribueren. Tijdens het observeren is angst niet echt ter sprake gekomen. Dit heeft mede te maken, doordat deze mevr. vrij weinig terug geeft over welke emoties bij haar spelen. Hier spreekt ze vrij nonchalant over. Net als ieder mens hebben ook ouderen wel angst(klachten). Hierbij kun je denken aan angst om te overlijden, angst voor afhankelijkheid etc. Het G-schema zou inzicht kunnen bieden bij deze casus. Een voorbeeld ziet er als volgt uit:

gebeurtenis bijv. mevr. S. loopt langs de tennisbaan -> roept een: **gedachte** op, bijv. ik heb zin om te tennissen, maar dan krijg ik meer pijn -> bij de gedachte hoort een **gevoel** bijv. angst om meer pijn te krijgen-> aan de hand van deze gedachte en het gevoel -> ga je bepaald **gedrag** vertonen, bijv. mevr. S. gaat niet tennissen en loopt door -> dit heeft weer een bepaald **gevolg**: mevr. S. blijft ontlopen wat ze graag zou willen, houd angst voor extra klachten en mijd voortaan de tennisbaan. Niet wetende of haar klachten daadwerkelijk erger zullen worden, als ze zou gaan tennissen.

Volgens gedragstherapeuten moeten cliënten juist die dingen leren doen die zij vermijden of niet kunnen, waar zij bang voor zijn of waar zij geen puf voor hebben. In vakjargon heet dit 'exposure': blootstelling aan datgene waar je bang en benauwd voor bent. Mevr. S. heeft een vermijdende kant in haar gedrag. Bij exposure kan onderscheid gemaakt worden in 'exposure in vivo' en 'exposure in vitro'. 'Exposure in vivo' betekent datgene op te zoeken in het echte leven waar je bang voor bent. In het geval van deze casus, zou de therapeut met mevr. S. naar de tennisbaan kunnen gaan om daar weer te gaan tennissen. Om zo uiteindelijk mevr. het tennis weer op te laten pakken, wat ze zelf graag wil maar er nog niet van gekomen is. En zo weer sociale contacten op te doen. 'Exposure in vitro' houdt in dat je gedrag in een kunstmatige situatie leert. Dus bijv. in de zaal bij PMT. Wat betreft de casus sluit dit goed aan. Het is namelijk niet mogelijk om met mevr. S. naar de tennisbaan te gaan, omdat er geen baan in de buurt is. Mevr. woont op een vrij grote afstand van de instelling. Dus naar haar woonplaats gaan en daar de tennisbaan opzoeken is ook niet haalbaar.

Dus in de zaal aan de slag met deze mevr. Psycho-educatie kan ook een belangrijk functie hebben bij de behandeling. Een cliënt inzicht geven in haar depressie en hoe zich die in stand houdt en hoe ze die kan doorbreken. Verder is de behandeling gericht op stemmingsverbetering, dit kan o.a. door het verschil te laten ervaren tussen spanning en ontspanning. Dit kan o.a. ook door runningtherapie.



2.3. Integratie theorie depressie t.a.v. de casus.

Zoals in de casusbeschrijving al benoemd is, gaat het om een licht depressieve vrouw. Deze mevr. is binnen gekomen met een ernstige depressie zonder psychotische kenmerken. Terugkijkend naar de informatie uit DSM-IV. Het was een eenmalige depressieve episode. Mevrouw heeft geen psychiatrische voorgeschiedenis en was nog niet bekend met de depressieve stoornis. De depressieve stoornis is niet toe te schrijven aan de stoornissen benoemd bij punt B, zoals een waanstoornis etc. Verder is er ook nooit een manische episode of dergelijke voorafgegaan.

Terugkijkend naar het gedrag en de stemming van mevr. in de zaal. Individueel is mevr. meestal goed gestemd aanwezig. Mevr. klaagt weleens over de hoofdbonzen, maar verder nergens anders over. Mevr. geeft regelmatig aan dat het goed met haar gaat. Ze merkt duidelijk verschil met hoe ze binnen is gekomen en hoe ze nu is, zegt ze. Als voorbeeld daarbij benoemd ze dat ze nu weer oog heeft voor haar omgeving en daar ook heerlijk van kan genieten. Een jaar geleden zag ze niet meer hoe mooi een bosrijke omgeving kan zijn.

Het schema dat uit de theorie is gehaald kan vergelijken worden met de observatielijst LECS in hoofdstuk 1.3. Veel van de kenmerken zijn niet (meer) van toepassing op deze casus. Een overeenkomst is de teruggetrokkenheid. Mevr. onderneemt wel dingen, maar in een groep is mevr. teruggetrokken. Mevr. reageert bijna niet in de groep. Alleen wanneer haar wat gevraagd wordt.

Mevr. is niet inactief. Mevr. gaat namelijk veel te wandelen. Het symptoom besluiteloosheid doet me denken aan de eerste keer in de zaal met deze mevr. Mevr. kreeg de opdracht om iets uit te zoeken waar ze zin in had. Mevr. kon niks verzinnen en was besluiteloos, 'alles is leuk'. Mevr. is niet spraakzaam, maar dat kan ze haar hele leven ook al zijn geweest. Of hierin een verandering heeft plaatsgevonden is moeilijk te stellen. Tijdens het teamoverleg, klinken er geluiden dat mevr. zich meer gaat mengen in gesprekken en dus spraakzamer wordt. Hieruit zou geconcludeerd kunnen worden dat mevr. wat losser in haar vel komt te zitten en wat meer zichzelf mag zijn. Nog verder redenerend zou hieruit gesteld kunnen worden dat mevr. voor haar depressie wel spraakzaam was. Dus het niet-spraakzame van mevr. kwam door de depressie en is geen karaktereigenschap.

Al met al zou uit bovenstaande geconcludeerd kunnen worden, dat mevr. in ieder geval geen ernstige depressie meer heeft. Over het algemeen laat mevr. weinig symptomen zien van de depressie. Het is lastig om een scheiding te maken tussen mevr. haar karakter en de stoornis. Op eerste gezicht lijkt mevr. stil en teruggetrokken en is ze niet bepaald spraakzaam. In hoeverre mevr. dit ook al was voor haar opname is niet bekend. Het lijkt in ieder geval niet alsof mevr. nog erg veel last van haar depressie ondervindt. Maar juist meer last ondervindt van haar hoofdbonzen en daar somber en inactief van wordt.

Er kan een samenhang zijn tussen haar depressie en de hoofdbonzen waar mevr. over klaagt. Het één zou voort kunnen komen uit het ander. Maar dat is giswerk en kan niet met zekerheid gesteld worden. Het één kan ook een versterkende factor zijn voor het ander. Wanneer mevr. zich somberder voelt, kunnen de hoofdbonzen erger zijn. Andersom kan ook: wanneer de hoofdbonzen op de voorgrond staan, kan mevrouw zich slechter voelen en lusteloos. Over het algemeen is bekend dat wanneer je lichamelijk niet lekker in je vel zit, dit zijn weerslag heeft op het psychische gestel. En andersom geldt dit ook.

Terugkomend op de attributietheorie. Mevr. S. attribueert extern. Wat betreft de depressie is dit gunstig, omdat mevr. in ieder geval dus niet intern attribueert, hetgeen depressief zou kunnen maken. Extern attribueren wil zeggen dat je oorzaken voor gebeurtenissen of klachten buiten jezelf neerlegt. Het ligt dus aan externe factoren. Dit is een symptoom dat past bij psychosomatiek. Daarover meer in Hf. 3.

Concluderend kan wel gesteld worden dat mevr. S. in ieder geval geen ernstige depressie meer heeft. In dat geval zou de behandeling zich moeten richten op de depressie. Dus op stemmingsverbetering. Bij een ernstige depressie wordt over het algemeen nog niet gekeken naar onderliggende oorzaak voor de depressie. Bij mevr. S. luidt de diagnose: een lichte depressie. Het is lastig te stellen wat nou symptomen zijn die bij de (lichte) depressie kunnen horen. Aangezien sommige symptomen ook overeen kunnen komen met die van psychosomatiek. Daarover meer in Hf. 3. Daarnaast kunnen sommige 'symptomen' ook karaktereigenschappen zijn van mevr.

De behandeling bij deze mevr. richt zich in ieder geval niet alleen op de depressie, maar zal verder (dieper) gaan. Op zoek naar de onderliggende problematiek, wat vermoedelijk de oorzaak voor de depressie is geweest. Hierover meer in Hf. 3.



Hf. 3. Psychosomatiek.

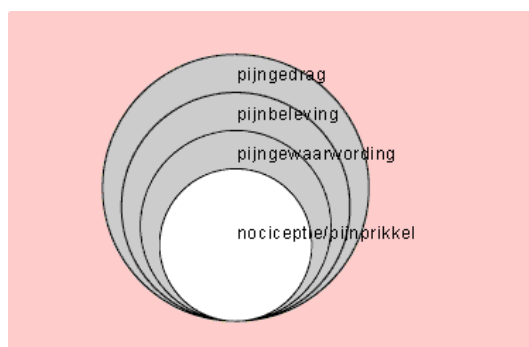
In de casus wordt naast een lichte depressie ook gesproken over het vermoeden van psychosomatiek. Het vermoeden is dat de klachten van mevr. S., haar hoofdbonzen, geen lichamelijke oorsprong heeft en dus wordt veroorzaakt door psychosociale problemen. Dit hoofdstuk gaat over het ontstaan en in stand blijven van psychosomatische klachten. Wat wordt er verstaan onder psychosomatische klachten? Hoe kan psychosomatiek verklaart worden? En waarop kan de behandeling zich richten bij psychosomatische problematiek? De informatie in dit hoofdstuk is voornamelijk afkomstig uit het boek: 'Handboek Psychosomatiek' van Kees Meijer. Bij een andere bron volgt een voetnoot.

3.1. Theorie over psychosomatische problematiek.

Pijn is en blijft een raar verschijnsel. Hoe kan het dat mensen pijn voelen, maar er geen oorzaak voor gevonden kan worden? In de theorie is er veel informatie te vinden over de werking van het lichaam, over gewaarwording van pijnprikkels en het nut ervan.

Pijn is een natuurlijk beschermingsmechanisme. Een noodzakelijk waarschuwingssignaal dat ons erop attent maakt dat er iets niet goed gaat in het lichaam en dat ons ervoor behoedt om risico's te lopen. Bijv. je hand branden aan een hete pan wordt voorkomen, doordat de pijnprikkel rechtstreeks naar de hersenen gaat, die gelijk reageert met een signaal om de pan gelijk los te laten.

Wat is pijn nou eigenlijk? Loeser, een Amerikaanse pijnspecialist, stelde een klassiek model op over pijn en pijnbeleving. Genoemd het model van Loeser, zie afb. 1⁶.



Afb. 1: Model van Loeser.

Allereerst is er de pijnlijke prikkel, de nocicepsis. Vervolgens ontstaat er pijn. Dit wordt gevolgd door het 'lijden aan pijn' en de omzetting van dit lijden in gedrag. Loeser gaf dit weer in cirkels van verschillende grootte. Zo kan de pijnprikkel een heel klein cirkeltje zijn en het gedrag heel groot. Ook het omgekeerde kan voorkomen⁷.

Bij mevr. S. ga ik er vanuit dat de pijn die ze ervaart wel degelijk aanwezig is. Het kan zijn dat de pijn prikkel op zich niet heel groot is en een klein cirkeltje is in het model van Loeser. Maar dat het pijngedrag of de gewaarwording ervan een hele grote cirkel is bij mevr. S.

In onze westerse maatschappij wordt pijn meestal gezien als een fysieke verstoring. Als de pijn aanhoudt en niet (meer) toegeschreven kan worden aan lichamelijk disfunctioneren, de pijn van buiten niet zichtbaar is en het verloop zeer wisselend is, of er geen lichamelijk oorzaak gevonden kan worden voor de pijn, ontstaat er een andere situatie. Zulke pijn kan chronische of a-specifieke pijn⁸ worden genoemd of er kan sprake zijn van psychosomatiek.

Hoe ontwikkelt een gewaarwording zich tot een klacht? Dit proces begint bij levensgebeurtenissen. 'stressful life events' zoals een overlijden, echtscheiding, gehandicapt raken, ontslag, ernstig ongeval of bijv. pensionering. Deze gebeurtenissen horen bij het leven en raken ons. Hoe we zo'n gebeurtenis beleven en hoe we erop reageren wordt bepaald door onze persoonlijke levensgeschiedenis en actuele levenssituatie.

Levensgebeurtenissen geven verlies of verandering, waaraan we ons moeten aanpassen. De stresstheorie vat levensgebeurtenissen op als stressvolle (pathogene) stimuli die van buitenaf op ons

⁶ Chronische pijn, Prof. Dr. W.W.A. Zuurmond, 1^e druk, 2001.

⁷ http://www.xs4all.nl~bondtje/pijn_zuurmond.htm.

⁸ Psychomotorische therapie voor mensen met chronische pijn, een methodisch raamwerk, Henriette van der Meijden – van der Kolk, Ruud Bosscher,



inwerken en aanpassing vereisen; als gedragsverandering faalt, dan kunnen zich stoornissen of sociaal deviant gedrag ontwikkelen. Ook langdurige of vaak voorkomende kleine frustraties ('daily hassles') kunnen problemen geven, evenals het niet voorkomen van verwachte gebeurtenissen ('non-events'). Een opeenstapeling van daily hassles blijkt zelfs tot meer klachten en stoornissen te leiden dan eenmalige stressvolle gebeurtenissen.

Levensgebeurtenissen zijn ingrijpend, maar onze copingstijl en cognitieve factoren bepalen of de gebeurtenissen leiden tot een crisis, aanpassingsproblemen of groei. Hoe we gebeurtenissen hanteren wordt bepaald door de levensgebeurtenissen zelf; door ervaringen met eerdere levensgebeurtenissen en de betekenis die ze hadden; door de manier waarop men er mee is omgegaan en of dat effectief was; door de historische, maatschappelijke en economische context; en door de huidige leefsituatie.

Hoe hanteren mensen hun problemen? Dit cognitieve en copingproces kent vier fasen. Te beginnen met een primaire beoordeling: hoe bedreigend is de gebeurtenis? De secundaire beoordeling: wat valt te doen? Fase drie is de coping zelf, het daadwerkelijk omgaan met de gebeurtenis en de laatste fase is de evaluatie.

Fase drie; probleemhantering wordt ook wel coping genoemd, 'a cognitive and behavioral effort to master, tolerate or reduces external and internal demands and conflicts among them'(Lazarus 1984). Mensen reageren verschillend op problemen of onplezierige gebeurtenissen. Dit wordt bepaald door de aard en ernst van de gebeurtenis, maar ook door de (aangeleerde) copingstijl. Sommige copingstijlen zijn effectiever dan andere. Hieronder een rijtje van copingstijlen in volgorde van effectiviteit volgens auteur Kees Meijer. Zie bijlage 2 voor een uitgebreide versie van copingstijlen.

- Actief het probleem oplossen
- Sociale ondersteuning zoeken.
- Lichamelijke en geestelijke ontspanning.
- Het uiten van emotie en irritaties.
- Geruststellende gedachten.
- Afwachten, vermijden, vluchten (niets doen)
- Depressief reageren.

Mevr. S. reageerde in eerste instantie depressief. Nu de depressie overwonnen lijkt te zijn, heeft mevr. S. een meer afwachtende en vermijdende houding aangenomen. Het streven bij mevr. S. is lichamelijke en geestelijke ontspanning. Om dit te kunnen bereiken zal mevr. S., volgens Kees Meijer, ook moeten oefenen met het uiten van emotie en irritaties. Hierover meer in Hf. 3.3.

Niet-effectieve coping kan leiden tot klachten. Klachten kunnen op veel manieren worden benoemd. Bij somatische ziekten ligt het vaak eenvoudig: je bent ziek of je bent het niet. De meeste ziekten zijn aantoonbaar. Bijv. kanker of de ziekte van Pfeiffer.

Bij psychosomatische klachten ligt het ingewikkelder. Zij zijn moeilijk objectief aan te tonen en niet (soma)sch te verklaren. Bij klachtbenoeming kunnen we een onderscheid maken in objectief aantoonbare symptomen en ziekte (ziek zijn), de subjectief ervaren klachten: de klachtbeleving (zich ziek voelen) en sociale klachtgedrag. Tussen een ziekte hebben, je ziek voelen en je ziek gedragen zit vaak een wereld van onbegrip ('stel je niet aan'), strijd ('ik ben niet zielig'), overtuiging ('het is heel erg met me') en onderhandeling ('je hebt niets voor me over').

Gezondheid kan worden gedefinieerd als afwezigheid van ziekte of nog beter: *de aanwezigheid van somatisch, psychisch en sociaal welbevinden*.

Objectief ziek zijn is ongezondheid op organisch niveau. Subjectief ziek zijn is ongezondheid op het niveau van het individu. Het gaat om de perceptie van de eigen gezondheid, de ervaren gezondheid. Hierbij is het individu de laatste autoriteit: je bent zo gezond als je je voelt, en dat voel je alleen zelf. Ziektegedrag is ongezondheid op sociaal niveau: wat sociaal geaccepteerd en erkend is als ziektegedrag in de vorm van ziekteverzuim, bedrust, (zelf) medicatie en consumptie van gezondheidsvoorzieningen. Ziek of gehandicapt zijn is nog niet hetzelfde als zich ziek of gehandicapt voelen (de ervaren beperkingen). Een ziekte of handicap geeft vaak een grotere sociale afstand naar anderen en een stigma, terwijl veel zieken of gehandicapten zichzelf allerm minst ziek of ongezond voelen.

Ineffectieve klacht- en probleemhantering kan dus leiden tot allerlei vormen van klachtgedrag. Cliënten met psychosomatische klachten worden ook wel als volgt getypeerd:

- strebers, flinken, zwaarbelasten;
- starren, binnenvetters, ontkenners, rationaliseerders;
- niet-klagers, zich-wegcijferaars, onzekeren, angstigen
- wel-klagers, slachtoffers, vermoeienden, manipuleerders;
- praters-die-niet-luisteren, 'ja maar'-zeggers;



- rouwenden, miskenden, teleurgestelden, falenden;
- mensen die alles lijkt te 'overkomen', die altijd pech hebben;
- mensen met veel problemen, de hopelozen, de tragischen;
- de shoppers, die iedereen aflopen en overal al geweest zijn;
- mensen die altijd pijn hebben en waarbij niets helpt, enz...

Zij zijn veelal extern lottsbepaald: ze wijten hun klacht aan oorzaken buiten henzelf. Cliënten kunnen ingedeeld worden naar klachtgedrag in de volgende vijf groepen:

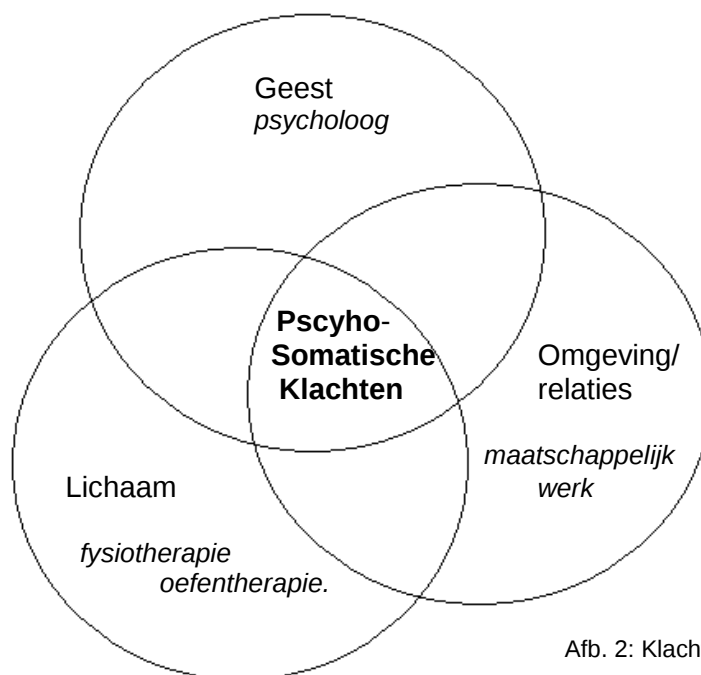
- Neurotische cliënten.
- Hypochondrische cliënten.
- Recidivisten en shoppers.
- Cliënten met somatopsychische klachten
- Multiprobleem-clieënten.

Mevr. S. uit de casus zou ingedeeld kunnen worden bij de cliënten met somatopsychische klachten. Daarbij wordt vanuit gegaan dat er somatisch wel degelijk iets aan de hand is. De somatische klachten leiden tot psychosociale problemen. Bij mevr. S. zorgen de hoofdbonzen ervoor dat mevr. zich terugtrekt, minder sociale contacten heeft en vermijdingsgedrag vertoont.

Op dit moment is nog niet duidelijk of er daadwerkelijk een somatische oorzaak is voor de hoofdbonzen voor mevr. S. Ervan uitgaande dat er geen somatische oorzaak aanwezig is en de klachten dus psychosomatisch zijn, zou mevr. S. vallen onder de recidivisten en shoppers. Mevr. heeft zo ongeveer alle onderzoeken die er zijn al gehad. Ze is lichamelijk gefixeerd en altijd bezig met de klacht. De echte oorzaak voor haar klachten blijft buiten beeld.

Kenmerken van neurotische cliënten zijn: alles goed willen doen, eigen beleving/plezier ontkennen, weinig communicatief, passief, leven vaak in hun hoofd en denken in magische termen. Sommige van deze kenmerken zijn van toepassing op de casus. Maar mevr. S. is niet neurotisch en denkt niet in magische termen. Hypochondrische cliënten klagen veel en vragen veel aandacht voor hun klacht. Deze symptomen passen niet bij de casus. Mevr. S. hoor je namelijk niet klagen over haar pijn en vraagt er op directe wijze geen aandacht voor.

Bij psychosomatiek spelen meerdere factoren een rol, waarin de oorsprong van het gedrag gezocht kan worden. Psychosomatiek houdt zich bezig met de interactie tussen lichamelijke, psychische en sociale factoren die leiden tot klachten of deze in stand houden. Deze aspecten kunnen weergegeven worden in drie cirkels. Somatische ziekten kun je situeren in de lichaamsdierkel, psychische problemen in de psychische dierkel en conflicten in relaties of met de omgeving in de sociale dierkel. Deze cirkels overlappen elkaar. Daar waar deze cirkels elkaar overlappen, bevinden zich de psychosomatische 'klachten'. Voor het ontstaan van deze klachten en het in stand blijven spelen deze drie cirkels een rol. Ook de behandeling zal zich op alle drie de cirkels moeten richten. Maar daarover in het volgende hoofdstuk meer.



Afb. 2: Klachtcirkels⁹.

⁹ Handboek Psychosomatiek, Kees Meijer, 2009, 4^e druk, eerste oplage.



Lichamelijke ziekten zijn meestal goed te verklaren, een val geeft bijv. een gebroken been. Psychosomatische klachten zijn moeilijker te verklaren. Zij zijn vager en complexer, vaak chronisch en geïntegreerd in het karakter en de leefstijl van de cliënt. De klacht is voor de cliënt reëel, maar past niet in een bekend of erkend (medisch) verklaringsmodel: de klacht is onbegrepen. Hoe kunnen deze klachten dan toch verklaard worden? Kees Meijer geeft in zijn boek een aantal verklaringsmodellen.

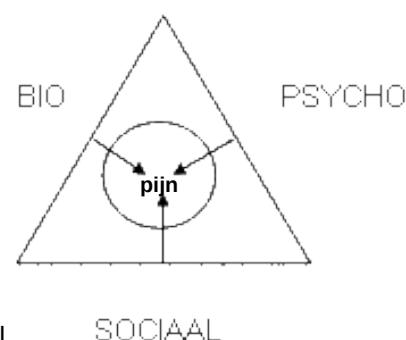
In het verleden dacht men anders over de relatie tussen lichaam en geest dan tegenwoordig. Bij de klassieke Grieken groeiden lichaam en geest uit elkaar en waren onderworpen aan eigen wetten. Homerus verklaarde emoties via het ingrijpen van goden. Kwaad worden was het werk van de 'wrokgodin'. Christus introduceerde het persoonlijk zondebesef en verklaarde ziekten als straf van God, als gevolg van een zondig leven.

In de eeuwen daarna werd de geest steeds meer heerser over het lichaam, treffend verwoord door Descartes (1596-1650): cogito ergo sum (ik denk dus ik ben).

Freud formuleerde de eerste psychosomatische theorie. Zijn psychoanalyse stelde dat een mens 'lijdt' aan zijn karakter. Volgens deze visie is er een direct verband tussen karaktertype en klacht.

Pavlov onderzocht de fysiologische basis van emoties, en benadrukte het belang van conditionering en leerprocessen. Emoties en klachten beschouwde hij als geconditioneerde responsen.

Na de tweede wereldoorlog kwam het behaviorisme opzetten in Europa. Volgens Holmes (1967) en Rahe (1974) is er een direct verband tussen het optreden van ingrijpende levensgebeurtenissen: stressfull life events, en het optreden van klachten. Al snel bleek de term 'psychosomatiek' misleidend. Naast psychische factoren spelen ook sociale factoren een rol bij het ontstaan en voortduren van lichamelijke klachten. Het bio-psycho-sociaal model werd ontwikkeld. Zie afbeelding hiernaast.



Tegenwoordig bestaan er verschillende theorieën en verklaringsmodellen over het ontstaan en voortbestaan van psychosomatische klachten. Geen enkele afzonderlijke theorie heeft het alleenrecht klachten te verklaren. Wel vullen ze elkaar aan tot een totaalbeeld. In het kort worden deze theorieën besproken.

Bij de medische theorieën wordt uitgegaan van de 'zwakke schakel-theorie', die uitgaat van (erfelijke) aanleg of ziektegevoeligheid. Deze zwakke plek bepaalt waar een klacht ontstaat.

Stresstheorieën zien klachten als signaal van disbalans tussen draaglast en de draagkracht van het individu. Een te hoge draaglast of te lage draagkracht geeft disbalans: te hoge en vaak chronische spierspanning en psychische spanning (Winnubst 1983).

Gedragstheorieën zien klachten als niet-effectieve en 'overdreven' reacties op omgevingsstimuli. Deze reacties zijn aangeleerd of blijven in stand onder invloed van consequenties van beloning en bestraffing. Deze reacties kunnen zo sterk worden ervaren dat zij de emotionele beleving gaan vervangen en leiden tot conditionerings- en leerprocessen die de klacht verder versterken.

Cognitieve theorieën zien psychosomatische klachten als het gevolg van verkeerd denken over zichzelf, stimuli of klachtresponsen.

Psychoanalytische theorieën en emotionele blokkadetheorieën gaan uit van het conflictmodel en vatten psychosomatische klachten op als afweer. De klacht wordt beschouwd als schreeuw om aandacht. Bio-energetische theorieën stellen dat afweer niet alleen psychisch is, maar zich ook in het lichaam weerspiegelt in spierspanningen (Reich 1949, Lowen 1991). Psychosomatische klachten worden gezien als lichamelijk ingehouden gevoelens, waardoor spieren (chronisch) verkrampen en klachten geven. De gestalttheorie ziet psychosomatische klachten als 'naar binnen geslagen' (geïntrojecteerde) en gesomatiseerde reacties

Uit bovengenoemde theorieën blijkt wel dat er verscheidene visies zijn op het ontstaan en in stand houden van psychosomatiek. Over het algemeen zeggen ze allemaal dat de klacht(en) te maken hebben met psychosociale factoren. Zie het psychosociaal model en de klachtcirkels.



3.2. *Behandeling van psychosomatische problematiek.*

Uit voorgaande literatuur is al gebleken dat psychosomatiek ingewikkeld en complex kan zijn. Psychosomatische klachten zijn vaak vaag, onduidelijk en subjectief. Cliënten met deze klachten zijn vaak 'moeilijke' gevallen. In dit hoofdstuk worden er richtlijnen gegeven voor de behandeling van psychosomatiek. Datgene wat blauw gekleurd is, heeft betrekking op mevr. S. uit de casus. De informatie in dit hoofdstuk is met name afkomstig uit het boek: Handboek Psychosomatiek van Kees Meijer.

Evt. behandeldoelen.

Er zijn veel factoren die een rol kunnen spelen voor het ontstaan en in stand houden van de problematiek. Waar richt je dan je behandeldoelen op? Dit verschilt natuurlijk per cliënt en zijn problematiek. Kees Meijer geeft in zijn handboek een globaal rijtje van behandeldoelen aan de hand van thema's die nagestreefd kunnen worden bij de behandeling van psychosomatiek. In dit hoofdstuk richt ik mij alleen op de behandeldoelen die passend zijn bij de casus. Voor een uitgebreide versie verwijst ik u naar bijlage 3. De thema's (in het kort) die aan de orde kunnen komen volgens Kees Meijer zijn:

- copingstijl (algemene doelen),
- lichamelijke conditie,
- **ontspanning en lichaamsbewustzijn,**
- **inzicht,**
- gevoelshantering en verwerking,
- probleemhantering, assertiviteit en integratie.

Bij mevr. S. is het kerndoel ontspanning vinden/ontspannen. Behandeldoelen die Kees Meijer hierbij noemt zijn:

- verbeteren van lichaamsbewustzijn, herkennen van lichaamssignalen en spanning.
- Leren ontspannen (lichamelijk en geestelijk) en leren genieten.
- Balans vinden tussen spanning en ontspanning, pauzes en rust inbouwen.

Daarnaast is het doel het inzicht vergroten van mevr. S. Subdoelen hierbij volgens Kees Meijer zijn:

- bieden van ziekte-inzicht en inzicht in de signaalwaarde van de klacht als 'rode lamp'.
- Inzicht bieden in de betekenis en functie van de klacht, in klachtgedrag.
- Verminderen van piekeren: gedachten tot rust brengen, positief en constructief denken, relativiseren.
- Bieden van een andere kijk of perspectief.

Wanneer de behandeldoelen concreet zijn, ga je daarmee aan het werk. Maar hoe kan je aan de slag met deze doelen? Kees Meijer heeft 10 gebieden opgesteld waarmee aan de slag gegaan kan worden in de therapie:

- | | |
|-----------------------------------|---|
| 1. werken aan gedrag, | 7. werken aan psychosociaal inzicht, |
| 2. werken aan ziekte-inzicht | 8. werken met metaforen, |
| 3. werken aan verlies, | 9. werken aan een gedragsalternatief, |
| 4. werken met paradoxen, | 10. werken met partner en gezin, |
| 5. werken aan lichaamsbewustzijn, | 11. werken met provocatie, |
| 6. werken aan ontspanning. | |

Bij mevr. S. is de behandeling met name gericht op de gebieden, zes en zeven.

Naast een overzicht van behandeldoelen en gebieden waarmee gewerkt kan worden, geeft de auteur nog methodes. Dit zijn methodes die je kunt hanteren in de therapie:

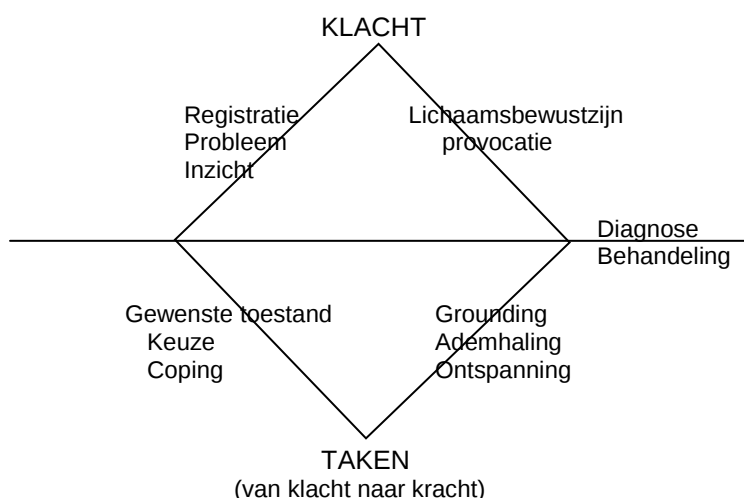
- inventariserende methoden,
- **probleemverhelderende methoden,**
- doelbepalende methoden,
- uitvoerende methoden,
- **lichaamsgerichte oefeningen.**

Voor de behandeling van mevr. S. heb ik gekozen voor probleemverhelderende methoden, om zo haar inzicht te vergroten in haar leefpatroon en copingstijl. Waarvoor staat haar klacht, de hoofdbonzen? Ook wel klachtetiket genoemd in de theorie. Inzicht krijgen en geven in factoren die de klacht oproepen en in stand houden (klachtcirkels), en hoe er mee om te gaan.



Daarnaast heb ik ook gekozen voor lichaamsgerichte oefeningen om zo te werken aan de doelstelling ontspanning. Kees Meijer spreekt in zijn boek over ontspanningsoefeningen als Autogene training en groundings oefeningen. Hierover meer in Hf. 3.3.

Bovengenoemd hoort bij het integraal model psychosomatische hulpverlening (IPH). Een schematische weergave ziet er als volgt uit:



Dit integratieve model is een overzicht van bovengenoemde informatie. Met dit model kun je de klacht in kaart brengen en kun je een keuze maken hoe je ermee aan de slag gaat in de therapie.

Bij mevr. S. is de klacht: hoofdbonzen. De behandeling zal zich richten op inzicht vergroten en daarbij ook het lichaamsbewustzijn vergroten. Bij de behandeling kun je vervolgens kijken hoe je deze doelen wilt bereiken. Hierover meer in Hf. 3.3.

Terugkomend op de klachtcirkels benoemd in Hf. 3.1. Met het doorbreken van de klachtcirkels ben je er nog niet. Een cliënt zal zijn 'oude' gedrag nooit zomaar opgeven zonder alternatief. Dus moet er in de behandeling ook een alternatief aangeboden worden hoe een cliënt met spanningen of klachten om kan gaan. Verder wordt er gesteld dat een ontspannen lichaamshouding leidt tot een ontspannen levenshouding en omgekeerd. Lichaam en geest zijn in balans. Klachten zijn signaal van disbalans en kunnen, als je ernaar luistert, hefboom worden naar betere probleemhantering en levenskwaliteit. Er zijn dus veel methodes die toegepast kunnen worden bij de behandeling van psychosomatiek. Afhankelijk van de problematiek en op welk je gebied je inspringt als therapeut.

Attitude therapeut.

Wat betreft de attitude van de therapeut wordt in de theorie ook het een en ander over gezegd bij de behandeling van cliënten met psychosomatiek. Rogers (1959) wijst op het belang van de helende relatie. In de naar hem genoemde rogeriaanse benadering creëert de therapeut door een open, eerlijke, belangstellende en empathische houding een sfeer van vertrouwen als basis voor een bevestigend contact over zaken die er echt toe doen. De rogeriaanse grondhouding wordt ook wel gezien als de basis van iedere therapie.

Kees Meijer stelt dat de therapeut kan werken met vier hulpverlenerrollen:

- **Vertrouwensfiguur.** Het accent ligt op het opbouwen van een vertrouwensband. Jouw belangstelling, acceptatie, respect en empathie stimuleren de cliënt tot een openhartig gesprek over dingen die er echt toe doen.
- **Mededeelzame detective.** Je exploreert samen met je patiënt somatische en psychosociale factoren die de klacht veroorzaken of in stand houden. Je onderzoekt en geeft vooral (somatisch en psychosociaal) inzicht.
- **Docent/adviseur.** Deze klassieke therapeutenrol blijft van belang. Je informeert en adviseert je cliënt vanuit jouw rol als deskundig en wat de cliënt somatisch en psychosociaal kan doen. Je geeft vooral informatie en advies.
- **Coach/begeleider.** Het accent ligt op het psychosociaal begeleiden van het proces van de cliënt; het geven van opdrachten en reageren op ervaringen.

In de zaal:

Bovengenoemde informatie is algemeen en voor elke therapeut beschikbaar. Maar hoe kan dit eruit zien bij de PMT bij de behandeling van mevr. S? Daarover meer in het volgende hoofdstuk.



3.3. Integratie theorie psychosomatiek t.a.v. de casus.

Hoe staat al deze informatie in relatie tot de casus. Het betreft een ingewikkelde casus. Deze mevr. wacht namelijk nog op een uitslag van een onderzoek die ze een aantal weken geleden heeft ondergaan. Een van de vele onderzoeken die mevr. in de afgelopen jaren al heeft ondergaan. Het kan dus nog zo zijn dat mevr. wel degelijk een lichamelijke oorzaak heeft voor haar klachten: hoofdbonzen. Als dit het geval is dan zou de casus richting chronische pijn kunnen gaan. Het zou zelf nog kunnen dan mevr. met een medische ingreep verlost zou kunnen worden van haar lichamelijke klachten. Maar in de theorie staat ook dat een lichamelijke oorzaak/ziekte kan zijn, naast de psychosomatische stoornis¹⁰. In dit hoofdstuk wordt dus uitgegaan van psychosomatische stoornis bij mevr. S. Volgens de theorie valt mevr. S. onder de recidivisten en shoppers. Mevr. heeft zo ongeveer alle onderzoeken die er zijn al gehad. Ze is lichamenlijk gefixeerd en altijd bezig met de klacht. De echte oorzaak voor haar klachten blijft buiten beeld.

Mevr. haar klacht is duidelijk: hoofdbonzen. Kijkend naar de klachtcirkel (afb. 2) zou gesteld kunnen worden dat de problematiek begonnen is met een klacht in de lichamelijke cirkel. Na een ongeval kreeg mevr. lichamelijke klachten: hoofdbonzen. Deze hebben invloed op de haar geest: stemmingswisselingen en op de omgeving/sociale contacten. De meeste sociale contacten zijn verwatert. Mevr. heeft weinig contact met haar omgeving. Het is lastig om te stellen waar nou de oorzaak precies ligt. Aangezien de klachten pas een half jaar na het ongeval opspeelden. Het kan ook zo zijn dat mevr. geestelijke problemen had: somber, niet zo lekker in haar vel. Dit kan een lichamelijke vertaalslag maken naar hoofdbonzen. De oorzaak kan ook nog gezocht worden in de sociale cirkel. Perikelen in het gezin kunnen tot klachten leiden. Het blijft dus gissen naar waar de oorzaak ligt. Volgens mevr. zelf is de oorzaak lichamenlijk. De behandeling zou zich kunnen richten op de lichamelijke cirkel.

In de theorie wordt gesproken over stressoren als mogelijke oorzaak voor psychosomatiek. Voorbeelden van een stressor kan volgens Holmes en Rahe (1967) een persoonlijke ziekte/letsel of pensionering zijn. Zo worden er nog meer voorbeelden genoemd, maar in het kader van de casus zijn die niet van belang. Mevr. had flink letsel opgelopen na het ongeval. Daarnaast zit mevr. op de pensioensleeftijd. Mevr. heeft geen baan meer. Mevr. was huisvrouw en zorgde altijd voor haar kinderen. Aangezien de kinderen uit huis zijn is die taak ook verdwenen en is mevr. haar rol in huis verandert. Dit zou een evt. stressor kunnen zijn. Mevr. is uiteindelijk met een depressie opgenomen op de gesloten afdeling.

Gesteld zou kunnen worden dat mevr. teveel stress ondervond en geen goed copingsmechanisme hanteerde voor deze spanningen. Mevr. reageerde in eerste instantie depressief. In die periode was dat haar copingsstijl. Voor een overzicht van copingsstijlen, zie bijlage 2. Nu hanteert mevr. een ander copingsmechanisme. Mevr. heeft nu een meer afwachtende en vermijdende houding aangenomen. Mevr. onderneemt weinig en laat alles afhangen van haar lichamelijke gesteldheid t.a.v. haar hoofdbonzen. Door haar copingsstijl blijft mevr. S. in haar klachtenpatroon zitten. het lijkt een soort vicieuze cirkel. Mevr. blijft activiteiten vermijden, daardoor weet ze niet of ze dergelijke activiteiten nog kan en of de klachten dan erger worden.

Bij mevr. S. is het kerndoel ontspanning vinden/ontspannen. Behandeldoelen die Kees Meijer hierbij noemt zijn:

- verbeteren van lichaamsbewustzijn, herkennen van lichaamssignalen en spanning.
- Leren ontspannen (lichamelijk en geestelijk) en leren genieten.
- Balans vinden tussen spanning en ontspanning, pauzes en rust inbouwen.

Daarnaast is het doel het inzicht vergroten van mevr. S. Subdoelen hierbij zijn, volgens Kees Meijer:

- bieden van ziekte-inzicht en inzicht in de signaalwaarde van de klacht als 'rode lamp'.
- Inzicht bieden in de betekenis en functie van de klacht, in klachtgedrag.
- Verminderen van piekeren: gedachten tot rust brengen, positief en constructief denken, relativeren.
- Bieden van een andere kijk of perspectief.

In de theorie wordt gesteld dat een ontspannen lichaamshouding leidt tot een ontspannen levenshouding en omgekeerd. Dit is ook het uitgangspunt van de behandeling bij mevr. S. Eerst ontspanning vinden en ervaren. Vervolgens kijken naar oorzaken en gevolg van haar klachtetiket.

¹⁰ Psychiatrie, van diagnose tot behandeling, 2^e herziene druk, W. Vandereycken, R. van Deth



Kees Meijer noemt elf gebieden waarmee aan de slag gegaan kan worden in de therapie. Bij mevr. S. is de behandeling met name gericht op de gebieden, zes en zeven: werken aan ontspanning (lichaamsbewustzijn) en werken aan biopsychosociaal inzicht (en ziekte-inzicht).

Te beginnen met werken aan ontspanning. Bij psychosomatische klachten is vaak ontspanning geïndiceerd. Ontspanning betekent o.a. dat je spanningen die oplopen beter kunt hanteren: ontspanning vermindert stress- en pijnklachten. Kees Meijer spreekt in zijn boek over ontspannings-oefeningen als autogene training en groundings oefeningen.

Mevr. S. heeft aangegeven dat ze niet kan ontspannen bij ontspanningsoefeningen als Jacobson of autogene training. Daarom heb ik voor een andere insteek gekozen, namelijk ontspanning door inspanning. Mevr. geeft aan dat ze tijdens bewegen geen last heeft van haar hoofdbonzen en een ontspannen gevoel krijgt. Dit maakt PMT onder andere ook zeer geschikt voor mevr. S. Bij Mevr. S. zorgt inspanning dus voor ontspanning. Inspannen is een sterke kant van mevr. S. Hieruit haalt mevr. nieuwe energie en voelt ze zich goed bij. Mevr. S. kan zo het verschil tussen spanning en ontspanning ervaren. Bij de PMT doen we dit eerst aan de hand van tennis.

De therapie is gericht op ontspanning, maar daarbij wordt mevr. haar lichaamsbewustzijn ook vergroot. Daarop richt ik de therapie niet, omdat mevr. weinig contact met haar lijf heeft. Mevr. vindt het moeilijk om haar gevoelens en gedachten te verwoorden. Dit kan een onvermogen zijn van mevr., maar het kan ook vermijding zijn. Wanneer dit een onvermogen is, waar ik vanuit ga, is het geen goed idee om de therapie daarop te richten. Over het algemeen is het bekend dat ouderen moeilijk bij hun gevoel komen. Het is de generatie: doorgaan en niet klagen. Het doel van de behandeling is o.a. mevr. op haar sterke kanten aanspreken. Door de focus te leggen op lichaamsbewustzijn, kan mevr. tegen een onvermogen oplopen. Dit kan voor extra spanning zorgen. Door de focus te leggen op ontspanning kan er indirect ook gewerkt worden aan lichaamsbewustzijn, zonder dat daar de focus op ligt.

Wanneer ontspanning 'behaald' is voor mevr. S. verlegt de focus van de therapie zich meer naar het werken aan biopsychosociaal inzicht en ziekte-inzicht. Dit kan voor extra spanning zorgen, daarom is het belangrijk om na deze spanning weer ontspanning op te zoeken om zo ontspannen de zaal te verlaten. Bijv. door af te sluiten met een potje tennis tegen de muur of tegen elkaar.

Werken aan biopsychosociaal inzicht staat niet los van werken aan ontspanning. Het kan zijn dat er op het sociale vlak problemen zijn, waardoor ontspannen moeilijk is of spanning snel terugkomt. Daarom is het belangrijk om die problemen boven water te krijgen. Bij psychosomatische klachten zijn twee soorten inzichten van belang: psychosociaal inzicht en psychologisch zelfinzicht (ziekte-inzicht). Centraal hierbij staat mevr. S. in haar context, sociale klachtcirkels (afb. 2) en klachthantering. Wat inzicht precies is, staat beschreven in bijlage 5.

Clënten met psychosomatische klachten hebben vaak een cognitieve houding. Zijn negeren situationele signalen en fixeren zich op hun lichaamssignalen en klachten. Cognitieve factoren in de vorm van gedachten en gevoelens spelen bij het ontstaan en voortbestaan van psychosomatische klachten een belangrijke rol. Gespannen verwachtingen, gefixeerde aandacht, fatale interpretatie en vermeend controleverlies kunnen ertoe leiden dat de cliënt zich steeds ellendiger, zieker en hulpelozier gaat voelen en dat zijn klachten verergeren. Zo raakt een cliënt in een vicieuze cirkel en raakt hij steeds sterker lichamelijk gefixeerd. De echte oorzaak, bijv. problemen op het werk of in het gezin, verdwijnen steeds meer uit de aandacht.

Door te werken aan biopsychosociaal inzicht verwacht ik in het inzicht van mevr. S. te vergroten. Hierbij gaat het om inzicht in haar leefpatroon en haar gedrag. Hoe ziet dat er nu uit? Inzicht in gedachten en gevoelens die haar klacht in stand kunnen houden. Inzicht in de oorzaak en functie krijgen van de klacht; hoofdbonzen. Bij de PMT ga ik hierbij gebruik maken van lichaamsgerichte oefeningen en probleemverhelderende methoden.

Voor de behandeling van mevr. S. heb ik dus gekozen voor lichaamsgerichte oefeningen om zo te werken aan de doelstelling ontspanning. Dit houdt in met name fysiek bezig zijn, bijv. tennissen, maar ook badminton of speedminton zijn uitstekende middelen om mee aan de slag te gaan. Dus geen ontspanningsoefeningen, zoals autogene training.

Daarnaast heb ik gekozen voor probleemverhelderende methoden, om het inzicht van mevr. S. te vergroten. Hierbij gaat het om inzicht in haar leefpatroon en copingstijl. Waarvoor staat haar klacht, de hoofdbonzen? Ook wel klachtetiket genoemd in de theorie. Inzicht krijgen en geven in factoren die de klacht oproepen en in stand houden (klachtcirkels), en hoe er mee om te gaan. Met deze methode wil ik haar inzicht geven in haar klachtcirkel. In deze cirkels kunnen we de drie gebieden scheiden en vervolgens kijken naar wat dit te maken kan hebben met haar hoofdbonzen. Dus haar lichamelijke



klacht is hoofdbonzen. Daarnaast kijken we naar het sociale aspect. Hoe ziet dat eruit en wat zou ze misschien willen veranderen? Dit doen we eerst aan de hand van een vragenlijst, zie bijlage 6. Deze vragenlijst maakt duidelijk wat de klachten kunnen zijn. Dit is een vragenlijst die mevr. S. eerst zelf mag invullen. Bij de PMT spreken we deze vervolgens door. Hierbij kijken we of mevr. overal een antwoordt op heeft kunnen geven en of er opvallende punten tussen zitten. deze vragenlijst bied zowel mij als therapeut, meer inzicht in het gedrag van mevr. S., maar ook voor mevr. S. kan deze lijst inzicht bieden. Door mevr. S. inzicht te bieden in haar leefpatroon, omgang met klacht etc. hoop ik dat ze haar leefpatroon aan gaat passen. Dus van vermijdende en afwachtende houding gaat naar een actieve, maar ook ontspannen houding. In bijlage 8 staat de vragenlijst: werken aan inzicht. Ook deze draagt bij aan het verhelderen van mevr. haar copingsstijl, leefpatroon etc. Deze lijst is meer een check voor mij als therapeut en komt overeen met de vragenlijsten in bijlage 6 en 7.

Bij de PMT wil ik de doelstellingen bereiken door te werken met vragenlijsten (bijlage 6, 7 en 8). Alleen bijlage 6 is voor de cliënt relevant. Mevr. S. zal deze in moeten vullen. De vragenlijsten in bijlage 7 en 8 zijn een soort check voor mij als therapeut om te kijken of ik 'alles' weet van mevr. wat mogelijk in verband staat met haar klachten.

Daarnaast werken aan ontspanning door te tennissen. Mevr. S. haar sterke kanten aanspreken. Haar laten ervaren dat je ondanks inspanning ook ontspanning kunt ervaren. Hiermee ook haar cognities aanpakken. Mevr. S. de ervaring laten opdoen dat inspanning, ontspanning geeft en dus niet per definitie de klacht erger maakt. Deze cognitie veranderen in: als ik mij ga inspannen, dan voel ik mij ontspannen en krijg ik een positief gevoel over mezelf.

Het inzicht vergroten wil ik dus o.a. doen aan de hand van vragenlijsten. Zo het klachtetiket helder maken. Bij de PMT gaan we vervolgens aan de slag met thema's in de zaal, zoals grenzen aangeven of hulp vragen. Voor oefeningen zie bijlage 1. Aan de hand van deze oefeningen een transfer maken naar het dagelijks leven van mevr. S. Hoe gaat zij dan om met bijv. grenzen aangeven. Vervolgens kijken hoe dit in verband kan staan met haar hoofdbonzen. Het kan zo zijn dat mevr. het moeilijk vindt om haar grenzen aan te geven. Dit kan voor extra spanning zorgen. Met als resultaat dat haar klacht verergert. Daarbij ook oefenen met ander gedrag. Wanneer mevr. S. helder heeft wat ze wil en hoe ze misschien wil veranderen, dan kan er geoefend worden met nieuw gedrag. Bijv. het thema hulp vragen. Tijdens de observatieperiode kwam naar voren dat hulp vragen moeilijk is voor mevr. Wanneer mevr. hier iets mee zou willen, dan kan daar bij de PMT aandacht aan geschonken worden. Het kan namelijk zo zijn dat hulp vragen moeilijk is voor mevr. en dat dit extra spanning geeft. Deze extra spanning kan weer voor extra hoofdbonzen zorgen. Dus haar klacht verergeren.

Hoe ziet de attitude er dan uit van de therapeut. Welke houding van de therapeut zal bij mevr. S. voor verandering zorgen en kan bijdragen aan het vergroten van het inzicht van mevr. S? De basishouding kan die van Rogers zijn. Dus een open, eerlijke, belangstellende en empathische houding. Hiermee creëer je een sfeer van vertrouwen als basis voor een bevestigend contact over zaken die er echt toe doen.

Daarbij regelmatig onderwerpen samenvatten en herhalen wat een cliënt zegt, om zo duidelijk te krijgen wat mevr. S. bedoelt of wil zeggen. Psychosomatische cliënten staan erom bekend 'vaag' te zijn. Verder veel teruggeven wat ik zie aan lichaamssignalen bij mevr. S. Mevr. is zich namelijk niet bewust van deze lichaamssignalen. Door ze hardop te benoemen en te checken bij mevr. kan haar lichaamsbewustzijn vergroot worden.

Cliënten met psychosomatische klachten staan er ook om bekend vermijdend te zijn en te externaliseren. Als therapeut is dit goed om te weten en dus niet te meegaan op te stellen. Zo krijgt de cliënt namelijk de kans om belangrijke (gevoelige) onderwerpen te blijven vermijden en kan de klacht niet goed aangepakt worden. Een directieve, ondersteunende houding zou hierbij meer op zijn plaats zijn. Waarbij de cliënt wel ruimte krijgt voor eigen inbreng, maar daar waar nodig gestuurd en geconfronteerd wordt door de therapeut.



Hf. 4. Welke visie past bij de casus?

In de voorgaande hoofdstukken is de casus toegelicht en verdiept met behulp van de theorie. Wat zegt dit nou eigenlijk over een eventuele benaderingswijze om als therapeut toe te kunnen passen in de zaal. Gedurende de opleiding hebben we theorie¹¹ gehad over verschillende manieren van benaderen. In dit hoofdstuk worden deze beschreven. Er zijn zes verschillende benaderingen. In dit hoofdstuk worden deze benaderingen toegelicht. Daarbij wordt gekeken hoe de benadering zou kunnen passen bij deze casus of waarom deze benadering juist niet gepast is. Op basis van deze informatie volgt een conclusie waarin een aanbeveling wordt gedaan welke benaderingswijze het beste aan zou kunnen sluiten bij de behandeling deze cliënt.

4.1. De psychodynamische benadering.

De belangrijkste gemeenschappelijke visie van deze benadering is dat mensen onbewuste gedachten en gevoelens hebben die hun huidige gedrag bepalen zonder dat men zich daarvan bewust is. Bij deze benadering gaat men 'terug' naar ervaringen uit het verleden die deze gevoelens hebben veroorzaakt. Door een herbeleving van de ervaring worden de gevoelens bespreekbaar gemaakt en kunnen ze beter verwerkt worden.

Men gaat ervan uit dat in de vroege ontwikkeling, in de kindertijd iets mis moet zijn gelopen, waardoor iemand op latere leeftijd klachten ontwikkelt. Uit de casuïstiek van deze casus kan dit niet opgemaakt worden. Naar eigen zeggen, heeft mevr. een fijne jeugd gehad. De oorzaak voor haar problematiek zouden niet te herleiden zijn op haar verleden. Voor deze casus hoeft men ook niet zo ver terug te gaan in het verleden. Aangezien haar problemen zo'n zes jaar geleden zijn begonnen.

Volledig onbruikbaar is deze benadering ook weer niet. Het interactioneel model is één van de vier modellen die zijn ontworpen bij deze benadering. Dit model legt de nadruk op problematische conflicten tussen mensen. Men kijkt meer naar interpsychische problemen dan naar intrapsychische problemen. Het is goed om dit mee te nemen bij deze casus. In plaats van alleen op de intrapsychische problemen te richten, ook te kijken naar het sociale aspect. Wat voor rol speelt de omgeving op de casus en wat voor invloed kan dit hebben op de problematiek?

De attitude van de therapeut kan bij deze benadering steunend, verzorgend en actief zijn, maar ook minder neutraal. Afhankelijk of het gaat om een steunende of ontdekkende therapie.

Deze benadering kan veel angst kan oproepen. De attitude sluit niet het beste aan bij deze casus.

Mevr. heeft een vermijdende kant. Wanneer de therapeut actief aan de slag is, zal mevr. hierop mee kunnen varen. Vanuit het oogpunt van de casus en het doel zou een directieve attitude meer aansluiten. Een attitude waarbij mevr. aan het werk gezet wordt. Daarbij is een steunende en inlevende attitude een goede aanvulling. Aangezien mevr. wel pijn ervaart.

4.2. De cognitief-gedragstherapeutische benadering.

De cognitief gedragstherapeutische benadering is een samengaan van twee stromingen: de behavioristische en de cognitieve. De cognitieve stroming beschouwt mensen als informatieverwerkende 'systemen'. Door ervaring en herinneringen bouwen mensen zogenaamde informatie-verwerkingsschema's op waarin nieuwe informatie wordt ingepast. De behavioristische stroming beschouwt elk menselijk gedrag als aangeleerd gedrag¹².

Het verbinden van een bepaalde gebeurtenis aan een bepaalde oorzaak wordt 'attributie' genoemd. Hierbij spelen verschillende processen een rol. Men kan iets intern (de oorzaak ligt bij jezelf) of extern (de oorzaak ligt buiten jezelf) attribueren. Een tweede afweging is of iets een stabiele (blijvend) of instabiele (tijdelijk) oorzaak heeft. Een derde attributieproces bepaald of men iets als globaal of specifiek waarneemt (zie Hf. 2.2.) Vanuit deze benadering wordt een stoornis beschouwd als een denk- en gedragsprobleem. De therapie richt zich op het veranderen van het denken en op het aanleren van of stimuleren tot nieuw gedrag.

Deze benadering sluit aan bij de casus. In hf. 2 is beschreven dat de attributietheorie een goede aanpak is bij een depressie. Daarbij kun je iets intern of extern attribueren. De mevr. uit de casus attributeert vooral extern. Voor uitleg zie hf. 2.3 over behandeling van een depressie.

Cognitieve gedragstherapie wordt zeer vaak ingezet en is in vele situaties succesvol gebleken. Er wordt gekeken naar de sterke kanten van de cliënt en daarbij enkele benodigde vaardigheden worden

¹¹ Zes psychologische stromingen en één cliënt, Alie Weerman, 1^e druk, 2006.

¹² Stromingen in de psychologie, William E. Glassman, Hans Geluk, 1^e druk, zevende oplage.



aangeleerd. Bij casus van dit onderzoek wordt ook beoogd de sterke kanten van deze mevr. aan te spreken, namelijk het bewegen. Bijkomend voordeel is dat deze benadering vooral inspringt op de gedachten. Bij deze casus is dat een betere ingang dan het gevoelsleven, waarmee ze weinig contact heeft. Via deze benadering kan het inzicht vergroot worden. Het doel van de onderzoeksvraag.

4.3. De cliëntgerichte benadering.

Deze benadering is een reactie op de psychoanalyse. De grondleggers Abraham Maslow en Carl Rogers gingen uit van het zelfgenezende vermogen van cliënten. Zij benaderen mensen met psychische klachten niet als 'zieken' zoals in de psychoanalyse wel het geval is. Maslow en vooral Rogers vonden dat tijdens de therapie niet zozeer allerlei zaken moesten worden aangeleerd of veranderd, maar dat de cliënten weer moesten worden geholpen hun eigen keuze te maken.

Dit is een benadering die normaal gesproken ook veel wordt toegepast in therapieland. Bij mevr. S. is de cliëntgerichte benadering niet de juiste benadering. De cliënt krijgt namelijk veel vrijheid om zijn eigen keuzes te maken. Mevr. S. maakt haar eigen keuzes wel, hierdoor lijkt ze in een soort vermijding te komen. Door zelf de keus te maken om dingen niet aan te gaan. Hierdoor blijft mevr. in hetzelfde patroon zitten, met dezelfde klachten en houdt ze zo de vicieuze cirkel in stand. Mevr. S. lijkt meer gebaat bij een meer directe aanpak, waarbij ze opdrachten krijgt en niet altijd zelf de keus kan maken.

4.4. De lichaamsgerichte benadering.

Deze benadering is ontwikkeld vanuit verschillende stromingen. De belangrijkste zijn de psychodynamische stroming en de cliëntgerichte stroming. Reick was een leerling van Freud en ontdekte dat mensen een spierspanning opbouwen als reactie op onverwerkte emoties. Hij noemde dit 'karakterpantsering'. Door ontspanning van het lichaam komen deze emoties vrij en kunnen tijdens de therapie verwerkt worden zonder dat opnieuw spierspanning wordt opgebouwd. Gendlin integreerde lichamelijke gevoelens in de cliëntgerichte benadering en werkte deze uit tot de experientiele therapie. Door zich op lichamelijke gevoelens te richten komt men beter in contact met zichzelf.

Mevr. S. houdt veel spanning vast. Een doel voor haar is de ontspanning te vinden. In dat opzicht zou deze benadering aan kunnen sluiten bij deze casus. Wil het niet dat dit beoogt zou moeten worden door op lichamelijke gevoelens te richten. In de casusbeschrijving is te lezen dat het gaat om een vrouw die weinig contact met haar lijf heeft. Ze is zich veelal niet bewust van haar lichamelijke spanningen of lichaamssignalen. Deze kan ze ook moeilijk tot niet onder woorden brengen. Vanuit dit opzicht is dit niet de juiste benadering voor deze casus. Je zou kunnen stellen dat het een onvermogen is van mevr. Ze kan namelijk moeilijk bij haar gevoel komen. Het hanteren van deze benadering zou op haar onvermogen stuiten en dus weinig verandering teweeg brengen. Over het algemeen is bekend dat ouderen zich minder bewust zijn van hun lichaamssignalen.

4.5. De systeemgerichte benadering.

De systeemgerichte benadering heeft als belangrijkste kenmerk dat er uitgegaan wordt van onderlinge relaties in groepen. De sociale werkers zijn hier altijd al op gericht. Zij benaderen vrijwel altijd mensen als onderdeel van een sociaal netwerk. Systeemgerichte benaderingen in de therapeutische praktijk zijn ontstaan uit de observaties in de klinische praktijken.

Deze benadering zou van toepassing kunnen zijn bij deze casus. Aangezien er voor een individueel traject is gekozen, is deze benadering op dit moment niet van toepassing. Dat wil niet zeggen dat de systemische component vergeten moet worden. In tegendeel juist. Zoals het bio-psychosociaal model ook weergeeft, is het sociale vlak vaak belangrijk bij cliënten met psychosomatiek. Vaak kan hier de oorsprong of de redenen voor het in stand houden van de klacht, worden gevonden.

Naast het individuele traject zouden er wel systeemgesprekken gestart kunnen worden. Normaal gesproken wordt bij GGZ Friesland het systeem ook zo snel mogelijk betrokken bij de behandeling, als dat nog niet gebeurt is. De man van mevr. S. is al wel uitgenodigd voor een gesprek, maar dit is er nog niet van gekomen. Bij de divisie ouderen worden deze gesprekken geleid door een psycholoog en niet door een systeemtherapeut. Verder stelt de theorie dat dit een benadering is die ervaring eist van de therapeut¹³.

¹³ Zes psychologische stromingen en één cliënt, Alie Weerman, 1^e druk, 2006.



4.6. De oplossingsgerichte benadering.

Steve de Shazer en Insoo Kim Berg hebben in de jaren tachtig van de vorige eeuw de oplossingsgerichte benadering ontwikkeld. Zij gingen voornamelijk uit van de theorie van Milton Erikson, die grote problemen had met psychiatrische etiketten die door diverse diagnose-instellingen werden opgeplakt. Naar zijn mening gingen mensen zich naar die diagnose gedragen. Deze benadering gaat ervan uit dat de cliënt de expert is en niet de therapeut. Een aantal aspecten van andere benaderingen zijn ook terug te vinden bij deze benadering. Net als de cliëntgerichte benadering gaat deze benadering uit van de ervaringen van de cliënt. De therapeut volgt het spoor van de cliënt. Een verschil met deze benadering is dat de oplossingsgerichte benadering directief werkt. De therapeut geeft soms gerichte opdrachten mee. Bij de cliëntgerichte benadering wordt de cliënt aangespoord om eigen keuzes te maken. Bij deze benadering wordt de keus soms juist gemaakt of beïnvloed door de therapeut, die bijv. een opdracht geeft die de cliënt moet uitvoeren.

De kern van de therapie is het goed gebruik maken van bepaalde gesprekstechnieken en een juiste houding van de therapeut. Het is in feite een specifieke vorm van communicatietherapie. Men veronderstelt dat door anders verwoorden van situaties deze situaties ook daadwerkelijk kunnen veranderen.

Deze benadering is vooral gericht op het verwoorden van situaties en hier andere woorden aan te geven. Daarmee zouden problemen opgelost kunnen worden. Bij deze casus zou deze benadering wel toegepast kunnen worden, maar zou daarmee niet afdoende zijn. Het gaat namelijk om het inzicht vergroten van de cliënt. Daarbij komt, dat mevr. S. verbaal wel goed is en daarmee heel makkelijk om het probleem heen praat. De directieve benadering die soms wordt toegepast bij deze benadering kan wel meegenomen worden bij de behandeling van deze casus.

4.7. Samenvatting en conclusie.

Naar aanleiding van bovenstaande theorie kan er geconcludeerd worden dat de cognitieve gedragstherapeutische aanpak het beste aansluit bij deze casus. Het doel van de onderzoeksvraag is het inzicht vergroten van de cliënt. De cognitieve gedragstherapeutische aanpak doet dit door bepaalde methodes, zoals de attributietheorie kan het gedrag en de cognities van mevr. S. in kaart gebracht worden. Aan de hand hiervan kan mevr. inzicht verwerven in haar leefpatroon. Belangrijk ook is dat er ingegaan wordt op de sterke kanten van de cliënt. Dat is ook wat in het behandelplan van mevr. S. wordt beoogd.

Cliënten met psychosomatische klachten hebben vaak een cognitieve houding. Zij negeren situationele signalen en fixeren zich op hun lichaamssignalen en klachten. Cognitieve factoren in de vorm van gedachten en gevoelens spelen bij het ontstaan en voortbestaan van psychosomatische klachten een belangrijke rol. Gespannen verwachtingen, gefixeerde aandacht, fatale interpretatie en vermeend controleverlies kunnen ertoe leiden dat de cliënt zich steeds ellendiger, zieker en hulpelozer gaat voelen en dat zijn klachten verergeren. Zo raakt een cliënt in een vicieuze cirkel en raakt hij steeds sterker lichamelijk gefixeerd. De echte oorzaak, bijv. problemen op het werk of in het gezin, verdwijnen steeds meer uit de aandacht¹⁴.

Tijdens de observatieperiode van Mevr. S. viel op dat mevr. cognitief is ingesteld. Mevr. rationaliseert veel. Door aan de slag te gaan met de cognities en deze te veranderen (zie Hf. 3.3) kan mevr. S. wellicht de vicieuze cirkel doorbreken.

Andere benaderingen zijn niet altijd volledig onbruikbaar en bezitten informatie waarmee ook aan de slag gegaan kan worden. Zo benoemd de psychodynamische benadering dat er ook gekeken kan worden naar interpsychische aspecten. Ook vanuit de systeemgerichte benadering kan dit meegenomen worden. Dus niet alleen kijken naar intrapsychische aspecten, maar ook een blik werpen op de omgeving van de cliënt. Wat voor rol speelt de omgeving bij de problematiek. Het kan bijv. bijdragen aan het in stand houden van de problematiek of het juist vergroten. Dit sluit aan op de theorie omschreven in hf. 3.1. Waarbij bij de behandeling niet alleen gekeken moet worden naar de lichamelijk klacht, maar ook naar de omgeving en het psychische stuk. Dit sluit aan bij de theorie uit Hf. 3, waaronder de uitleg van de klachtcirkels (afb. 2).

De directieve attitude die beschreven is bij de oplossingsgerichte benadering zou toegepast kunnen worden bij deze casus. Zoals al eerder beschreven, heeft mevr. S. vermijdende en aanpassende trekken. Door haar hierop te wijzen, kan ze zich hier bewuster van worden. Door haar eigen keuzes te laten maken, kan ze in deze vermijding en aanpassing blijven zitten.

¹⁴ Handboek Psychosomatiek, Kees Meijer, 2009, 4^e druk, eerste oplage.



Hf. 5. Samenvatting & Conclusie.

In dit hoofdstuk een antwoord op mijn onderzoeksvraag:

'Op welke manier kan PMT een bijdrage leveren aan de vergroting van het inzicht bij een (licht) depressieve cliënt met vermoedelijk psychosomatische problematiek?'

Dit wordt gedaan aan de hand van een casustypering. Om wat voor casus draait het? Een korte samenvatting van mevr. S. Vervolgens een antwoord op de vraag waarom PMT dé behandelvorm is voor deze casus. Welke visie vanuit de theorie past hierbij en hoe kan de behandeling vorm gegeven worden. Een opzet voor de PMT om een bijdrage te leveren aan het vergroten van het inzicht bij een (licht) depressieve cliënt met vermoedelijk psychosomatische problematiek.

Casustypering.

Afhankelijkheid, vermijdend, spanning, acceptatie. Het is een vrij complexe casus, wat het erg interessant maakt. Het betreft een oudere vrouw van 65 jaar. Over het algemeen is wel bekend dat ouderen al gevormd zijn door hun leven en daardoor moeilijk te veranderen zijn in hun gedrag. Verder is deze vrouw binnen gekomen met een depressie op de gesloten afdeling. Vanaf daar is ze naar de deeltijd gegaan, waar ze nu nog zit. Ze klaagt over lichamelijke klachten, hoofdbonzen, waarvoor nog geen somatische oorzaak gevonden is, maar waar nog wel onderzoek naar wordt gedaan. Mevr. is cognitief ingesteld. Rationaliseer en externaliseert zaken. Deze mevrouw kan getypeerd worden als een stugge, volharde vrouw, vandaar de titel: 'een harde noot om te kraken'. Daarnaast heeft mevr. een vermijdende en aangepaste kant.

Dus al met al een hele omvattende casus, die qua diagnostiek evt. ook nog een andere kant op kan gaan en dus ook qua behandeling, wanneer er wel een somatische oorzaak gevonden wordt voor mevr. haar klachten en hier ook een medische oplossing voor gevonden kan worden. In dit verslag is er vanuit gegaan dat mevr. haar klacht, psychosomatische.

Depressie.

In de onderzoeksvraag wordt gesproken over een lichte depressie en vermoedelijke psychosomatische stoornis. Geconcludeerd kan worden dat de depressie niet meer op de voorgrond staat. Wanneer dit wel het geval zou zijn geweest, zou de behandeling zich richten op de depressie en stemmingsverbetering. Uit het onderzoek kan geconcludeerd worden dat de stemmingswisselingen die mevr. nog wel heeft niet meer zo groot zijn, maar nog wel aanwezig zijn. Het is moeilijk om te zeggen wat deze stemmingswisselingen nou veroorzaakt. Is dat nog de onderliggende depressie of hoort dit bij de psychosomatiek? Lichamelijk klachten, zoals hoofdbonzen, kunnen ervoor zorgen dat je geestelijk ook niet meer in balans bent. Door de hoofdbonzen is er een disbalans ontstaan bij mevr. Vanuit de psychosomatische theorie zouden mevr. haar klachten als volgt gedefinieerd kunnen worden: de spanningen die mevr. vasthoudt, maken een vertaalslag in het hoofdbonzen.

Psychosomatiek.

Uit de literatuur is gebleken dat psychosomatiek ingewikkeld en complex kan zijn. Psychosomatische klachten zijn vaak vaag, onduidelijk en subjectief. Cliënten met deze klachten zijn vaak 'moeilijke' gevallen. Cliënten met psychosomatische klachten hebben vaak een cognitieve houding. Zij negeren situationele signalen en fixeren zich op hun lichaamssignalen en klachten. Cognitieve factoren in de vorm van gedachten en gevoelens spelen bij het ontstaan en voortbestaan van psychosomatische klachten een belangrijke rol. Gespannen verwachtingen, gefixeerde aandacht, fatale interpretatie en vermeend controleverlies kunnen ertoe leiden dat de cliënt zich steeds ellendiger, zieker en hulpelozier gaat voelen en dat zijn klachten verergeren. Zo raakt een cliënt in een vicieuze cirkel en raakt hij steeds sterker lichamelijk gefixeerd. De echte oorzaak, bijv. problemen op het werk of in het gezin, verdwijnen steeds meer uit de aandacht.

Gekeken is naar de oorzaken voor de problematiek van de casus. Hierbij werden drie (klacht)cirkels genoemd: lichaam, geest en omgeving/relaties. In deze cirkels kan de oorzaak gevonden worden voor het gedrag. Psychosomatiek is een complexe problematiek waarbij het vaak lastig is om de oorzaak terug te vinden. Dat geldt ook voor deze casus.

Oorzaak voor de hoofdbonzen zou het fietsongeval kunnen zijn. Volgens de theorie kan dit een stressor zijn geweest voor de psychosomatiek. Maar de oorzaak kan ook liggen in de omgevings/ relatiecirkel. Mevr. haar thuissituatie is verandert: kinderen zijn het huis uit, mevr. haar rol als huisvrouw is verdwenen, man is ook met pensioen en dus altijd thuis. Zowel pensionering als een fors opgelopen letsel kunnen stressoren zijn. Daarbij komt dat mevr. ouder wordt en niet meer hetzelfde kan als vroeger. Hoe ouder je wordt, hoe meer beperkingen je toch zult krijgen t.o.v. je verleden (in het geval



van deze casus). Mevr. is altijd erg sportief geweest en merkt nu dat ze niet meer dezelfde afstanden kan fietsen en ook niet meer kan hardlopen. De behandeling zou zich dus ook nog kunnen richten op acceptatie van ouderdom en beperkingen al dan niet door een ongeval opgelopen.

Haar man lijkt ook een belangrijk taak te vervullen ten aanzien van de onderzoeken en mevr. haar klachten. Hij is degene die erop toeziet dat zijn vrouw de onderzoeken krijgt en doet. Hij lijkt ook een steunende taak te vervullen voor zijn vrouw, een soort baken waar mevr. zich aan vast kan klampen. Maar binnen de relatie zijn er wel eens perikelen, waarbij de man het hoogste woord lijkt te hebben. Haar man kan dus ook een oorzaak zijn voor de spanningen van mevr. die haar vertaalslag kunnen maken in het hoofdbonzen. Mevr. zelf ziet geen verband tussen haar hoofdbonzen en spanningen die ze vasthoudt. Het systeem kan dus ook nog een belangrijk rol spelen in de klachthantering van mevr. Hierbij kan mevr. een emptiness syndroom hebben. Dit komt veel voor bij ouderen. De rol in het gezin verandert, rol als moeder valt weg. Er moet een nieuwe invulling gevonden worden. Vaak komen problemen binnen een relatie dan pas boven water.

Wat nou oorzaak en gevolg is, blijft giswerk. Feit blijft dat mevr. last ondervindt en daardoor beperkt wordt in haar dagelijkse leven. In de PMT kan gekeken/gezocht worden naar oorzaak en gevolg.

Verschillende visies.

In mijn onderzoek heb ik ook gekeken naar welke visie het beste aan zou kunnen sluiten bij de behandeling van psychosomatiek en dan met name bij mevr. S. Hieruit heb ik de conclusie opgemaakt dat de cognitieve gedragstherapeutische aanpak het beste aansluit bij deze casus. Het doel van de onderzoeksvraag is het inzicht vergroten van de cliënt. De cognitieve gedragstherapeutische aanpak doet dit door bepaalde methodes, zoals de attributietheorie (Hf. 2.2) kan het gedrag en de cognities van mevr. S. in kaart gebracht worden. Aan de hand hiervan kan mevr. inzicht verwerven in haar leefpatroon. Belangrijk ook is dat er ingegaan wordt op de sterke kanten van de cliënt. Dat is ook wat in het behandelplan van mevr. S. wordt beoogd.

Cliënten met psychosomatische klachten hebben vaak een cognitieve houding. Zijn negeren situationele signalen en fixeren zich op hun lichaamssignalen en klachten. Cognitieve factoren in de vorm van gedachten en gevoelens spelen bij het ontstaan en voortbestaan van psychosomatische klachten een belangrijke rol. Gespannen verwachtingen, gefixeerde aandacht, fatale interpretatie en vermeend controleverlies kunnen ertoe leiden dat de cliënt zich steeds ellendiger, zieker en hulpelozier gaat voelen en dat zijn klachten verergeren. Zo raakt een cliënt in een vicieuze cirkel en raakt hij steeds sterker lichamelijk gefixeerd. De echte oorzaak, bijv. problemen op het werk of in het gezin, verdwijnen steeds meer uit de aandacht¹⁵.

Tijdens de observatieperiode van Mevr. S. viel op dat mevr. cognitief is ingesteld. Mevr. rationaliseert veel. Door aan de slag te gaan met de cognities en deze te veranderen (zie Hf. 3.3) kan mevr. S. wellicht de vicieuze cirkel doorbreken.

Andere benaderingen zijn niet altijd volledig onbruikbaar en bezitten informatie waarmee ook aan de slag gegaan kan worden. Zo benoemd de psychodynamische benadering dat er ook gekeken kan worden naar interpsychische aspecten. Ook vanuit de systeemgerichte benadering kan dit meegenomen worden. Dus niet alleen kijken naar intrapsychische aspecten, maar ook een blik werpen op de omgeving van de cliënt. Wat voor rol speelt de omgeving bij de problematiek. Het kan bijv. bijdragen aan het in stand houden van de problematiek of het juist vergroten. Dit sluit aan op de theorie omschreven in hf. 3.1. Waarbij bij de behandeling niet alleen gekeken moet worden naar de lichamelijk klacht, maar ook naar de omgeving en het psychische stuk. Dit sluit aan bij de theorie uit Hf. 3, waaronder de uitleg van de klachtcirkels (afb. 2).

De directieve attitude die beschreven is bij de oplossingsgerichte benadering zou toegepast kunnen worden bij deze casus. Zoals al eerder beschreven, heeft mevr. S. vermijdende en aanpassende trekken. Door haar hierop te wijzen, kan ze zich hier bewuster van worden. Door haar eigen keuzes te laten maken, kan ze in deze vermindering en aanpassing blijven zitten.

Waarom PMT?

Er wordt van uitgegaan dat PMT dé manier is om aan de slag te gaan met de problematiek van deze casus. Waarom PMT en geen activiteitentherapie bijvoorbeeld? De casus betreft een sportieve mevrouw, die altijd veel gesport heeft. Bewegen sluit wat dat betreft aan bij het referentiekader van de casus. De casus kan getypeerd worden als een stugge, volharde vrouw, niet praten, maar doen. Dit maakt PMT geschikt als behandelvorm. De mevr. uit de casus is geen prater, maar een doener. Het ervaren lijkt meer aan te sluiten, dan alleen maar praten over onderwerpen. Aangezien mevr. ook niet

¹⁵ Handboek Psychosomatiek, Kees Meijer, 2009, 4^e druk, eerste oplage.



echt een 'prater' is. Bewegen is een sterke kant van mevr. Doel van de PMT is o.a. mevr. op haar sterke kanten aanspreken. In het bewegen kan mevr. ontspanning vinden. PMT is hier bij uitstek goed voor. Tijdens het bewegen kan gekeken worden naar mogelijke oorzaken voor de klacht en het in stand houden ervan.

Hoe kan de PMT vorm gegeven worden?

Bij mevr. S. is het kerndoel ontspanning vinden/ontspannen. Behandeldoelen die Kees Meijer hierbij noemt zijn:

- verbeteren van lichaamsbewustzijn, herkennen van lichaamssignalen en spanning.
- Leren ontspannen (lichamelijk en geestelijk) en leren genieten.
- Balans vinden tussen spanning en ontspanning, pauzes en rust inbouwen.

Daarnaast is het doel het inzicht vergroten van mevr. S. Subdoelen hierbij zijn, volgens Kees Meijer:

- bieden van ziekte-inzicht en inzicht in de signaalwaarde van de klacht als 'rode lamp'.
- Inzicht bieden in de betekenis en functie van de klacht, in klachtgedrag.
- Verminderen van piekeren: gedachten tot rust brengen, positief en constructief denken, relativeren.
- Bieden van een andere kijk of perspectief.

In de theorie wordt gesteld dat een ontspannen lichaamshouding leidt tot een ontspannen levenshouding en omgekeerd. Dit is ook het uitgangspunt van de behandeling bij mevr. S. Eerst ontspanning vinden en ervaren. Vervolgens kijken naar oorzaken en gevolg van haar klachtetiket. De aanname dat wanneer er meer ontspanning optreedt, mevr. S. zich in alle waarschijnlijkheid emotioneel meer kan uiten, is niet wetenschappelijk onderbouwd. Wat over het algemeen wel bekend is dat het moeilijk, pijnlijk en beangstigend kan zijn, wanneer je met jezelf aan de slag gaat.

Kees Meijer stelt in zijn boek dat een ontspannen lichaamshouding leidt tot een ontspannen levenshouding en omgekeerd. In mijn ogen is het makkelijker om je gevoelens te uiten, wanneer je lekker in je vel zit, dan wanneer je bijv. een ernstig depressie hebt en een emotionele blokkade zich voordoet. Het oefenen met het uiten van emoties is makkelijker wanneer je lekker in je vel zit. Zo ervaar ik het. Of dit voor anderen hetzelfde is, is nog maar de vraag natuurlijk.

Kees Meijer noemt elf gebieden waarmee aan de slag gegaan kan worden in de therapie. Bij mevr. S. is de behandeling met name gericht op de gebieden: werken aan ontspanning (lichaamsbewustzijn) en werken aan biopsychosociaal inzicht (en ziekte-inzicht).

Te beginnen met werken aan ontspanning. Bij psychosomatische klachten is vaak ontspanning geïndiceerd. Ontspanning betekent o.a. dat je spanningen die oplopen beter kunt hanteren: ontspanning vermindert stress- en pijnklachten. Kees Meijer spreekt in zijn boek over ontspannings-oefeningen als autogene training en grondings oefeningen.

Mevr. S. heeft aangegeven dat ze niet kan ontspannen bij ontspanningsoefeningen als Jacobson of autogene training. Daarom heb ik voor een andere insteek gekozen, namelijk ontspanning door inspanning. Mevr. geeft aan dat ze tijdens bewegen geen last heeft van haar hoofdbonzen en een ontspannen gevoel krijgt. Dit maakt PMT onder andere ook zeer geschikt voor mevr. S. Bij Mevr. S. zorgt inspanning dus voor ontspanning. Inspannen is een sterke kant van mevr. S. Hieruit haalt mevr. nieuwe energie en voelt ze zich goed bij. Mevr. S. kan zo het verschil tussen spanning en ontspanning ervaren. Bij de PMT doen we dit eerst aan de hand van tennis.

De therapie is gericht op ontspanning, maar daarbij wordt mevr. haar lichaamsbewustzijn ook vergroot. Daarop richt ik de therapie niet, omdat mevr. weinig contact met haar lijf heeft. Mevr. vindt het moeilijk om haar gevoelens en gedachten te verwoorden. Dit kan een onvermogen zijn van mevr., maar het kan ook vermijding zijn. Wanneer dit een onvermogen is, waar ik vanuit ga, is het geen goed idee om de therapie daarop te richten. Over het algemeen is het bekend dat ouderen moeilijk bij hun gevoel komen. Het is de generatie: doorgaan en niet klagen. Het doel van de behandeling is o.a. mevr. op haar sterke kanten aanspreken. Door de focus te leggen op lichaamsbewustzijn, kan mevr. tegen een onvermogen oplopen. Dit kan voor extra spanning zorgen. Door de focus te leggen op ontspanning kan er indirect ook gewerkt worden aan lichaamsbewustzijn, zonder dat daar de focus op ligt.

Wanneer ontspanning 'behaald' is voor mevr. S. verlegt de focus van de therapie zich meer naar het werken aan biopsychosociaal inzicht en ziekte-inzicht. Dit kan voor extra spanning zorgen, daarom is het belangrijk om na deze spanning weer ontspanning op te zoeken om zo ontspannen de zaal te verlaten. Bijv. door af te sluiten met een potje tennis tegen de muur of tegen elkaar.

Werken aan biopsychosociaal inzicht staat niet los van werken aan ontspanning. Het kan zijn dat er op het sociale vlak problemen zijn, waardoor ontspannen moeilijk is of spanning snel terugkomt. Daarom is het belangrijk om die problemen boven water te krijgen. Bij psychosomatische klachten zijn twee



soorten inzichten van belang: psychosociaal inzicht en psychologisch zelfinzicht (ziekte-inzicht). Centraal hierbij staat mevr. S. in haar context, sociale klachtcirkels (afb. 2) en klachthantering. Wat inzicht precies is, staat beschreven in bijlage 5.

Door te werken aan biopsychosociaal inzicht verwacht ik in het inzicht van mevr. S. te vergroten. Hierbij gaat het om inzicht in haar leefpatroon en haar gedrag. Hoe ziet dat er nu uit? Inzicht in gedachten en gevoelens die haar klacht in stand kunnen houden. Inzicht in de oorzaak en functie krijgen van de klacht; hoofdbonzen. Bij de PMT ga ik hierbij gebruik maken van lichaamsgerichte oefeningen en probleemverhelderende methoden.

Voor de behandeling van mevr. S. heb ik dus gekozen voor lichaamsgerichte oefeningen om zo te werken aan de doelstelling ontspanning. Dit houdt in met name fysiek bezig zijn, bijv. tennissen, maar ook badminton of speedminton zijn uitstekende middelen om mee aan de slag te gaan. Dus geen ontspanningsoefeningen, zoals autogene training.

Daarnaast heb ik gekozen voor probleemverhelderende methoden, om het inzicht van mevr. S. te vergroten. Hierbij gaat het om inzicht in haar leefpatroon en copingstijl. Waarvoor staat haar klacht, de hoofdbonzen? Ook wel klachtetiket genoemd in de theorie. Inzicht krijgen en geven in factoren die de klacht oproepen en in stand houden (klachtcirkels), en hoe er mee om te gaan. Met deze methode wil ik haar inzicht geven in haar klachtcirkel. In deze cirkels kunnen we de drie gebieden scheiden en vervolgens kijken naar wat dit te maken kan hebben met haar hoofdbonzen. Dus haar lichamelijke klacht is hoofdbonzen. Daarnaast kijken we naar het sociale aspect. Hoe ziet dat eruit en wat zou ze misschien willen veranderen? Dit doen we eerst aan de hand van een vragenlijst, zie bijlage 6. Deze vragenlijst maakt duidelijk wat de klachten kunnen zijn. Dit is een vragenlijst die mevr. S. eerst zelf mag invullen. Bij de PMT neme we deze vervolgens door. Hierbij kijken we of mevr. overal een antwoordt op heeft kunnen geven en of er opvallende punten tussen zitten. Deze vragenlijst bied zowel mij als therapeut, meer inzicht in het gedrag van mevr. S., maar ook voor mevr. S. kan deze lijst inzicht bieden.

Door mevr. S. inzicht te bieden in haar leefpatroon, omgang met klacht etc. hoop ik dat ze haar leefpatroon aan gaat passen. Dus van vermijdende en afwachtende houding gaat naar een actieve, maar ook ontspannen houding. In bijlage 8 staat de vragenlijst: werken aan inzicht. Ook deze draagt bij aan het verhelderen van mevr. haar copingstijl, leefpatroon etc. Deze lijst is meer een check voor mij als therapeut. Net als de vragenlijst in bijlage 7. Deze lijst is van toepassing op de klachtcirkels. De drie gebieden komen los van elkaar aan bod, waarna ze weer bij elkaar geschoven kunnen worden in een conclusie. De lijsten dienen ook als een soort verkennen, herkennen en erkennen van de klacht van mevr. Dit geldt ook voor de oefeningen die bij de PMT gedaan zullen worden. Waarin mevr. S. eerst zal gaan verkennen wat ze kan en hoe dat zal gaan op motorisch gebied bij de PMT. Vervolgens zoeken we in oefeningen de herkenning op. Bijv. een oefening met het thema assertiviteit, waarin mevr. zich naar alle waarschijnlijkheid zal aanpassen. Vervolgens maken we een transfer naar het dagelijks leven, bijv. haar gezin. Hoe zien we daar dit thema terug. Uit de observaties kwam eigenlijk al een beetje naar voren, dat mevr. zich makkelijk aanpast, ook aan haar man. Als mevr. dit herkent en ook erkent, kunnen we vervolgens de stap maken om met ander/'nieuw' gedrag te gaan oefenen.

Bij de PMT wil ik de doelstellingen dus o.a. bereiken door te werken met vragenlijsten (bijlage 6, 7 en 8). Alleen bijlage 6 is voor de cliënt relevant. Mevr. S. zal deze in moeten vullen. De vragenlijsten in bijlage 7 en 8 zijn een soort check voor mij als therapeut om te kijken of ik 'alles' weet van mevr. wat mogelijk in verband staat met haar klachten.

Daarnaast werken aan ontspanning door fysiek bezig te zijn, bijv. door te tennissen. Mevr. S. haar sterke kanten aanspreken. Haar laten ervaren en ontdekken dat je ondanks inspanning ook ontspanning kunt ervaren. Hiermee ook haar cognities aanpakken. Mevr. S. de ervaring laten opdoen dat inspanning, ontspanning geeft en dus niet per definitie de klacht erger maakt. Deze cognitie veranderen in: als ik mij ga inspannen, dan voel ik mij ontspannen en krijg ik een positief gevoel over mezelf.

Het inzicht vergroten wil ik dus o.a. doen aan de hand van vragenlijsten. Zo het klachtetiket helder maken. Bij de PMT gaan we vervolgens aan de slag met thema's in de zaal, zoals grenzen aangeven of hulp vragen. Voor concrete oefeningen zie bijlage 1. Aan de hand van deze oefeningen een transfer maken naar het dagelijks leven van mevr. S. Hoe gaat zij dan om met bijv. grenzen aangeven. Vervolgens kijken hoe dit in verband kan staan met haar hoofdbonzen. Het kan zo zijn dat mevr. het moeilijk vindt om haar grenzen aan te geven. Dit kan voor extra spanning zorgen. Met als resultaat dat haar klacht verergert.

Daarbij ook oefenen met ander gedrag. Wanneer mevr. S. helder heeft wat ze wil en hoe ze misschien wil veranderen, dan kan er geoefend worden met nieuw gedrag. Bijv. het thema hulp vragen. Tijdens de observatieperiode kwam naar voren dat hulp vragen moeilijk is voor mevr. Wanneer mevr. hier iets mee zou willen, dan kan daar bij de PMT aandacht aan geschonken worden. Het kan namelijk zo zijn dat hulp



vragen moeilijk is voor mevr. en dat dit extra spanning geeft. Deze extra spanning kan weer voor extra hoofdbonzen zorgen. Dus haar klacht verergeren.

Gewenste attitude van de therapeut.

Hoe ziet de attitude er dan uit van de therapeut. Welke houding van de therapeut zal bij mevr. S. voor verandering zorgen en kan bijdragen aan het vergroten van het inzicht van mevr. S? De basishouding kan die van Rogers zijn. Dus een open, eerlijke, belangstellende en empathische houding. Hiermee creëer je een sfeer van vertrouwen als basis voor een bevestigend contact over zaken die er echt toe doen.

Daarbij regelmatig onderwerpen samenvatten en herhalen wat een cliënt zegt, om zo duidelijk te krijgen wat mevr. S. bedoelt of wil zeggen. Psychosomatische cliënten staan erom bekend 'vaag' te zijn.

Verder moet je als therapeut veel teruggeven wat je ziet aan lichaamssignalen bij mevr. S. Mevr. is zich namelijk niet bewust van deze lichaamssignalen. Door ze hardop te benoemen en te checken bij mevr., kan haar lichaamsbewustzijn vergroot worden.

Cliënten met psychosomatische klachten staan er ook om bekend vermijdend te zijn en te externaliseren. Als therapeut is dit goed om te weten en dus niet te meegaan op te stellen. Zo krijgt de cliënt namelijk de kans om belangrijke (gevoelige) onderwerpen te blijven vermijden en kan de klacht niet goed aangepakt worden. Een directieve, ondersteunende houding zou hierbij meer op zijn plaats zijn. Waarbij de cliënt wel ruimte krijgt voor eigen inbreng, maar daar waar nodig gestuurd en geconfronteerd wordt door de therapeut.

Attitude van de therapeut is dus steunend-directief (confronterend). Mevr. mag niet de volle regie krijgen over haar behandeling, omdat de kans dan groot is dat mevr. in de vermindering en aanpassing blijft zitten. Belangrijk is wel dat mevr. aangeeft wat ze graag wil. Mensen met psychosomatiek hebben vaak een lage ik-sterkte. Om deze op te vijzelen kan het goed werken om mevr. de kans te geven eigen invulling te geven aan de behandeling. Waarbij dus wel opgepast moet worden dat mevr. niet in de vermindering schiet. Als therapeut kun je mevr. hiermee confronteren en zal zo nu en dan directief opgetreden moeten worden. Een steunende attitude is belangrijk. Mevr. voelt zich niet gezien door artsen, omdat zij hebben geconcludeerd dat 'het tussen de oren' zit. Als therapeut neem je wel aan dat mevr. de pijn wel degelijk ervaart en neem je haar daarin serieus. Voor een uitwerking van de zeven sessie, verwijs ik je naar bijlage 1, waarin deze is uitgewerkt.



Literatuurlijst.

American Psychiatric Association. (2001). *Beknopte handleiding bij de Diagnostische criteria van de DSM IV-TR*. Amersfoort: Drukkerij Wilco.

Bakker, J. (1998). *Is het psychisch? Hulp en advies als je je moe, down of in de war voelt*. Utrecht: Kosmos Z&K.

Bergsma, A., & Petersen, K. v. (1998). *Psychologie van A tot Z*. Utrecht: Spectrum.

Borysenko (1988). *Lichaam en bewustzijn. Werken aan herstel*. Amsterdam: Karnak.

Dethlefsen, T. & Dahlke, R. (1992). *De zin van ziek zijn. Signalen en betekenis van ziekten*. Ankh Hermes bv.

Diekstra, R. (1991). *Als leven pijn doet*. Baarn: Anthos.

Gardeniers, R. (1992). *Wees blij...(geen) leven met een onzichtbare ziekte*. Kampen: Kok.

Glassman, W. E., & Geluk, H. (2006). *Stromingen in de psychologie*. Baarn: HBuitgevers.

Harinck, F. (2007). *Basisprincipes praktijkonderzoek*. Antwerpen-Apeldoorn: Garant.

Kabela, M. (2000). *Gebukt onder de geest over psychosomatische stoornissen*. Lisse: Swets & Zeitlinger B.V.

Lowen, A. (1991). *Bio-energetica. De revolutionaire therapie die de taal van het lichaam gebruikt om de problemen van de geest te genezen*. Kosmos.

Meijden – van der Kolk, H., & Bosscher, R. (2005). *Psychomotorische therapie voor mensen met chronische pijn, een methodisch raamwerk*. Hasselt: Drukkerij Grafic Elements.

Meijer, K. (2004). *Handboek psychosomatiek*. Baarn: HBuitgevers.

Morrison, J. (2001). *Als psychische problemen somatische stoornissen verhullen*. Lisse: Swets & Zeitlinger B.V.

Sietsma, L. (2000). Artikel: *Kader voor diagnostiek: een aanzet*. Luik.

van Hattum, M., & Hutschemaekers, G. (2007). *In beweging. De ontwikkeling van producten voor psychomotorische therapie*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Vandereycken, W., & van Deth, R. (2004). *Psychiatrie, van diagnose tot behandeling*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Weerman, A. (2006). *Zes psychologische stromingen en één cliënt*. Soest: Nelissen.

Whitbread, J. (1981). *Leef zonder pijn. Oorzaken van chronische pijn, zelfgenezing, ontspanningstechnieken, pijnbeheersing, wat u er zelf aan kunt doen*. Utrecht/Antwerpen, Veen.

Zuurmond, W.W.A. (Prof. Dr.) (2001). *Chronische pijn*. Wormer: Inmerc BV.



Bijlage 1: opzet van aangeboden sessies.

- Sessie 1: Met z'n tweeën tennissen tegen de muur.
Doelen: Eerst de doelen met mevr. doornemen m.b.t. dit individuele uur:
 - Doel individuele traject met mevr. bespreken. Welke doelen willen we behalen? Welke doelen wil mevr. zelf behalen?
 - Rustig opstarten en wennen aan elkaar en de ruimte (vertrouwen winnen).
 - Kijken hoe goed mevr. motorisch nog is: hoe goed kan mevr. nog tennissen?Activiteiten: tennissen tegen de muur.
- Sessie 2:
Doelen:
 - Hoe staat mevr. ertegenover om het tennis weer op te pakken? Wat heeft mevr. nodig om het tennis weer op te kunnen pakken? Waar zou ze nog mee willen oefenen?
 - Kijken hoe mevr. reageert op andere activiteiten, kan ze daarin ook ontspanning ervaren? Welke cognities spelen een rol bij iets dat je nog niet kent, dus onbekend voor je is? levert dit extra spanning op? Hoe uit zich deze spanning doen, hoe zie je dit terug, is mevr. zich hiervan bewust?Activiteiten: tennissen tegen de muur, badmintonnen en speedminton.
- Sessie 3:
Doel:
 - Vanaf niet meer alleen maar bezig met tennis, maar ook kijken naar mevr. haar leefpatroon/coping. Deze keer het thema initiatief tonen/nemen. Kan mevr. dit in de zaal, hoe doet mevr. dit dan? Hoe doet mevr. dit in het dagelijks leven of laat mevr. dat liever aan een ander over? Hoe zou dit in samenhang kunnen staan met spanningsklachten?Activiteiten: in het hok staan en mevr. een keus laten maken. Daarin proberen mevr. wat te beïnvloeden. Kijken hoe standvast mevr. is. Afsluiter: tennissen.
- Sessie 4:
Doel:
 - Opslag tennis oefenen. Dit kan helpen om meer zelfvertrouwen te krijgen in eigen tennisvaardigheden en de stap naar de tennisbaan kleiner maken. Ik-sterkte vergroten.
 - Kijken naar wat de stap om weer echt naar de tennisbaan toe te gaan nou zo moeilijk maakt. Hoe staat dit in relatie tot de spanningsklachten (hoofdbonzen).Activiteiten: opslaan van de achterlijn in een bepaald vak. Afsluiter: tennissen.
- Sessie 5:
Doel:
 - Thema grenzen aangeven. Hoe gaat mevr. om met dit thema? Is grenzen aangeven moeilijk? Heeft mevr. voorbeelden van over een grens gaan en hoe was dit? Ziet mevr. een verband tussen grenzen en haar hoofdbonzen/spanningsklachten. Zit hier een samenhang tussen?
 - Thema hulp vragen. Kan mevr. hulp vragen of is mevr. geneigd alles alleen op te lossen? Hoe zou dit de spanningsklachten kunnen verklaren?
 - Afsluiter: ontspannen door even te tennissen.Activiteiten: allemaal spullen aangeven, wanneer zegt mevr. stop. + over de bank lopen en kijken of mevr. om hulp vraagt. Afsluiter: tennissen.
- Sessie 6:
Doel:
 - thema (eigen kunnen) inschatten. Hoe schat mevr. zichzelf in? Onderschat of overschat mevr. zich? Hoe komt dit terug in het dagelijks leven met betrekking tot de spanningsklachten? Zou gesteld kunnen worden dat mevr. zichzelf overschat en daardoor extra veel spanning oproept en vasthoudt? Of heeft mevr. het idee dat ze meer moet dan ze misschien kan en daardoor extra spanning vasthoudt?
 - thema conflictantering. Hoe gaat mevr. om met een conflict? Wat vind mevr. hiervan, zou ze dit anders willen? Hoe is dat in gezinssituatie en hoe gaat mevr. ermee om: aangaan over vermijden. Hoe staat dit in relatie tot spanningsklachten?Activiteiten: mikken op de basket en inschatten hoeveel van de 10 raak zijn. Over de lijnen lopen, elkaar tegenkomen wat doe je dan? Afsluiter tennissen.
- Sessie 7: evaluatie.
Doel:
 - Evaluatie moment: hoe vond mevr. de therapie tot nu toe?
 - Hoe staat het met de doelen van mevr. De doelen terug halen en bespreken. Hoe staat mevr. hier zelf tegenover? Merkt mevr. zelf verschil, als het gaat om ontspanning/spanning? Wat neemt mevr. mee uit de afgelopen keren of wat is haar bijgebleven en waarom dan? Wat zou mevr. nog graag willen of waar zou mevr. nog mee aan de slag willen?



Bijlage 2: Copingsstijlen volgens Kees Meijer.

In zijn boek: Handboek Psychosomatiek formuleert Kees Meijer een aantal copingsstijlen. Deze zijn van toepassing op cliënten met psychosomatische klachten. De copingsstijlen staan op volgorde van effectiviteit. De eerste copingsstijl: actief het probleem oplossen is de copingsstijl met het positiefste effect.

- o Actief het probleem oplossen.
 - problemen als uitdaging zien;
 - doelgericht te werk gaan om een probleem op te lossen: dingen op een rijtje zetten, een probleem van alle kanten bekijken, mogelijkheden bedenken om een probleem op te lossen;
 - direct ingrijpen als er moeilijkheden zijn.
- o Sociale ondersteuning zoeken.
 - iemand om hulp vragen; je zorgen delen, laten merken dat je ergens mee zit;
 - met vrienden, familieleden problemen bespreken;
 - troost en begrip zoeken, opgewekt gezelschap zoeken als je je zorgen maakt of van streek bent.
- o Lichamelijke en geestelijke ontspanning.
 - kalm blijven in moeilijke situaties;
 - proberen te ontspannen en je wat prettiger te voelen;
 - je zorgen tijdelijk verdrijven door er even uit te gaan.
- o Het uiten van emotie en irritaties.
 - kwaad worden op de verantwoordelijke voor het probleem;
 - je gevoelens tonen, je ergernis laten blijken;
 - je spanningen afreageren.
- o Geruststellende gedachten.
 - de humoristische kant van problemen zien;
 - je niet druk maken en bedenken of tegen jezelf zeggen dat er nog wel ergere dingen kunnen gebeuren, en dat anderen het ook wel eens moeilijk hebben;
 - optimistisch blijven over de toekomst, jezelf moed inspreken bij moeilijkheden: het zal allemaal wel meevallen, na regen komt zonneschijn.
- o Afwachten, vermijden, vluchten (niets doen).
 - de kat uit de boom kijken, de zaak op zijn beloop laten, moeilijkheden over je heen laten komen, je neerleggen bij de gang van zaken, wachten op betere tijden, moeilijke situaties uit de weg gaan, toegeven om moeilijke situaties te vermijden;
 - wegvluchten in fantasieën, afleiding zoeken, je afzonderen van anderen;
 - spanning verminderen door bijvoorbeeld meer roken, drinken, eten of rustgevende middelen te gebruiken.
- o Depressief reageren.
 - de zaken somber inzien, je geheel in beslag laten nemen door problemen;
 - piekeren over zinloze dingen en het verleden;
 - je niet in staat voelen iets te doen.



Bijlage 3: Behandeldoelen volgens Kees Meijer.

Kees Meijer heeft in zijn boek: Handboek Psychosomatiek, zeven gebieden opgeschreven waaraan gewerkt kan worden in de therapie. Bij elk gebied heeft hij subdoelen geformuleerd. Deze doelen zijn dus opgesteld specifiek voor de behandeling van psychosomatiek.

- copingstijl (algemene doelen):
 - vergroten van motivatie, zelfbepaling (intern zijn), steun,
 - vergroten van draagkracht: rust nemen, zelfvertrouwen, durf.
 - Verbeteren van discipline en dagstructuur (dag/nacht/eetritme).
 - Verlagen van draaglast: problemen structureren, oplossen.
 - Verbeteren van klachthantering (verminderen, hanteren, accepteren van de klacht).
 - Handicaphantering (leefregels en hulpmiddelen).
 - Verbeteren van time- en energiemanagement.
- Lichamelijke conditie:
 - verbeteren van lichamelijke conditie.
 - Verbeteren van grounding, adempatroon, houdings- en bewegingspatroon.
 - Verminderen van spierspanning (nek- en schoudergebied, hoofd, buik).
- Ontspanning en lichaamsbewustzijn.
 - verbeteren van lichaamsbewustzijn, herkennen van lichaamssignalen en spanning.
 - Leren ontspannen (lichamelijk en geestelijk) en leren genieten.
 - Balans vinden tussen spanning en ontspanning, pauzes en rust inbouwen.
- Inzicht:
 - bieden van ziekte-inzicht en inzicht in de signaalwaarde van de klacht als 'rode lamp'.
 - Inzicht bieden in de betekenis en functie van de klacht, in klachtgedrag.
 - Verminderen van piekeren: gedachten tot rust brengen, positief en constructief denken, relativiseren.
 - Bieden van een andere kijk of perspectief.
- Gevoelshantering en verwerking.
 - contact leren maken met eigen emoties.
 - Gevoelens leren uiten of reguleren, (zelf) expressie vergroten.
 - Gevoelens leren delen, om hulp en steun durven vragen.
 - Gevoelens verwerken en hanteren, gevoelens en beelden leren loslaten.
 - Accepteren van het eigen lichaam, lichaamsbeeld, klachten of handicap.
 - Traumaverkenning en traumaverwerking.
 - Zingeven aan het leven, een (nieuw) perspectief krijgen.
- Probleemhantering, assertiviteit en integratie.
 - verbeteren probleemhantering: actief problemen aanpakken, alternatieven ontwikkelen, keuzes maken.
 - Assertiever worden: je eigen plek innemen, voor jezelf opkomen, nee zeggen, grenzen bewaken, bespreekbaar maken, onderhandelen, delegeren.
 - Verbeteren van communicatie-, overleg- en conflictvaardigheden, klachtcirkels doorbreken.
 - Hanteren van angsten, fobieën en paniek.
 - Ontwikkelen van netwerk, hobby's lichaamsbeweging en sport.



Bijlage 4: Werkmethoden volgens Kees Meijer.

Kees Meijer geeft naast copingsstijlen en behandeldoelen ook methodes om mee aan de slag te gaan in de therapie.

Inventariserende methoden;

- stressdiagnostiek (symptomenlijst, stressmanagement),
- hyperventilatiediagnostiek (symptomenlijst),
- klachteninventarisatie,
- de opdracht klachtenregistratie (huiswerkopdracht)

Probleemverhelderende methoden;

- onderhandelen over het klachtetiket,
- werken met klachtvragen (klachtvragenlijst), werken aan het probleem (erin en eruit),
- werken aan inzicht geven, werken met dialogen, werken met lichaamstekeningen.

Doelbepalende methoden;

- werken aan latsbepaling (intern maken),
- werken aan de gewenste toestand,
- werken met ankers,
- werken met keuze (keuzemodel).

Uitvoerende methoden:

- werken met metaforen of met RET: anders leren denken,
- verliesverwerking,
- werken met klachthantering, probleemhantering (coping),
- werken met concretiseren, werken met een stappenplan.

Lichaamsgerichte oefeningen:

- werken aan lichaamsbewustzijn, werken aan ontspanning,
- werken met provocatie, werken met bodyreading,
- werken met ontlading en loslaten.

Bijlage 5: Wat is inzicht?

Een overzicht over inzicht biedt Glas (1992). Glas ziet inzicht als toestand en als proces. Inzicht heeft meerdere betekenissen¹⁶:

- » iets snappen of doorgronden. Snappen is meer dan weten (kennis hebben omtrent feiten), het is ook begrijpen waarom iets zo is of werkt. Meestal valt dat moment aan te wijzen als een aha-erlebnis, waarbij in een flits samenhang helder wordt en het kwartje valt. Inzicht is een mentaal proces.
- » Moreel inzicht, oordeelsvermogen. Dit is het vermogen om in een concrete situatie te beoordelen wat je moet doen of laten, wat moreel wel of niet geoorloofd is. Niet het cognitief snappen staat centraal, maar het praktisch inzicht in de situatie. Inzicht is hier toepassen: overzicht krijgen, aspecten tegen elkaar afwegen en oordelen.
- » Psychologisch inzicht. Het vermogen tot aanvoelen, empathie en intuïtie. Dit kan affectief vermogen zijn, zich kunnen inleven in de ander. Het kan introspectie betreffen, waarneming van het innerlijk, het bewust-zijn daarvan. Het kan ook betrekking hebben op bewustzijnsverruiming. Bewustzijn kan zich uitbreiden naar lagere of hogere regionen. Freud accentueerde daarbij de lagere regionen (inzicht in onbewuste impulsen en verlangens). Uitbreiding naar hogere, spirituele regionen beogen Jung, de psychosynthese (Assagioli 1966), oosterse godsdinesen, oude en nieuwe meditatievormen (Smith 1998), new age, en vormen van mystieke (Deikman 1969). Soms wordt dit onderbouwd door de rol van de linker- en rechterhersenhelft (bijvoorbeeld Ornstein 1972).

Alle soorten inzicht zijn hier van belang: snappen hoe iets werkt, praktisch oordelen en handelen en het vermogen tot introspectie.

¹⁶ Handboek Psychosomatiek, Kees Meijer, 2009, 4^e druk, eerste oplage.



Bijlage 6: Klachtenvragenlijst.

De opdracht: klachtenvragenlijst.

Handleiding voor de cliënt.

Deze klachtgerichte vragenlijst heeft als doel:

- de cliënt stapsgewijs aan het denken te zetten en inzicht te geven;
- de klacht te herformuleren in gedrag en hanteerbaar te maken;
- de klacht in zijn context te plaatsen en de signaalwaarde te herkennen;
- (behandel)doelen en verwachtingen concreet en duidelijk te krijgen.

De hulpverlener kan de vragen in het (diagnostische) gesprek stellen, of ze aan de cliënt als huiswerkopdracht meegeven om thuis te beantwoorden, eventueel schriftelijk. Beantwoord de vragen per klacht en formuleer concreet, zonder 'niet', 'niet' (ik wil niet ongelukkig zijn), 'minder' (ik wil minder spanningen), en 'proberen'.

De vragen:

1. Wat wil je (hier) bereiken? Waarom juist nu?
2. Wat is je klacht? Wat voel je dan precies waar in je lichaam? Welke symptomen?
3. Wat is je probleem? En wat is daarvan het probleem? Wat is het ergst?
4. Wanneer en waar heb je je probleem?
5. Wat versterkt en wat verlicht je probleem?
6. Wat denk je er bij? Welke gevoelens heb je dan? Wat is je gedrag?
7. Hoe ziet je leven er uit door dit probleem?
8. Welke nadelen levert je probleem op? Welke voordelen?
9. Wat heb je al aan je probleem gedaan?
10. Wat wil je in plaats van dit probleem? Welk doel wil je bereiken?
11. Hoe ziet je leven er uit als je dit probleem niet meer hebt?
12. Hoe zul je je dan voelen?
13. Waaraan kun je merken dat je je doel bereikt?
14. Wat is dan je gedrag? Welke gevoelens en gedachten heb je dan?
15. Als je je doel bereikt, wat is dan je winst en wat raak je kwijt?
16. Wat heb je ervoor over om te veranderen? Wat wil je zeker niet?
17. Wat houdt je tegen? Hoe belemmer je jezelf om te veranderen?
18. Welke hulp heb je er bij nodig?
19. Voel je je gesteund?
20. Wat kun je zelf doen? wat precies ga je wanneer en hoe doen?

Als je nog andere klachten hebt, vul dan voor die klacht(en) deze vragen in.

Als je de vragen hebt ingevuld:

Wat is je conclusie?

Wat is helder en waar liggen eventuele problemen?

Hoe is je lottobepaling?

Hanteer je vroegere boodschappen, verkeerde gedachten?

Ben je onzeker of zit je in een dilemma?

Ontbreekt het je aan inzicht, vaardigheden, perspectief of motivatie?

Resultaat kan zijn dat de cliënt inzicht krijgt in zijn klacht, klachtgedrag, betekenis en functie van de klacht en daarmee zicht krijgt op wat hij er aan kan doen.



Bijlage 7: Vragenlijst: inzicht in klachtcirkels.

Er zijn drie soorten klachtcirkels, die elkaar kunnen versterken of verzwakken.

1. Lichamelijke klachtcirkels.

Bekend is de spanning-pijn cirkel. Als je pijn hebt kun je 'van pijn verkrampen', waardoor je het weefsel extra belast, de pijn verergert en in een pijn-spanningsspiraal raakt. Vaak is dat bij lage rugpijn het geval. Rust, ontspanning, spierverslappende medicijnen of juist mobilisering doorbreken deze spiraal.

2. Psychische klachtcirkels.

Wat voel je (emotioneel)?

- Wat voel je op het moment dat je de klacht krijgt?

Als ik dit voel, heb ik mijn klacht.

Wat denk je?

- Wat denk je op het moment van de klacht?
- Wat moet je denken om je klacht te krijgen? (anticipatie)

Als ik dit denk, krijg ik mijn klacht.

Wat zeg je dan tegen jezelf?

- Voor je de klacht krijgt, wat zeg je dan tegen jezelf?
- Als je je klacht hebt, wat zeg je dan tegen jezelf? (selftalk)

Als ik dit tegen mezelf zeg krijg ik mijn klacht.

Als ik mijn klacht heb, zeg ik dit tegen mezelf.

Dit is mijn klachtrecept.

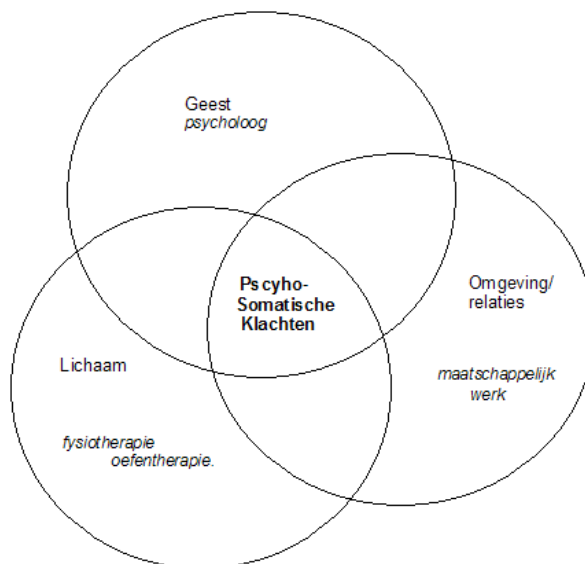
Signaleer of cognitieve, metafore of verwerkende methoden zijn aangewezen.

3. Sociale klachtcirkels.

- Wat doe je als je je klacht hebt? Waaraan merken anderen je klacht?
- Welke steun ervaar je? Welke steun mis je? Wat is 'anders' sedert je je klacht hebt? (ziektewinst)
- Waartoe dwingt je de klacht? Wat doe je dan? (Let op externe lotsbepaling)\
- Waarin hindert je de klacht? Wat laat je dan na? Wat vermijd je?
- Wat zijn de consequenties van jouw klacht voor anderen?
- Hoe reageren anderen op jouw klacht? Hoe reageer jij daar op?
- Hoe houden anderen het vol? Wat doen zij om het vol te houden? (bijv. gezinsleden)
- Wat vermindert de klacht? (dempende factoren)
- Wat versterkt de klacht? (versterkende factoren)

Mijn klacht heeft die gevolgen, zit in die cirkels.

Indien systeemfactoren de klacht in stand houden, overweeg dan partnertherapie.





Bijlage 8: Vragenlijst: werken aan inzicht.

De vragenlijst¹⁷ beoogt psychosociaal inzicht te geven. Dit is een vragenlijst die de therapeut kan hanteren om zo antwoord te krijgen op al zijn vragen en een biopsychosociaal inzicht te verkrijgen van de cliënt zijn klachten. Daarnaast kan het een bijdrage leveren aan de vergroting van het biopsychosociaal inzicht van de cliënt.

Voeg in.

- Waarom kom je nu hier?
- Hoe houd je het vol?

Inzicht in de klacht.

- Wat is je klacht, wat voel je waar?
- Geef eventueel klachtenlijsten of de klachtvragenlijst als opdracht mee.

Wat zijn stressoren? (objectieve oorzaak)

- Wanneer heb je je klacht? Wat versterkt, en vermindert de klacht?
- Geef eventueel een registratieopdracht.

Wat is het probleem van de klacht?

- Wat is het *probleem*? En wat is daarvan het probleem? Enzovoort.
- Als je er via focussing 'in' bent gegaan, neem je via 'wat vind je ervan?' weer afstand.

Wat is je klachtgedrag?

- Wat gaat aan de klacht *vooraf*? wat zijn de stimuli, triggers?
- Welke last geeft de klacht? Wat zijn de *gevolgen* van je klacht? (last, beperkingen, handicaps)

Psychisch: wat voel en denk je erbij?

- Wat *voel* je (emotioneel), als je je klacht hebt?
- Hoe voel je je over de klacht? (ziektrofobie)
- Wat *denk* je, als je je klacht hebt? Wat denk je over de klacht? (klachtmetaforen)
- Als je je klacht krijgt of hebt, wat zeg je dan tegen jezelf? (selftalk, postulaten, boodschappen)

Houden sociale cirkels de klacht in stand?

- Wat is *anders* sedert je de klacht hebt? (ziektewinst, steun)
- waartoe *dwingt* de klacht? Wat doe je dan?
- Waarin *belemmert* de klacht? Wat doe je niet? Wat vermijdt je?
- Waaraan merken anderen je klacht? Hoe reageren ze er op? Wat gebeurt er dan?
- Wat zijn de *nadelen* van de klacht? En de voordelen?
- Welk (gebrek aan) steun ervaar je?

Wat is de zin van de klacht?

- Wat denk je zelf dat je klacht *betekent*?
- Wat heeft de klacht je te *zeggen*? (boodschap)
- Waarom is de klacht *nodig*?
- Waarom krijg je *juist deze klacht*? Waarom juist nu?

Hoe is je klachthantering?

- Hoe *hanteer* je je klacht? Wat heb je er al aan gedaan?
- Wat hielp wel? En wat niet? Wat kun je beter/nog meer doen?

Hoe is je probleemhantering?

- Hoe hanteer je *problemen*? Welke probleemhantering had je vroeger? Wat hielp wel? En wat niet?
- Hoe kun je je probleem beter hanteren?

¹⁷ Handboek Psychosomatiek, Kees Meijer, 2009, 4^e druk, eerste oplage.



‘Je klacht is je vriend en bondgenoot...’