

Praktijkonderzoek

“Als je psyche je lichaam ziek maakt”

Praktijkonderzoek naar hoe het lichaam binnen de creatieve therapie beeldend ingezet kan worden bij de behandeling van psychosomatische klachten bij jongeren en volwassenen.



Zembra Wüstenhoff (1173622)
Wieke Hoonte (1175826)
Hogeschool Utrecht
Creatieve Therapie, beeldend
2006 - 2007

"Indien doen zo eenvoudig was als wéten wat te doen, dan zouden kapelletjes kerken zijn en krotten paleizen (W. Shakespeare)."

Voorwoord

Voor u ligt het resultaat van ons praktijkonderzoek dat wij in het kader van het afstudeerprogramma voor de opleiding Creatieve Therapie van de Hogeschool Utrecht te Amersfoort hebben gemaakt. Wij zijn dit praktijkonderzoek begonnen vanuit onze praktijkervaringen gedurende onze stages in het derde studiejaar. Wieke Hoonte heeft stage gelopen op de afdeling persoonlijkheidsproblematiek van PsyQ te Den Haag. Zembra Wüstenhoff heeft stage gelopen op de kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek van het Erasmus Medisch Centrum te Rotterdam.

Tijdens deze stages merkten wij dat er bij cliënten vaak meer speelt dan enkel psychische problematiek. Hieronder vallen bijvoorbeeld lichamelijke klachten. In de eerste twee jaar van onze opleiding is er echter weinig aandacht besteed aan andere klachten dan de psychische. In het vierde studiejaar bleek dat onze interesses voor een verdiepend praktijkonderzoek met betrekking tot lichamelijke aspecten overeen kwamen. Na enkele gesprekken hebben wij toen besloten om samen het praktijkonderzoek te gaan doen en zijn wij gaan brainstormen over een definitief onderwerp. Het doen van een praktijkonderzoek naar creatieve therapie beeldend bij psychosomatische klachten is hieruit voortgekomen.

Hierbij willen wij van de gelegenheid gebruik maken om een aantal mensen te bedanken die het mogelijk hebben gemaakt dit praktijkonderzoek vorm te geven. Alle (beginnend) therapeuten die onze enquête hebben beantwoord en in het bijzonder Leonie de Zwarte (beeldend therapeut) en Margot Groenewoud (kunstzinnig therapeut) waarbij wij een interview konden afnemen. Daarnaast Huub Notermans (consulent) en de leden van onze klankbordgroep voor het geven van feedback en begeleiding. Tot slot gaat onze dank uit naar alle andere mensen die wij niet bij naam genoemd hebben, maar die ons wel tijdens de totstandkoming van ons praktijkonderzoek tot hulp zijn geweest.

Wieke Hoonte en Zembra Wüstenhoff

Inhoudsopgave

Voorwoord.....	3
Inhoudsopgave.....	4
Inleiding.....	6
H1 Psychosomatiek.....	9
1.1 Het begrip psychosomatiek	9
1.2 Lichamelijke klachten	12
1.3 Voorkomen en co-morbiditeit	14
1.3.1 Co-morbiditeit vanuit de praktijk.....	15
1.4 Slotbeschouwing.....	16
H2 Theoretische uitgangspunten	17
2.1 Het biomedische en ziektemodel.....	17
2.2 De zwakke schakeltheorie	18
2.3 Stress en coping	18
2.4 Het biopsychosociaal model.....	19
2.5 Cognitieve factoren	19
2.6 De cognitieve gedragstherapie	21
2.7 Sociale leermechanismen	21
2.7.1 Operante leermechanismen.....	22
2.7.2 Respondente leermechanismen	22
2.7 Affectieve factoren.....	23
2.8 Specificiteitstheorieën.....	23
2.9 Het gevolgenmodel	24
2.10 Psychodynamische verklaringen.....	25
2.11 De Gestalttherapie	25
2.12 De Rogeriaanse psychotherapie.....	25
2.13 De Reichiaanse benadering	26
2.14 De bio-energetica	28
2.15 De theorie van Petzold	29
2.15 De theorie van Petzold	29
2.16 Vaktherapieën	29
2.17 Het transtheoretisch model	30
2.18 Theoretische uitgangspunten vanuit de praktijk.....	30
2.19 Slotbeschouwing.....	30
H3 Jongeren versus volwassenen	32
3.1 Psychosomatische klachten bij kinderen en jongeren	32
3.2 Psychosomatiek bij volwassen en ouderen	34
3.3 Psychosomatiek bij jongeren en volwassenen vanuit de praktijk.....	36
3.4 Slotbeschouwing.....	37
H4. Interventiemethoden	38
4.1 Interventiemethoden binnen de GGZ	38
4.2 Interventiemethoden voor psychosomatische problematiek.....	41

4.3	Lichaamsgerichte interventiemethoden	45
4.3.1	Het eigen lichaam: lichaamsbeeld en lichaamsbeleving	45
4.3.2	Interventiemethoden	46
4.3.3	Psychomotorische therapie (PMT).....	48
4.3.4	Lichaamsgericht werken.....	50
4.4	Interventies vanuit de praktijk.....	51
4.5	Slotbeschouwing.....	51
H5	Creatieve therapie beeldend.....	53
5.1	Creatieve therapie beeldend bij psychosomatische klachten.....	53
5.1.1	Contra-indicaties vanuit de praktijk.....	56
5.1.2	Behandeldoelen vanuit de praktijk.....	56
5.2	Het lichaam binnen de creatieve therapie beeldend.....	56
5.3	Slotbeschouwing.....	60
	Conclusie.....	62
	Aanbevelingen	64
	Nawoord.....	65
	Bronvermelding.....	66
	Bijlagen	70
	Bijlage 1: Verwerking interviews en enquêtes.....	71
	Bijlage 2: Conclusie interviews/ enquêtes.....	78
	Bijlage 3: Uitwerking interviews en enquêtes.....	81
	Bijlage 4: Roos van Leary	110
	Bijlage 5: Axenroos van Cuvalier.....	111

Inleiding

In deze inleiding volgt een korte beschrijving van de aanleiding voor het ontwikkelen van dit praktijkonderzoek. Daarnaast behandelen wij de doelgroep, de segmenten waarin ons praktijkonderzoek zich afspeelt en het onderzoeksontwerp.

Tijdens het vierde studiejaar zijn wij begonnen met dit praktijkonderzoek dat zich richt op psychosomatiek. Wij zijn hiermee in aanraking gekomen gedurende ons stagejaar en werden geboeid door lichamelijke klachten die kunnen spelen bij psychische problematiek. Aangezien dit onderwerp binnen de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) momenteel meer bekendheid aan het krijgen is en er getracht wordt het in te bedden in de huidige zorgprogramma's, lijkt dit ons een goed moment om deze doelgroep ook meer bekendheid te geven binnen creatieve therapie beeldend. Van hieruit zijn wij gestart met het doen van vooronderzoek naar dit onderwerp.

In dit vooronderzoek kwam naar voren dat er een veronderstelling is dat veranderingen of problemen in het lichaam corresponderen met psychische problemen. Volgens Van Dale zijn psychosomatische klachten: "lichamelijke klachten die voortkomen uit psychische problemen." Dit impliceert het idee dat de wisselwerking gebeurt volgens het principe oorzaak en gevolg. Het begrip brengt twee gescheiden domeinen, lichaam en geest, samen door een onderlinge causale wisselwerking. Dat wil zeggen dat het ene verschijnsel door het andere wordt veroorzaakt. Psychosomatiek wordt echter ook wel gedefinieerd als: "betrekking hebbend op lichaam en geest." Hierbij is geen sprake van een causaal verband (www.cibliga.nl). Dit benadrukt de eenheid van lichaam en geest, zonder daarbij het verschil uit het oog te verliezen. Het zijn delen van elkaar onderscheden kunnen worden, maar die tegelijkertijd een niet te onderscheiden geheel uitmaken. De mens is in dat geval een eenheid, waarbij lichamelijke klachten slechts binnen een groter geheel plaatsvinden. Uitgaande van deze beide definities lijkt het onduidelijk te zijn of er sprake is van een wisselwerking waarbij lichaam en geest twee gescheiden domeinen zijn, of een wisselwerking waarbij lichaam en geest een eenheid vormen.

Er zijn erg veel cliënten binnen de GGZ die last hebben van lichamelijke klachten naast hun psychische problematiek. Wanneer er geen oorzaken te vinden zijn voor de lichamelijke klachten kan er sprake zijn van psychosomatiseren. Door deze lichamelijke klachten kan de vooruitgang van de geestelijke en lichamelijke gezondheid van de cliënt tijdens de behandeling worden belemmerd.

Wij vermoeden, naar aanleiding van voorgaande informatie, dat de cliënt beter en sneller geholpen kan worden met zijn of haar psychische problematiek en lichamelijke klachten, door bijvoorbeeld de cliënt bewust te maken van de wisselwerking tussen psychische problematiek en lichamelijke klachten. Of door bewegingsacties te exploreren waardoor lichamelijke klachten van de cliënt kunnen afnemen. Echter onze ervaringen zijn dat er binnen de creatieve therapie beeldend nog niet voldoende gewerkt wordt met het gebruiken van het lichaam of inzetten van het lichaam in de beeldende werkvormen om zowel lichaam als psyche te behandelen. Hier is de hoofdvraag voor ons praktijkonderzoek uit voortgekomen.

"Op welke manier kan het lichaam binnen de creatieve therapie beeldend een rol spelen in de behandeling van psychosomatische klachten bij jongeren(12-18) en volwassenen (18+)?"

Om de hoofdvraag te kunnen beantwoorden hebben wij de volgende deelvragen geformuleerd:

- Wat is psychosomatiek?
- Welke uitgangspunten vanuit de psychologie zijn van belang voor de behandeling van psychosomatiek bij jongeren (12-18) en volwassenen (18+)?
- Welke verschillen en overeenkomsten zijn er in de psychosomatische klachten tussen jongeren (12-18) en volwassenen (18+)?
- Welke interventiemethoden zijn toepasbaar binnen de creatieve therapie beeldend bij jongeren en volwassenen met psychosomatische klachten?
- Op welke wijze kan (het lichaam tijdens) creatieve therapie beeldend worden ingezet binnen de behandeling van psychosomatische aandoeningen?

In ons praktijkonderzoek trachten wij antwoord te geven op deze vragen door het doen van een literatuurstudie en het afnemen van interviews en enquêtes. Het praktijkonderzoek speelt zich af in de volgende segmenten:

- Segment 1: Werken met en voor cliënten
- Segment 3: Werken aan professionaliteit en professionalisering.

Segment 1 staat centraal omdat dit praktijkonderzoek zich richt op de behandeling van cliënten met psychosomatische klachten binnen de creatieve therapie beeldend. Er wordt ingegaan op hoe het lichaam ingezet kan worden binnen de creatieve therapie beeldend en welke interventies geschikt zijn voor de behandeling van deze doelgroep.

Segment 3 is van toepassing op dit praktijkonderzoek doordat het zich richt op behandelmethodieken die mogelijk van toepassing zijn bij cliënten met psychosomatische klachten. Het zorgt voor professionalisering van de behandeling van de doelgroep.

Het onderzoeksontwerp wat wij hebben toegepast op ons praktijkonderzoek is consensus based practice. Wij hebben vormgegeven aan deze methode middels een literatuurstudie en raadpleging van therapeuten. Het is een verkennend en inventariserend praktijkonderzoek. Er zijn verschillende technieken mogelijk bij deze onderzoeksmethode. Wij maken gebruik van triangulatie. Dat wil zeggen het vergaren van informatie, praktijkkennis en de uitkomsten daarvan met elkaar in verband te brengen. Het is een vorm van kwalitatief onderzoek, waarbij er veelal niet met grote aantallen gegevens wordt gewerkt en ook niet met een groot aantal respondenten.

Wij hebben er voor gekozen om in dit praktijkonderzoek te spreken van cliënten. In de literatuur wordt afwisselend gesproken over patiënten en cliënten. Hoewel ons praktijkonderzoek gericht is op lichamelijke klachten en dit misschien de term patiënten zou initiëren, zijn wij vanuit de creatieve therapie meer gewend om van cliënten te spreken. Aangezien wij de psychosomatiek meer bekendheid willen geven binnen de creatieve therapie beeldend hebben wij er voor gekozen om in dat geval van cliënten te spreken. Waar wij in de literatuurstudie letterlijk citeren, zal misschien gesproken worden van patiënten.

In de literatuur wordt ook afwisselend gesproken van hulpverleners, groepsbegeleiders en therapeuten. Hoewel wij uit zouden willen gaan van therapeuten, zouden wij, wanneer wij hier voortdurend van zouden spreken, niet voldoende recht doen aan de betekenis van sommige stukken tekst. Wij hebben er daarom voor gekozen om dit in de literatuurstudie wel afwisselend voor te laten komen.

In een aantal hoofdstukken is tekst verwerkt uit de interviews en enquêtes, de uitwerking van deze interviews en enquêtes is te vinden in de bijlagen.

Met onze bevindingen willen wij een bijdrage leveren voor alle beeldend therapeuten die in de praktijk werkzaam zijn met cliënten met psychosomatische klachten. Daarnaast hopen wij passende aanbevelingen te doen die het therapieproces van de cliënten binnen deze doelgroep zou kunnen bevorderen.

H1 Psychosomatiek

In dit hoofdstuk komt onze eerste deelvraag "Wat is psychosomatiek" aan bod. In de eerste paragraaf gaan wij vanuit de literatuur in op wat psychosomatiseren is, hoe het tot stand komt en welke oorzaken eraan ten grondslag kunnen liggen. Ook de DSM-IV criteria zijn hierbij aan de orde. In de tweede paragraaf wordt ingegaan op de veelvoorkomende lichamelijke klachten ten gevolge van psychische problemen. In de derde paragraaf is het begrip co-morbiditeit (het tegelijkertijd hebben van twee of meer stoornissen of aandoeningen bij een cliënt) aan de orde. Tot slot wordt enkele informatie van therapeuten uit de praktijk genoemd om zo volledig mogelijk in te kunnen gaan op deze deelvraag.

1.1 Het begrip psychosomatiek

De meeste mensen hebben tijdens hun leven regelmatig lichamelijke klachten zonder dat daarvoor een oorzaak te vinden is. Meestal verdwijnen ze na verloop van tijd weer zonder dat er een arts aan te pas gekomen is. Bij een deel van hen ontwikkelt zich hieruit echter een chronische aandoening of blijvende terugkerende lichamelijke klachten. Deze mensen hebben jarenlang steeds weer allerlei lichamelijke klachten en ook al laten ze nog zo veel grondige onderzoeken doen, er wordt geen organische oorzaak voor de klachten gevonden. Bij sommige mensen worden dan kleine afwijkingen gevonden, maar die zijn zo onduidelijk dat ze geen verklaring zijn voor de mate van de klachten (Loew, 2000).

Chopra (2002) zegt: "Wanneer iemand zich psychisch in de val voelt, schreeuwt zijn lichaam vaak luider dan woorden zouden kunnen doen." Dit geeft aan dat je lichaam vaak reageert op het feit dat je niet lekker in je vel zit. Het vertelt je dat er iets mis is, zodat je hier iets tegen kunt gaan ondernemen.

In de loop van de jaren is gebleken dat lichamelijke klachten vaak samengaan met psychische problematiek. De vraag is op welke manier psychische problematiek enerzijds en lichamelijke klachten anderzijds aan elkaar gerelateerd zijn. Hengeveld, Marwijk en Bolk (1997) geven aan dat psychische problematiek ten eerste het gevolg kan zijn van lichamelijke klachten. Ten tweede kan psychische problematiek zich presenteren in de vorm van lichamelijke klachten en ten derde kan psychische problematiek de oorzaak zijn van lichamelijke klachten. Een onderscheid dat zeker van belang is als het gaat om psychosomatiek.

Psychosomatiek wordt namelijk gediagnosticeerd, wanneer psychisch betekenisvolle gebeurtenissen gerelateerd worden aan lichamelijke klachten, die gekenmerkt worden door een aantoonbare organische pathologie of door een pathofysiologisch proces (leer van normale levensverschijnselen van de mens). Psychosomatische stoornissen onderscheiden zich vooral hierin van andere ziekten, omdat emotionele, cognitieve en andere psychische antecedenten zich opvallender of frequenter manifesteren (APA, 1980; 1987, zoals geciteerd in Bosch, 1988). Psychosomatiek omvat dus niet alle drie de omschrijvingen zoals Hengeveld, Marwijk en Bolk (1997) deze aanduiden. Deze betreffen namelijk ook de somatiek en de somatoforme stoornissen.

Hoewel het begrip psychosomatiek misschien ook nauw verwant lijkt te zijn aan de somatiek en somatoforme stoornissen, zijn er veel verschillen. Het ligt wel in elkaars verlengde. Somatiek wil namelijk zeggen lichamenlijk en tegengesteld aan psychisch. Somatiseren is het ervaren van

psycho-sociale onvrede die door middel van lichamelijke klachten tot uitdrukking kan worden gebracht. Een somatoforme stoornis is een lichamenlijk verschijnsel waarvoor geen organische oorzaken of fysiologische mechanismen aantoonbaar zijn en waarbij psychologische of sociale conflicten naar redelijkheid kunnen worden vermoed. Conversie, hypochondrie, somatisatiestoornis, somatoforme pijnstoornis en verstoorde lichaamsbeleving vallen onder de somatoforme stoornissen (Jochems & Joosten, 2000). Psychosomatiek werd zojuist al omschreven als psychische betekenisvolle gebeurtenissen, die gerelateerd worden aan lichamelijke klachten, die gekenmerkt worden door een aantoonbare organische pathologie of door een pathofysiologisch proces. Psychosomatisch is daarbij een aanduiding voor dat wat zowel psychische als lichamelijke componenten heeft, waarbij men aanneemt dat deze elkaar wederzijds beïnvloeden. Het gaat hierbij om een lichamenlijk toestand die door psychische factoren mede wordt beïnvloedt (Reber, 2004).

Het belangrijkste verschil zit dus in de organische pathologie of verstoorde lichaamsprocessen, waar bij psychosomatiek wel sprake van is, maar bij somatiek en somatoforme stoornissen niet. Wat betreft de psychosomatische klachten, kan er nog onderscheid gemaakt worden met psychosomatische ziekten. In het laatste geval vormen de lichamenlijk klachten bij elkaar een patroon of een ziektebeeld. Waar over psychosomatische klachten wordt gesproken, staat enkel de psychische signatuur van de klachten en de somatische basis vast (Albersnagel & Jaspers, 1997).

In de huidig gebruikte DSM-IV komt het begrip psychosomatiek niet zo letterlijk voor (APA, 2001). Psychische factoren die een somatische aandoening beïnvloeden, lijkt de meeste verwantschap te hebben met psychosomatiek. De definiëring hiervan is weergegeven in tabel 1.

Psychische factoren die een somatische aandoening beïnvloeden

(Psychological Factors Affecting Medical Condition)

316 (F54) ...[Gespecificeerde psychische factor] **die**...(Vermeld de somatische aandoening) **beïnvloedt**
 (... [*Specified Psychological Factor*] Affecting... [*Indicate the General Medical Condition*])

- A. Een somatische aandoening is aanwezig (gecodeerd op As III).
- B. Psychische factoren beïnvloeden de somatische aandoening ongunstig op een van de volgende wijzen:
 - (1) de factoren hebben het beloop van de somatische aandoening beïnvloed, zoals blijkt uit een nauw verband in tijd tussen de psychische factoren en het ontstaan of verergering van, of uitstel van het herstel van, een somatische aandoening
 - (2) de factoren interfereren met de behandeling van de somatische aandoening
 - (3) de factoren vormen een bijkomstig gezondheidsrisico voor betrokkene
 - (4) stressgebonden fysiologische reacties doen de symptomen van de somatische aandoening ontstaan of verergeren deze.

Kies de naam gebaseerd op de aard van de psychische factoren (indien er meer dan één factor aanwezig is, vermeld dan de belangrijkste)

<p>Psychische stoornis die ... [<i>Vermeld de somatische aandoening</i>] ... beïnvloedt (bijvoorbeeld een As I stoornis zoals een depressieve stoornis die het herstel van een myocardinfarct vertraagt)</p> <p>Psychische symptomen die ... [<i>Vermeld de somatische aandoening</i>] ... beïnvloeden (bijvoorbeeld depressieve symptomen die het herstel van een chirurgische ingreep vertragen; angst die astma verergert)</p> <p>Persoonlijkheidstrekken of de 'coping'-stijl die ... [<i>Vermeld de somatische aandoening</i>] ... beïnvloeden (bijvoorbeeld een pathologische ontkenning van de noodzaak tot een chirurgische ingreep bij een patiënt met kanker; vijandig, gespannen gedrag dat een cardiovasculaire ziekte bevordert)</p> <p>Verkeerde leefgewoonten die ... [<i>Vermeld de somatische aandoening</i>] ... beïnvloeden (bijvoorbeeld teveel eten; tekort aan lichaamsbeweging; onveilige seks)</p> <p>Stressgebonden fysiologische reacties die ... [<i>Vermeld de somatische aandoening</i>] ... beïnvloeden (bijvoorbeeld stressgebonden verergering van een ulcus, hypertensie, aritmieën of spanningshoofdpijn)</p> <p>Overige of niet gespecificeerde psychische factoren die ... [<i>Vermeld de somatische aandoening</i>] ... beïnvloeden (bijvoorbeeld intermenselijke, culturele of religieuze factoren).</p>
--

Tabel 1

Zoals eerder genoemd bestaat er enige onduidelijkheid over hoe de wisselwerking verloopt die bestaat tussen lichaam en geest. Ook geen van bovenstaande definities maakt duidelijk hoe de lichamelijke klachten en de psychische problematiek zich tot elkaar verhouden. Er is in de loop van de tijd veel geprobeerd om een antwoord op deze vraag te geven. Wanneer er een onderscheid gemaakt wordt tussen de lichamelijke klachten en de psychische problematiek, is sprake van dualisme. De filosoof Descartes, één van de meest vooraanstaande dualisten, stelde dat psyche en lichaam twee essentieel verschillende substanties zijn. Dit onderscheid tussen lichaam en psyche is kenmerkend voor onze westerse cultuur. Het gedrag dat iemand vertoont, ook wel het ziektegedrag genoemd, hoeft daarbij niet overeen te komen met de ziekte, of met het ziektegevoel (Rooijmans, 1994, zoals geciteerd in Albersnagel & Jaspers, 1997). De relatie tussen ziek zijn, zich ziek voelen en zich als een zieke persoon gedragen is gecompliceerd en verschilt van persoon tot persoon (Jaspers & Albersnagel, 1997).

Tegenovergesteld aan het dualistische denken staat het holisme. Binnen het holistische denken worden lichaam en psyche als een eenheid gezien. Dit komt onder meer tot uiting in de aanname dat er overeenstemming bestaat tussen objectief aantoonbare lichamelijke klachten en het subjectieve ziektegevoel. Deze manier van denken is steeds meer in opkomst. Als lichaam en geest echter één zouden zijn, op welke manier kan dan de kracht van de geest het lichaam beïnvloeden. Eigenlijk treffen wij in het begrip psychosomatiek een monistisch (holistisch) woord met een dualistische betekenis. De suggestie van eenheid van lichaam en geest komt voort uit de veronderstelde wisselwerking tussen de twee. Soms wordt hierbij gesproken van een causale relatie, echter of de lichamelijke klachten oorzaak zijn van de psychische problematiek, of andersom, is niet altijd duidelijk (<http://www.cibliga.be>).

Psychosomatiek maakt nochtans deel uit van onze huidige geneeskunde en er wordt juist daarom ook recentelijk steeds meer aandacht aan besteed. Hierbij bestuderen het neuro-psychologische en immunologische wetenschappelijke onderzoek ook de rol van bijvoorbeeld stress en maatschappelijke positie op het ontstaan van psychosomatische klachten. In de loop van de voorbije eeuw hebben onderzoekers een schat aan fysiologische, biochemische en moleculaire informatie verzameld over de manier waarop ongrijpbare zaken uit ons leven ons lichamelijk kunnen beïnvloeden, bijvoorbeeld emotionele verwarring, persoonlijkheidskenmerken en

maatschappelijke positie. Welke aard de interactie tussen lichaam en geest heeft blijft echter nog steeds een open vraag. Het ontstaan van klachten is immers het resultaat van uiterst ingewikkelde interacties tussen biologische, psychologische en sociale factoren (<http://www.cibliga.be>). Mogelijk dat verschillende theorieën vanuit de psychologie hier meer helderheid in kunnen bieden, deze zullen in een volgend hoofdstuk aan de orde zijn.

1.2 Lichamelijke klachten

Hoewel de wisselwerking tussen lichamelijke klachten en de psychische problematiek, bij psychosomatiek, vooralsnog onduidelijk blijft, kan wel aangegeven worden dat cliënten soms de neiging hebben om de lichamelijke klachten in de klachtenpresentatie meer naar voren te schuiven dan de psychische problematiek. Het is daarbij van belang de diagnostische blik te verruimen wat betreft de achterblijvende psychische problematiek, maar niet de presentatie van de lichamelijke klachten te vergeten. Een aantal veel voorkomende algemene lichamelijke klachten zijn opgenomen in tabel 2.

Veel voorkomende lichamelijke klachten:

- Braken
- Buikpijn/opgeblazen gevoel in de buik
- Misselijkheid
- Diarree
- Pijn in de extremiteiten
- Pijn in de rug
- Pijn in de gewrichten
- Pijn bij het urineren
- Kortademigheid zonder inspanning
- Pijn op de borst/hartkloppingen
- Duizeligheid
- Geheugenverlies
- Slikklachten
- Verlies van de stem
- Doofheid
- Dubbelzien/wazig zien/blindheid
- Flauwvallen of verlies van bewustzijn
- Toevallen of convulsies
- Loopstoornis
- Verlamming of spierziekte
- Urineretentie of moeite met urineren
- Branderig gevoel aan de geslachtsorganen
- Onverschilligheid ten overstaan van seksualiteit
- Pijn tijdens coïtus/ impotentie
- Menstratiepijnen
- Onregelmatige menstruatie
- Overmatig bloedverlies
- Braken tijdens de zwangerschap
- Het niet kunnen verdragen van bepaalde voedingsmiddelen

(<http://www.stecr.nl>).

Tabel 2

Lichamelijke klachten die te maken hebben met psychische problematiek en die specifiek voorkomen bij kinderen en jongeren worden weergegeven in tabel 3 (Bosch, 1988).

Organische systemen	Stoornis
1. Luchtwegensysteem:	Astma
2. Huid:	Huidaandoeningen, onder andere Eczeem
3. Centraal zenuwstelsel (CZS):	Epilepsie, slaapstoornissen
4. Vasculair systeem:	Hoofdpijn
5. Musculair- skeletstelsel:	Reumatoïde artritis, verlammingen
6. Endocriene systeem:	Diabetes mellitus, hyperthyroïdie
7. Uro- genitale systeem:	Enuresis
8. Gastro- intestinale systeem:	Encopresis, obstipatie, obesitas, anorexia nervosa, buikpijnklachten, overgeven, braken, maag- en darmzweren

Tabel 3

Om lichamelijke klachten te meten kan gebruik gemaakt worden van de somatisatie schaal. Deze schaal vraagt naar een scala van functionele klachten. Een lage score op somatisatie, van 0 tot 10, wordt gezien als een normale reactie op de bij het normale leven behorende stress. Bij een matig verhoogde score op somatisatie, van 11 tot 20, vormt somatisatie vaak een alternatief voor 'distress' en is er zelden sprake van een lichamelijke aandoening. Een sterk verhoogde score op somatisatie, van 21 tot 35, duidt op een serieus proces van somatische fixatie. Daarbij raakt de patiënt gevangen in een vicieuze cirkel van lichamelijke klachten, ongerustheid over de lichamelijke gezondheid, verhoogde aandacht voor lichamelijke klachten en een verlaagde waarnemingsdrempel voor lichamelijke sensaties. Een sterk verhoogde score gaat vrijwel altijd gepaard met een sterk verhoogde 'distress' score en vaak ook met een verhoogde angstscore (<http://www.stecr.nl>).

In tabel 4 zijn een aantal klachten en signalen terug te vinden die meer direct de psychosomatiek betreffen. Een aantal van deze zijn al eerder genoemd, anderen zijn een toevoeging op eerder genoemde.

Lichamelijke signalen:

- Vermoeidheid
- Transpireren
- Benauwd gevoel
- Hoofdpijn
- Pijnklachten
- Druk op de borst
- Hyperventilatie
- Onrust gevoelens
- Duizeligheid
- Vaak verkoudheid / griep
- Verhoogde bloeddruk
- Hartkloppingen

Psychische klachten:

- Lusteloosheid
- Prikkelbaarheid, irritatie
- Neerslachtig, somber
- Schrikachtig
- Angst gevoelens
- Concentratie stoornissen
- Piekeren, malen
- Slapeloosheid
- Machteloosheid
- Gejaagdheid, gespannenheid
- Chronisch vermoeid / burn out
- Snel geëmotioneerd

Gedragmatige signalen

- Vermijden / fobieën
- Niet kunnen genieten
- Verminderde draagkracht
- Druk en veel praten
- Te veel eten
- Toenemend alcohol gebruik
- Toenemend koffie gebruik
- Toenemend medicijn gebruik
- Toenemend klagen, verwijt, cynisme, verbittering
- Zich terugtrekken, isoleren
- Piekeren, malen

(<http://www.psychosomatiek.nl>).

Tabel 4

1.3 Voorkomen en co-morbiditeit

Loew (2000) geeft weer dat het hebben van lichamelijke klachten niet zeldzaam is, ongeveer 1% van de bevolking lijdt aan somatiseren. Let wel, dat ook wat betreft het voorkomen en onderstaand co-morbiditeit, somatiseren niet gelijk is aan psychosomatiek maar, zoals eerder genoemd, er wel verwantschap mee vertoont. Bij vrouwen komt somatiseren tien keer vaker voor dan bij mannen. Daarbij hebben vrouwelijke nakomelingen van patiënten die somatiseren een driemaal grotere kans zelf te somatiseren dan andere vrouwen. Dit wil echter niet zeggen dat het om een erfelijke aandoening gaat, omdat eerder via de opvoeding of de voorbeeldfunctie die ouders naar kinderen hebben, een ongunstige manier van omgaan met het eigen lichaam en de eigen gevoelens kan worden overgedragen. Lichamelijke klachten die zich voordoen in plaats van gevoelens als angst, ergernis of verdriet heten affectequivalent. De cliënt verdringt deze gevoelens omdat hij (onbewust) bang is dat de gevoelens een te zware belasting worden en dat hij er aan onderdoor zou kunnen gaan. Voor de buitenstaander zijn de gevoelens echter begrijpelijk, er kan meegevoeld worden gezien de levenssituatie of bepaalde belastende factoren van de cliënt (Loew, 2000). Naast het verschil in prevalentie tussen man en vrouw wat betreft somatiseren bestaan er ook culturele verschillen. Loew (2000) schrijft: "Uit een Amerikaanse studie blijkt dat donkere Amerikanen viermaal vaker ziek zijn dan blanke Amerikanen." Over het

algemeen zijn mensen die de gewoonte hebben hun gedachten en gevoelens onder woorden te brengen minder gevoelig voor deze aandoeningen. Verder treft men somatiseren het meest vaak aan bij mensen die slachtoffer zijn geweest van een trauma, bijvoorbeeld door natuurrampen, ernstig of herhaald seksueel misbruik of een kindertijd die door geweld en verwaarlozing wordt gekenmerkt. Loew (2000) schrijft eveneens: "Ander onderzoek toont aan dat weduwen vaker ziek worden dan mensen die gescheiden zijn of die alleen wonen, in tegenstelling tot bij gehuwden, waar somatiseren het minst vaak bij voorkomt." Dit pleit ervoor dat het meemaken van een sterfgeval in de familiekring een serieuze risicofactor is. De somatisatie klachten beginnen al op jonge leeftijd, bij meer dan de helft al voor het zestiende levensjaar (Loew, 2000).

Een deel van de cliënten die somatiseren, heeft ook last van andere psychische problematiek zoals angsten en depressies (Turk, 1996). Opvallend is de co-morbiditeit die in dit geval betrekking heeft op de somatoforme stoornissen. De co-morbiditeit van somatoforme stoornissen is aanzienlijk, met in het bijzonder angststoornissen, depressieve stoornissen en aan een middel gebonden stoornissen. Er is ook vaak sprake van co-morbiditeit met dissociatieve stoornissen. Bij alle somatoforme stoornissen nemen de co-morbiditeit en het aantal co-morbide stoornissen toe met de leeftijd. Onderzoek van Egger, Costello, Erkanli en Angold (1999) toont aan dat vooral bij meisjes een sterk verband gevonden wordt tussen somatische klachten en angststoornissen en depressieve stoornissen. Bij jongens werd een verband gevonden tussen de depressieve stoornis en de aanwezigheid van spier- en botpijn. Opvallend is het raakvlak met depressie, omdat deze zowel voor jongens als voor meisjes aangegeven wordt. Dit heeft deels te maken met een verminderde kwaliteit van leven en deels met biologische mechanismen. Er blijken ook onafhankelijke biologische en genetische factoren te bestaan die een risicofactor vormen voor zowel depressie als een somatische aandoening, bijvoorbeeld migraine. Deze risicofactoren worden ook wel 'common denominators' genoemd. Depressie en somatiek beïnvloeden elkaar wederzijds. Bij een depressie doen zich vaak somatische verschijnselen voor (bijvoorbeeld gewichtsverlies), echter somatische problematiek kan ook een depressie veroorzaken (bijvoorbeeld bij schildklierziekte). Het is dan ook van belang dat behandelaars van depressieve cliënten, oog hebben voor de lichamelijke klachten die zich voordoen. De laatste paar jaar is dan ook een samenwerkingsverband ontstaan tussen de geestelijke gezondheidszorg en huisartsen en wordt er meer onderzoek verricht naar de co-morbiditeit die er bestaat tussen somatiek en depressie (<http://www.ggzbuitenamstel.nl>). Uitsluitend bij jongens werd ook co-morbiditeit met externaliserende stoornissen aangetroffen. Jongens met een gedragsstoornis rapporteerden vaker hoofdpijn dan jongens zonder gedragsstoornis. Jongens met een oppositioneel opstandige gedragsstoornis en jongens met ADHD rapporteerden vaker buikpijn dan jongens zonder deze stoornissen (Egger et al., 1999). Ten aanzien van de pijnsymptomen geldt dat deze vaak gecombineerd voorkomen. Zo komt hoofdpijn vaker voor bij kinderen met recidiverende buikpijn dan bij kinderen in de algemene populatie.

1.3.1 Co-morbiditeit vanuit de praktijk

De therapeuten die aan ons praktijkonderzoek hebben meegewerkt hebben ook uitspraken gedaan over het voorkomen van lichamelijke klachten bij psychische problematiek. Depressie, angst, trauma en persoonlijkheidsstoornissen worden vaak genoemd wanneer er gesproken wordt over co-morbiditeit. Wat betreft de depressie en angst die deze therapeuten noemen, komt dit overeen met de co-morbiditeit zoals weergegeven in de literatuur.

1.4 Slotbeschouwing

Om onze eerste deelvraag te kunnen beantwoorden maken wij gebruik van deze laatste paragraaf. Uit de literatuur blijkt dat als algemeen beeld betreffende de psychosomatiek wordt geschreven over lichamelijke klachten die beïnvloed worden door psychische problematiek. Uitgebreider houdt dit in dat psychosomatiek wordt gediagnosticeerd wanneer psychisch betekenisvolle gebeurtenissen gerelateerd worden aan lichamelijke klachten, die gekenmerkt worden door een aantoonbare organische pathologie of door een pathofysiologisch proces. Psychosomatische klachten onderscheiden zich van andere lichamelijke klachten, doordat emotionele, cognitieve en andere psychische processen zich opvallender of frequenter voordoen.

Er is een grote verscheidenheid aan lichamelijke klachten die kunnen optreden als gevolg van psychische problematiek. Naast de verscheidenheid aan lichamelijke klachten komen de psychosomatische klachten vaak voor in combinatie met psychische stoornissen, waarbij voornamelijk de depressieve stoornis, een trauma (post traumatische stressstoornis) en angststoornissen genoemd worden. Verder is het opvallend dat wat betreft de somatiek wordt genoemd dat de lichamelijke klachten vaak al voor het zestiende levensjaar optreden.

Nu het begrip psychosomatiek zijn definitieve vorm heeft gekregen, zal in het volgende hoofdstuk ingegaan worden op theoretische uitgangspunten een rol kunnen spelen bij de behandeling van psychosomatiek.

H2 Theoretische uitgangspunten

Er zijn in de psychologie veel verschillende theorieën, modellen, mechanismen en verklaringen die proberen weer te geven hoe somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten ontstaan en onderhouden worden. Elk uitgangspunt heeft zijn eigen invalshoek wat betreft de psychosomatiek en de behandeling ervan. Waar bij de ene de somatische aandoening op de voorgrond staat, heeft de andere meer aandacht voor psychische problematiek. Een aantal van deze uitgangspunten zullen behandeld worden in dit hoofdstuk in verband met onze tweede deelvraag "Welke uitgangspunten vanuit de psychologie zijn van belang voor de behandeling van psychosomatiek bij jongeren (12-18) en volwassenen (18+)?" Ook bij een aantal van deze uitgangspunten wordt expliciet gesproken van somatiseren, somatiek en somatoform en ook in dit geval gaat op dat deze begrippen een andere betekenis hebben dan die van de psychosomatiek. Toch zullen enkele van deze uitgangspunten genoemd worden, omdat er waardevolle invalshoeken in naar voren komen die specifiek op de psychosomatische klachten gericht zijn en die van belang zijn wat betreft de creatief therapeutische beeldend behandeling. Achtereenvolgens zullen in de verschillende paragrafen het biomedische en ziektemodel, de zwakke schakeltheorie, stress en coping, het biopsychosociaal model, cognitieve factoren, de cognitieve gedragstherapie, sociale leermechanismen, affectieve factoren, specificiteitstheorieën, het gevolgenmodel, psychodynamische verklaringen, de Gestalttherapie, de Rogeriaanse psychotherapie, de Reichiaanse benadering, de bio-energetica, de theorie van Petzold, de vaktherapieën, het transtheoretisch model van Prochaska en Diclemente aan de orde zijn en zullen uitgangspunten vanuit de praktijk worden genoemd.

2.1 Het biomedische en ziektemodel

Het biomedische model gaat terug tot in de Griekse oudheid en werd door Descartes in de zeventiende eeuw vastgelegd. Het model stelt dat klachten afkomstig zijn van een ziekte-toestand waar een verstoorde biologie aan ten grondslag ligt. Specifiek voor de lichamelijke klachten blijkt, dat fysiologische verklaringen falen om de klachten (volledig) te kunnen verklaren. Zo blijken er vaak discrepanties te bestaan tussen de fysiologische stoornis, de pijnrapportage en de beperking in functioneren die men ervaart. Veel behandelingen tegen de pijn die voor de tweede helft van de negentiende eeuw werden ingezet, hadden dan ook geen adequate fysiologische basis. Toch gaven ze soms verlichting. Dit wordt ook wel een placebo effect genoemd of psychologische genezing. Dit geeft impliciet de boodschap dat de klachten die verlicht worden, ingebeeld zijn. Ook nu nog, bij moderne behandelingen die gebaseerd zijn op de kennis van de fysiologie, is er soms geen relatie tussen het effect op de fysiologie en het effect op de pijn. Dit is bijvoorbeeld het geval bij biofeedback als ze toegepast wordt bij hoofdpijn, temporo mandibulaire dysfunctie (TMD, klachten van en rondom de kaakgewrichten) en rugpijn. Biofeedback kan een vermindering in de pijn geven, maar dit correspondeert niet volledig met de veranderingen in de elektro-myo-grafie (EMG, neurologisch onderzoek waarbij de werking van de spieren en zenuwen kan worden gemeten).

Het ziektemodel sluit aan op het biomedische model, in die zin dat de fenomenen en de pijn, die men bij chronische aandoeningen aantreft, niet tot de ziekte behoren, maar als secundair beschouwd moeten worden. Het zouden reacties op de ziekte zijn, welke na genezing zullen verdwijnen. Chronische pijn is dus een opeenstapeling van psychische, sociale en biologische factoren. Hoewel aan alle recht gedaan moet worden, ziet men pas de laatste dertig jaar

pogingen ontstaan om een overkoepelend model van pijn te ontwikkelen. Wanneer echter blijkt dat de lichamelijke klachten niet correleren met observeerbare aard en gevolgen van ziekten, ontstaan er problemen met beider deze modellen (Turk, 1996).

2.2 De zwakke schakeltheorie

Net als het biomedische en het ziektemodel, richt ook de zwakke schakeltheorie zich meer direct op het lichaam. Deze theorie gaat er namelijk van uit dat er een constitutionele kwetsbaarheid is voor een specifiek orgaansysteem. Het gaat hierbij om factoren die terug te vinden zijn in de aanleg, waarvan het familiale karakter vaak al wel bekend is. De meest kwetsbare organen binnen het lichaam beginnen slecht te functioneren of raken beschadigd in reactie op langdurige en stressvolle stimulering. De belangrijkste kritiek op deze theorie is dat de relatieve zwakte of kwetsbaarheid van een specifiek orgaan moeilijk vast te stellen is (Lachman, 1972, zoals geciteerd in Bosch, 1988).

2.3 Stress en coping

De term stress heeft betrekking op elke verandering in de interne en externe omgeving, die van voldoende intensiteit en duur is om de adaptieve capaciteit van een persoon te belasten of op de proef te stellen. Bij langdurige stress kunnen psychosomatische klachten het gevolg zijn. Van belang voor onderzoek naar de psychosomatiek zijn in dit geval 'life-events'. Dit zijn mogelijke stressoren die kunnen leiden tot lichamelijke klachten (Johnson, 1982; 1986, zoals geciteerd in Bosch, 1988). Welke 'events' stressvol zijn en welke niet, is sterk persoonsafhankelijk. Significante correlaties tussen bepaalde 'stressoren' en een psychologisch slechte aanpassing wijzen niet automatisch op causale verbanden. Johnson (1982; 1986) noemt in dit verband bemiddelende variabelen die bepalen onder welke omstandigheden en bij wie de relatie het meest sterk is.

Vanuit een meer cognitief theoretisch referentiekader bekeken, komt dan de informatieverwerking centraal te staan. Lazarus (Kleber, 1972, zoals geciteerd in Bosch, 1988) legt binnen dit kader de nadruk op de interpretatie van een situatie, die al dan niet als gevaarlijk of bedreigend beoordeeld wordt. Er wordt onderscheid gemaakt tussen stressoren en de reacties erop. De stijl van interpretatie en coping zijn hierbij van belang. Bij een interne oriëntatie impliceert het coping gedrag dat de persoon zichzelf in staat acht de gebeurtenissen in zijn omgeving, evenals de reacties hierop, te beheersen. Ongewenste emotionele reacties zouden daardoor verminderd of voorkomen kunnen worden. Bij een externe oriëntatie ervaart men zichzelf als hulpeloos, zonder greep op de gebeurtenissen om zich heen. Extern georiënteerden zouden daarom een groter risico lopen om psychosomatische klachten te krijgen. Hun gedragsstijl vormt dus een extra risico voor gezondheidsklachten.

Vanuit een systeemtheoretische benadering bekeken, zijn het gezinssysteem en onderlinge communicatiepatronen tussen de gezinsleden de belangrijkste analysedoelen. Voor kinderen en jongeren vormt de gezinscontext de meest directe omgeving. Gezinsinteractionele processen worden in de verklaring en vooral in de behandeling van psychosomatische stoornis betrokken. De psychosomatische stoornis dient volgens dit model voor de handhaving van de gezinshomeostase. Systeemtheoretische modellen blijken vooral in therapeutische zin te worden uitgewerkt, ook wel 'psychosomatogene gezinnen'. Minuchin (1983, zoals geciteerd in Bosch,

1988) beschrijft vier typerende gezinskenmerken te weten een gebrek aan roldifferentiatie, overbeschermden attitudes ten aanzien van elkaar, rigiditeit met betrekking tot rolwisseling en gebrek aan conflictoplossing. Voor een zich ontwikkelende en zich handhavende psychosomatische klacht kan zowel een speciaal type gezinsorganisatie als ook een zekere betrokkenheid van de cliënt in ouderlijke conflicten, bepalend geacht worden.

2.4 Het biopsychosociaal model

Eén van de modellen die (mis)interpretaties als uitgangspunt heeft is het biopsychosociale model. Dit model gaat niet enkel uit van het somatische niveau van de klachten, maar besteedt ook aandacht aan emoties, cognities, gedrag en omgevingsreacties. Daarnaast is dit model goed bruikbaar om de context te analyseren waarin de somatische klachten zijn ontstaan en eventueel blijven voortbestaan. Het gaat daarbij niet om één mogelijke oorzaak, maar meerdere mogelijke oorzaken die op elkaar inwerken. Er is een complexe interactie tussen biologische, psychologische en sociale variabelen. Hierbij is het verschil tussen ziekte en ziek zijn essentieel. De ziekte is algemeen gesteld een objectief biologische gebeurtenis. Ziek zijn is de subjectieve ervaring of zelf attributie dat er een ziekte aanwezig is, welke discomfort geeft en emotionele distress. Ziek zijn verwijst meer naar het ziektegedrag en ziektebeleving. Waar het biomedische model zich richt op de ziekte, richt het biopsychosociale model zich meer op het ziek zijn als een resultaat van de complexe interactie tussen biologische, psychologische en sociale variabelen. Er is hierbij sprake van een interactie waarin elke cliënt verschillend reageert op de eigen problematiek.

De grote verschillen in responderen van cliënten op symptomen wordt in het biopsychosociale model dynamisch in de tijd begrepen vanuit die complexe interactie. Longitudinale, multifactoriële, dynamische en wederkerige biopsychosociale factoren geven zo in de tijd vorm aan de ervaringen en de reacties van de cliënt. Het onderlinge gewicht van de verschillende biopsychosociale factoren kunnen gedurende het verloop gaan veranderen. Zo ziet men in de acute fase de biologie meer overheersen, terwijl in de chronische fase juist de psychosociale factoren van belang zijn. Er is niet alleen een aanzienlijke variatie in gedragsmatig en psychisch functioneren op symptomen tussen personen met dezelfde ziekte in ernst en stadium, maar ook binnen één individu kan dit functioneren per fase sterk verschillen (Turk, 1996).

2.5 Cognitieve factoren

Wanneer men er van uitgaat dat pijn een unieke, complexe en subjectieve ervaring is, dan is kennis van de overgevoelige gedachten, de schatting ervan en de manier van omgaan belangrijk voor de behandeling en de evaluatie van de pijn. Turk (1996) geeft het volgende aan: "Verschillende onderzoeken geven weer dat de houding, overtuiging en verwachtingen van de patiënt over zijn onaangename situatie, zichzelf, zijn manier van omgaan en het gezondheidssysteem voor een belangrijk deel de rapportage van de pijn, de activiteit, de beperking en de respons op de behandeling beïnvloeden."

Wat betreft de overtuigingen ten aanzien van de pijn, heeft pijn van een beschadigende input, meer lijden als men denkt dat de beschadiging zich uitbreidt, dan wanneer men denkt dat het een stabiele beschadiging betreft die zich kan herstellen. Ook als men gelooft dat de pijn blijft, is men passiever in de manier van omgaan met de pijn en maakt men minder gebruik van cognitieve of gedragsmatige pijn coping strategieën. Als men geen verklaring heeft voor de pijn

is men negatief over het eigen vermogen om de pijn te beheersen en schat men zichzelf laag in wat betreft de capaciteit om met de pijn om te gaan. Men ervaart meer pijn, als de pijn toegeschreven wordt aan een verslechtering van het ziekteproces. Ook de aanwezigheid van de pijn zelf kan de verwerking van pijngerelateerde stimuli veranderen. Door preoccupatie met pijn, met als gevolg het selectief richten van de aandacht, gaat men misschien niet beschadigende stimuli als pijnlijk ervaren. Turk (1996) schrijft: "Een studie liet zien dat 83% procent van de lage rugpijn patiënten van mening was dat ze de opgedragen beweging (bijvoorbeeld het been heffen en zijwaarts buigen) niet konden volbrengen in verband met de te verwachte pijn. Slechts 5% kon deze beweging werkelijk niet uitvoeren. Dergelijke negatieve percepties van de capaciteiten leiden tot een negatieve vicieuze cirkel. Als men gelooft dan men beperkt is door pijn gedraagt men zich hier ook naar." Pennebaker (1993) geeft aan dat als cognitieve structuren eenmaal gevormd zijn, zoals de mening over de oorzaak van de pijn, deze zeer stabiel en moeilijk beïnvloedbaar blijken te zijn. Mensen vermijden namelijk niet bevestigende ervaringen en laten zich leiden door de huidige cognities, die daardoor bevestigd worden, ook al zijn deze niet meer geldig. Van belang voor de behandeling van de pijn is dat wanneer de cliënt de aangeboden informatie over de rol van cognitie, affect en gedrag, op de pijn van toepassing vindt, dit een betere behandeluitkomst geeft, dan voor diegenen die het daar niet mee eens zijn. Het blijkt dat er dan tijdens succesvolle behandeling een cognitieve verschuiving plaatsvindt, van gedachten over hulpeloosheid en passiviteit, naar gedachten over weerbaarheid en het vermogen te functioneren ondanks pijn. Het al of niet plaatsvinden van een dergelijke verschuiving voorspelt voor wie het therapieproces succesvol is en voor wie niet. Het kunnen begrijpen van de pijn, zorgt voor minder stress en pijn. "De vermindering van negatieve oordelen en het toenemen van positieve oordelen, blijken een belangrijk modulatoremechanisme te zijn bij vele effectstudies over pijn", aldus Turk (1996). De ervaren zelfcontrole lijkt daarbij meer van belang dan de werkelijke zelfcontrole. Het is essentieel voor de cliënt die pijn ervaart dat hij aannemelijke gedachten ontwikkelt over de relatie tussen stoornis, pijn, lijden en beperking. Hij moet het belang van de rol van de ervaren pijn op het functioneren ontcrachten (Turk, 1996).

Dan wat betreft gedachten over de beheersbaarheid van de pijn. Als men verwacht dat een activiteit pijn zal doen, blijkt de ervaren pijn ook werkelijk hoger te zijn. "Er zijn vele laboratoriumstudies die laten zien dat de beheersbaarheid van niet gewenste stimuli, de impact ervan vermindert", schrijft Turk (1996). Veel cliënten met chronisch pijnklachten menen bijvoorbeeld dat ze geen controle hebben over de pijn. Dit demoraliseert en kan tot hulpeloosheid leiden. De algemene en situatie specifieke pijngerelateerde gedachten over controle, bepalen meer de pijn (voor 32%) en beperking (voor 60%) dan de ziekte gerelateerde variabelen (Turk, 1996).

'Self-efficacy' is de overtuiging dat men een bepaalde activiteit succesvol uit kan voeren om tot een gewenst resultaat te komen. Deze overtuiging kan een belangrijke bemiddelaar van therapeutische behandeling zijn. 'Self-efficacy' is gebaseerd op een viertal informatiebronnen. De eerste zijn de eigen eerdere prestaties op het uitvoeren van een soortgelijke activiteit. De tweede betreft de prestaties van een gelijke ander op een soortgelijke activiteit. De derde zijn anderen die je overtuigen dat je het kunt. De vierde is de waarneming van de eigen staat van lichamelijke arousal (spanningsgevoelens) die men misschien is gaan associëren met een verminderde overtuiging dat men een activiteit succesvol uit kan voeren.

Wanneer men een bepaalde activiteit herhaaldelijk uitvoert en de ervaring opdoet dat men vaardig is wat betreft deze activiteit, kan de 'self-efficacy' toenemen. Er is gebleken dat een lage 'self-efficacy' ten aanzien van pijnbeheersing, correleert met een lage pijn tolerantie. Er bestaat samenkomend bewijs uit klinische studies en laboratoriumstudies, dat de waargenomen 'self-efficacy' fungeert als een belangrijke cognitieve factor in pijnbeheersing, adaptief psychologisch

functioneren, beperkingen, stoornissen en behandeluitkomst. Turk (1996) geeft weer: "Bandura stelde dat technieken die de beheerservaring versterken het beste werken om gedrag te veranderen. Wil men iemand pijnbeheersing technieken laten gebruiken, dan moet de ervaring opgedaan worden dat men deze met succes kan uitvoeren. Bandura stelde eveneens dat cognitieve variabelen de primaire determinanten van gedrag zijn, maar dat deze variabelen op hun beurt beïnvloed worden door de wijze waarop zij optreden."

Een cognitieve fout is een negatief vertekende overtuiging die men over zichzelf of een situatie heeft. Mensen met bijvoorbeeld chronische pijnklachten maken meer cognitieve fouten over het leven met chronische pijnklachten, dan over de intensiteit van de pijnklachten op zich. Des te meer van deze fouten gemaakt worden, des te negatiever men gaat denken en des te depressiever men zich voelt. Dergelijke negatieve gedachten hebben te maken met het voorspellen van de aanpassing aan de pijnklachten op de lange termijn.

Copingstijlen en in catastrofes denken, ook wel catastroferen genoemd, zijn belangrijke factoren die de reactie van een persoon op pijn bepalen. Gedurende een cognitief-gedragsmatige behandeling is een vermindering in catastrofes significant gerelateerd aan een toename in pijntolerantie en vermindering in fysieke en psychosociale problematiek. Echter de zelfregulatie van pijn en de impact van de pijn, hebben zoals aangegeven, ook te maken met copingstrategieën. Omgaan met pijn kan bijvoorbeeld zijn het nemen van rust, medicatie en het gebruik van relaxatie. Dit zijn zichtbare copingstrategieën. Interne strategieën zijn onder andere verschillende manieren van afleiden van de pijn, geruststellen dat de pijn zal verminderen, informatie zoeken en problemen oplossen (Turk, 1996).

2.6 De cognitieve gedragstherapie

Bij de cognitieve gedragstherapie stimuleert de therapeut de cliënt tot nieuwe inzichten te komen. De cognitieve therapie maakt gebruik van gedragsexperimenten, waardoor de cliënt door zich op een specifieke manier te gedragen, test of zijn voorspellingen uitkomen of niet. Op deze wijze verkrijgt hij door ervaringen informatie over de houdbaarheid van oude en nieuwe opvattingen (<http://www.ccg.nl>).

Inmiddels is cognitieve gedragstherapie uit onderzoek effectief gebleken bij veel aandoeningen zoals depressie, gegeneraliseerde angststoornis, paniekstoornis, fobieën, verslavingen en eetstoornissen. Het uitgangspunt van de cognitieve gedragstherapie is dat alle psychische problematiek wordt gekenmerkt door vervormde of disfunctionele denkgewoonten die de stemming en het gedrag beïnvloeden (<http://www.hulpgids.nl>). De therapeut stelt zich bij de cognitieve gedragstherapie steunend, empathisch en actief op en probeert samen met de cliënt een team te vormen. Alleen bij rationeel emotieve therapie (RET) neemt de therapeut een meer confronterende houding aan (<http://www.ccg.nl>).

2.7 Sociale leermechanismen

Kinderen verkrijgen hun attitudes over gezondheid, perceptie en interpretatie van klachten en fysiologische processen en de juiste respons op kwetsuren en ziektes, van hun ouders en sociale omgeving. Er wordt ook wel gesproken van sociale leermechanismen. Sociale leermechanismen spelen een rol bij pijn. Fysiologische reacties op pijn kunnen bijvoorbeeld geconditioneerd worden door het observeren van anderen met pijn. De externe 'health locus of control' (LOC)

speelt hierbij een rol. Dat wil zeggen dat men het verloop van gebeurtenissen eerder toeschrijft aan toeval of het lot, dan dat men dit zelf beïnvloedt (Turk, 1996).

2.7.1 Operante leermechanismen

Turk (1996) schrijft: "De operante benadering geïnitieerd door Fordyce, contrasteert sterk met het eerder genoemde biomedische model." De pijngedragingen staan centraal en niet zo zeer de pijn op zich. Pijngedrag bestaat voor een belangrijk deel uit vermindering van de vermeende oorzakelijke stimulus. Op dit observeerbare gedrag zijn operante leerprincipes toepasbaar. Pijngedrag (bijvoorbeeld klagen, pijn tonen en inactiviteit) kan namelijk direct worden bekrachtigd door bijvoorbeeld aandacht van anderen. Er is dan sprake van een positieve bekrachtiging. Pijngedrag kan ook versterkt worden door het uitblijven van een negatieve consequentie, bijvoorbeeld bij medicijngebruik en vermindering, waardoor geen pijn ontstaat. Er is dan sprake van negatieve bekrachtiging. Wanneer het gewenste gezondheidsgedrag in verhouding onvoldoende bekrachtigd wordt, zouden de meer beloonde pijngedragingen aanwezig blijven. De in oorsprong organisch uitgelokte pijngedragingen kunnen daardoor volledig omgevingsafhankelijk worden.

Dit model ziet pijn als een interne subjectieve ervaring die lang na de oorspronkelijke fysiologische aanleiding kan blijven bestaan. Het model richt zich hierbij vooral op het zichtbare pijngedrag. Turk (1996) schrijft dat: "Verschillende studies bewijzen leverden voor dit model." Door juiste verbale bekrachtiging kan inactiviteit afnemen en activiteit toenemen. Cliënten met pijn meldden in een experimentele setting ook meer pijn wanneer er een neutrale persoon aanwezig was dan bij een niet steunende persoon. Hadden ze een steunende persoon dan meldden ze meer pijn als die aanwezig was in plaats van een neutrale aanwezige. Een andere studie heeft volgens Turk (1996) aangetoond dat cliënten met chronisch pijn meer intense pijn meldden als ze aangaven een steunende persoon in hun naaste omgeving te hebben. Deze persoon kan zo fungeren als discriminatieve stimulus voor het al of niet tonen van pijngedrag en de intensiteit daarvan. De aanwezigheid van een discriminatieve stimulus is een signaal dat bepaalde gedragingen beloond zullen worden. Behandeling met operante leerprincipes verloopt door middel van het uitdoven van het pijngedrag, door het wegnemen van de bekrachtigers, en het bekrachtigen van gewenst gezondheidsgedrag. Turk (1996) schrijft: "Uit diverse studies blijkt dat dit effectief is." Kritiek op dit model betreft het eenzijdige accent op het motorische pijngedrag, het falen om emotionele en cognitieve aspecten van pijn binnen het model te plaatsen en de subjectieve ervaring van pijn te behandelen (Turk, 1996).

2.7.2 Respondente leermechanismen

Impulsen vanuit een beschadiging, ook wel nociceptie genoemd, kunnen gezien worden als ongeconditioneerde stimuli die pijn en sympathische activatie als ongeconditioneerde respons hebben. Waarbij sympathisch staat voor een aandoening ten gevolge van een (gelijke) aandoening op een andere plaats in het lichaam (Jochems en Joosten, 2000). Bepaalde activiteiten en hoe de cliënt omgaat met deze activiteiten kunnen, wanneer deze herhaaldelijk optreden bij de nociceptie, geassocieerd raken aan de pijn en sympathische activatie. Deze pijn en sympathische activatie worden dan de geconditioneerde respons op de activiteit en de omgang met deze activiteiten wordt dan de geconditioneerde stimuli. De verbinding die zo ontstaat tussen deze stimulus en respons, kan lang blijven bestaan, ook al is de oorspronkelijke nociceptie met de bijbehorende ongeconditioneerde pijn en sympathicus activatie al lang verdwenen. Het ontstaan en vermijden van bepaalde activiteiten blijken meer gebonden te zijn aan angst voor de pijn, dan aan actuele bekrachtiging. Als de pijn eenmaal bestaat zullen activiteiten waarvan de cliënt verwacht dat ze pijn geven, motiveren tot vermindering van die activiteiten. De vermindering van deze activiteiten zorgt ervoor dat er geen bevestiging van die

pijnverwachting plaats vindt en dat deze verwachting ook niet bijgesteld wordt. De cliënt blijft de pijn verwachten bij een bepaalde activiteit, ondanks dat de activiteit niet daadwerkelijk uitgevoerd wordt. De pijn blijft uit en is op zijn beurt een sterke bekrachtiger van het vermijden. Dus de oorspronkelijke respondent conditionering kan gevolgd worden door eerder genoemde operante conditionering. Vele stimuli blijken zo op den duur de pijn te kunnen verergeren en men gaat die vermijden, dit wordt ook wel stimulus generalisatie genoemd. Pijn kan in dergelijke situaties daadwerkelijk makkelijker optreden, omdat de anticipatieangst de musculaire tonus en de sympathicus activiteit verhoogt. Op deze wijze kunnen psychologische factoren de nociceptieve stimulatie beïnvloeden. Het voorspellen van pijn promoot vermijdingsgedrag en het overdreven voorspellen van pijn promoot overdreven vermijding. Bij deze vermijding kunnen depressie, angst en anticipatieangst optreden. Wanneer een activiteit toch wordt uitgevoerd en er herhaaldelijk geen bevestiging van de voorspelde pijn is, leidt dit tot het bijstellen van de verwachtingen en dus de vermijding. Hier ligt voor een deel een taak voor de fysiotherapie, namelijk het stapsgewijs opbouwen van activiteit, ondanks de angst van de cliënt voor verergering van de pijn. Deze opbouw moet de cliënt tonen dat activiteiten minder pijn geven dan men verwachtte.

2.7 Affectieve factoren

Pijn is een unieke persoonlijke ervaring, maar wordt vaak in sensorische en (negatieve) affectieve aspecten beschreven. "Er bestaat overweldigend bewijs", aldus Turk (1996), voor de interactie tussen de sensorische informatie en affectieve toestand bij pijn. Al eerder werd de invloed van angst op de perceptie en tolerantie van pijn en arousal toegelicht. Eveneens werd depressie al kort genoemd, in de meeste gevallen als een reactie op een hopeloze toestand. Boosheid blijkt echter ook een deel van de variatie in pijnklachten te verklaren.

Er is eveneens een effect van gedachten op sympathische arousal en spiertonus. Situaties die als bedreigend voor comfort of veiligheid geschat worden, genereren sterke fysiologische reacties. Denken aan een pijnstimulus kan de fysiologische arousal al verhogen. Cliënten met pijnklachten maken hun problemen nogal eens groter dan ze daadwerkelijk zijn. Op deze manier wordt de sympathicus activiteit verhoogd (wat bijvoorbeeld zorgt voor een verhoogde hartslag, verwijding van de bloedvaten en een het verhogen van de ademhaling). Dergelijke chronisch verhoogde sympathicus activiteit, wat de spiertonus verhoogt, kan voor hyperactieve spiercontractie zorgen. Mogelijk zorgt het ook voor een continuering van een contractie na bewuste spier activering, wat uiteindelijk tot meer pijn zou kunnen leiden. Het is echter waarschijnlijk verstandiger abnormale psychofysiologische patronen als antecedenten of als consequenties van chronische pijn te zien, die de symptomen kunnen onderhouden of verergeren. Er wordt dan niet direct een etiologische significatie aan gegeven.

2.8 Specificiteitstheorieën

De specificiteitstheorieën analyseren de psychosomatiek op hoger niveau, namelijk dat van de persoonlijkheid en psychodynamiek van de cliënt. Het persoonlijkheidsprofiel model, een model gebaseerd op conflict en emotionele specificiteit en de respons specificiteitstheorie vallen hier onder. Dunbar (Lipton, Steinschneider & Richmond, 1966, zoals geciteerd in Bosch, 1988) beschrijft het persoonlijkheidsprofiel model, waarbij aangegeven wordt dat persoonlijkheidsprofielen correleren met specifieke fysiologische stoornissen. Alexander (1950, zoals geciteerd in Bosch, 1988)

beschrijft het model gebaseerd op conflict en emotionele specificiteit, waarbij elke conflictsituatie of emotionele toestand wordt vergezeld door een specifiek patroon van fysiologische reacties. Elke psychosomatische stoornis heeft een kenmerkende configuratie, dat wil zeggen dat het gestoorde of ontregelde orgaan, gerelateerd zou zijn aan de specifiek daarbij betrokken conflictsituatie. Genetische predispositie speelt daarbij een rol. Er zijn volgens hem twee hoofdtendenties, die aan een intrapsychisch conflict ten grondslag kunnen liggen. Enerzijds de neiging tot agressie en competitie. Anderzijds de neiging tot terugtrekking en afhankelijkheid. Wanneer de neiging tot agressiviteit wordt geblokkeerd treedt een aanhoudende activatie van het sympathische deel van het autonome zenuwstelsel op. Wanneer er voor de neiging tot afhankelijkheid geen uitingsmogelijkheden bestaan, komt het parasymphatische deel (dit deel zorgt ervoor dat als het lichaam in rust is of in slaap toestand dat de stofwisseling, de celgeneratie en de opbouw van onze lichaamsreserves gestimuleerd worden) onder hoogspanning te staan. Specificiteit in lichamelijke klachten binnen deze twee 'kernconflicten' zou het gevolg zijn van de specifieke wijze waarop een tendentie zich voordoet bij een individu. Ook Garssen en Hoevenaars (1980, zoals geciteerd in Bosch, 1988) sluiten zich hierbij aan. De kritiek die op deze theorie gegeven wordt heeft te maken met dat er te eenvoudig onderscheid gemaakt wordt tussen de sympathische en parasymphatische innervatie enerzijds en de daaraan gerelateerde conflictsituaties anderzijds (Braütigam en Christian, 1975, zoals geciteerd in Bosch, 1988). Graham (Garssen & Hoevenaars, 1980, zoals geciteerd in Bosch, 1988) geeft de respons specificiteitstheorie weer. Elk psychologisch proces zou ook in fysische termen te beschrijven zijn. Het gaat om geïntegreerde responspatronen, waarvan zowel cognities en subjectieve emoties als fysiologische reacties deel uit maken. Cliënten met verschillende psychosomatische klachten zouden gekarakteriseerd worden door een specifieke attitude ten opzichte van stressvolle situaties. Deze theorie kan van diagnostisch en therapeutisch belang zijn, omdat een bepaalde houding ook een bepaalde aanpak vereist (actief tegenover passief). De kritiek op deze theorie onderschrijft Bosch (1988) als dat bepaalde persoonlijkheidskenmerken of emotionele conflictsituaties te sterk gerelateerd worden aan specifieke lichamelijke klachten.

2.9 Het gevolgenmodel

Speckens en Spinhoven van Rood (1999) hebben het gevolgenmodel ontwikkeld als handvat voor de aanpak van klachten waarvan de oorzaak niet duidelijk is. Zij ontdekten namelijk dat lichamelijke klachten bij cliënten vaak gedachten opriepen die ongunstige gevolgen hadden met betrekking tot de lichamelijke klachten. Uit eerder onderzoek (Swinkels, 2003), blijkt dat een behandeling gericht op de gevolgen van de aandoening, vaak verbetering geeft. Het gevolgenmodel zou in het bijzonder nuttig zijn bij de aanpak van somatoforme verschijnselen. Speckens en Spinhoven van Rood (1999) omschrijven cognitieve, gedragsmatige, lichamelijke en interpersoonlijke gevolgen. Bij cognitieve gevolgen gaat het er om dat cliënten hun aandacht vaak richten op de klachten en daardoor ook meer klachten ervaren. Er ontstaat een vicieuze cirkel, die onderbroken kan worden door afleiding. Selectieve aandacht speelt in dit geval ook een rol. De momenten met klachten vallen op en de periodes zonder klachten worden vaak vergeten. Bij gedragsmatige gevolgen gaat het er om dat lichamelijke klachten gevolgen kunnen hebben voor de bezigheden van mensen. Dit leidt tot een achteruitgang in de lichamelijke en geestelijke conditie, wat er eveneens toe bijdraagt dat mensen meer klachten krijgen. Dit wordt ook wel een vicieuze cirkel of neerwaartse spiraal genoemd. Om deze vicieuze cirkel of neerwaartse spiraal te voorkomen dient men activiteiten geleidelijk en consequent uit te breiden (Fordyce, Brockway, Bergman & Spengler, 1986). Met lichamelijke gevolgen wordt de pijn bedoeld die tot spierspanning kan leiden. De cliënt wil een pijnlijke plek ontzien, maar neemt daarvoor een geforceerde houding aan. Voornamelijk bij langdurige pijn komt dit voor.

Interpersoonlijke gevolgen zijn gevolgen die betrekking hebben op het persoonlijk functioneren van de cliënt in zijn omgeving. Door de lichamelijke klachten kunnen cliënten bijvoorbeeld geïrriteerd raken of zich ziek melden. Deze gevolgen kunnen er voor zorgen dat deze cliënten zich overmand voelen, hun perspectief verliezen en bepaalde depressiviteit ontwikkelen. Dit maakt het moeilijker de bestaande klachten te verdragen, waarmee dezelfde klachten meer last veroorzaken (<http://stecr.nl>).

2.10 Psychodynamische verklaringen

Psychodynamische verklaringen gaan uit van het conversiemodel. Inhoudelijk omvat dit model de opvatting dat de keuze van een specifiek orgaan alleen begrepen kan worden, wanneer de onderdrukte gevoelens en conflicten bij de cliënt worden geïdentificeerd. De lichamelijke klachten hebben daarbij een symbolische betekenis, ze zijn uitdrukking en resultaat van onbewuste conflicten (Turk, 1996).

2.11 De Gestalttherapie

De Gestalttherapie profileert zichzelf als een eenheidsbenadering. Het is een holistische benadering, waarbij uitspraken gedaan worden over de eenheid van lichaam en geest. De kracht van de Gestalttherapie ligt in de poging splitsingen op te heffen en heelheid te bevorderen, zodat zichtbaar kan worden dat het maken van scheidingen vaak een kunstmatige aangelegenheid is

De Gestalttherapie, die de eenheid voorop stelt, ziet lichaam en geest als twee aspecten die een zelfde gebeurtenis aanduiden. Melancholie heeft vanuit dit oogpunt bijvoorbeeld twee symptomen, namelijk een verdikking van de galsappen en een diepe droefheid. Perls (1992) geeft daarbij aan dat beide symptomen niet verbonden zijn als oorzaak en gevolg, maar dat het twee manifestaties van één gebeurtenis zijn. De Gestalttherapie is echter niet verregaand in de ontkenning van de afzonderlijke symptomen. Lichaam en geest zijn wel verschillende waarheden, maar van één geheel.

Wat betreft de psychosomatiek geeft de Gestalttherapie ook aan, dat dit begrip eigenlijk niet nodig is. Lichamelijke klachten hoeven niet verklaard te worden vanuit de psychische gesteldheid en andersom. Lichaam en geest drukken namelijk hetzelfde uit (<http://www.gestaltweb.nl>).

2.12 De Rogeriaanse psychotherapie

Vossen (zoals geciteerd in Swilders & De Haas, 1999) schrijft dat Rogeriaanse psychotherapie niet gericht is op één probleem, of een deel van het probleem, maar op de groei van de persoon. De gehele persoon op zich is van belang. Er ontstaat een relatie tussen cliënt en therapeut die groeibevorderend is. De Rogeriaanse psychotherapie is een ontwikkelingspsychologische therapie. Karakteristieken van deze therapie, zijn gericht op die therapeutische relatie en bestaan uit echt zijn (congruentie), de ander aanvaarden zoals hij is en empathie. Als vierde aspect is toegevoegd dat de cliënt in zekere zin deze kenmerken ervaart. Het therapeutisch handelen is opgebouwd uit drie fasen. De eerste is die van het weten, de tweede is die van het zien, de derde en laatste is die van het ervaren. Omschreven wordt dat de therapeut nooit met eigen ideeën, waardeoordelen of doelstellingen komt. Het gaat om een zuivere ontwikkeling. De cliënt

leert naar zichzelf te luisteren, zich te aanvaarden, zich als persoon te zien in plaats van object, meer zelfvertrouwen te ontwikkelen en een sterke persoonlijkheid te worden die uniek en expressief is. Er is sprake van een vloeiend, aanvaardend ervaren van gedifferentieerde persoonlijke gevoelens. Het gaat er binnen de Rogeriaanse psychotherapie om, dat de cliënt zich ontwikkelt, tot wie hij werkelijk is. In het proces is het voor de cliënt van belang dat deze zich open stelt voor de ervaring, een vertrouwen ontwikkelt in zichzelf, zelfbepalend gaat leren zijn, bereid is een proces aan te gaan, zichzelf accepteert en anderen accepteert. Het is een totale groei van de persoon, die gestimuleerd wordt door de therapeutische relatie en die door kan groeien tot verbetering in relaties met anderen uit zijn omgeving (Vossen, zoals geciteerd in Swilders & De Haas, 1999).

Rogers is de grondlegger van deze Rogeriaanse psychotherapie en hij formuleerde richtlijnen waaraan de hulpverlener moet voldoen om het gestelde doel te kunnen behalen. De belangrijkste richtlijnen zijn respect, empathie en begrip (ook wel congruentie of onvoorwaardelijke positieve erkenning). Deze hebben langzamerhand erkenning gekregen als ingrediënten, om in feite alle relaties met een hulpverlenend karakter te kenmerken (De Moor, 1975).

2.13 De Reichiaanse benadering

Vanuit de Reichiaanse benaderingswijze wordt geschreven over hoe ons lichaam reageert op emoties en gebeurtenissen. Dit wordt beschreven op de wijze waarop ons lichaam zich beweegt. Emoties zijn e-moties, bewegingen naar buiten. Ze vinden niet alleen in onze geest, maar ook in ons lichaam plaats. Dit door middel van de energielading die zich in ons opbouwt en zich ontlad. Emoties stromen zo door ons hoofd en handen, benen en bekken naar buiten, en veranderen gemakkelijk van vorm, van elektrische spanning of spierspanning tot vloeistof, geluid, beweging, zintuiglijke gewaarwordingen en gevoelens. Bijvoorbeeld wanneer iemand verdrietig is, maar te geremd om dat te tonen. Dit wordt dan als volgt weergegeven: "Als mijn verdriet in mij 'omhoogkomt', trekt mijn keel samen, ik 'raak verstopt', produceer te veel slijm en mijn keel begint pijn te doen, mijn kin raakt gespannen en trekt samen, als gevolg van mijn pogingen de doorstroming in mijn nek te blokkeren, misschien zal ik hierbij ook mijn vuisten en draag ik dit gevoel van 'vasthouden' over op mijn armen, schouders en keel, ik 'houd mezelf in de hand'. Wanneer mijn blokkades doorbroken worden zullen de gevoelens mijn lichaam uitstromen, van zuchten tot huilen. Anderen kunnen zien dat mijn gezichtsuitdrukking verandert en mijn lichaam ontspant of juist aangespannen wordt. Terwijl ik mij lichamelijk overgeef aan mijn verdriet, komen er in mijn geest misschien gedachten, herinneringen en beelden op die daarmee verband houden."

Gedachten, emoties, zintuiglijke gewaarwordingen, veranderingen in de elektrische lading, spierspanning, hormoonbalans en het stromen van levensenergie, geen van deze gaat aan de ander vooraf, of is er de oorzaak van. Het zijn slechts verschillende aspecten van een totaalgebeuren in één en dezelfde geest en één en hetzelfde lichaam. Afhankelijk van wat wij proberen te doen of te ontdekken, concentreren wij ons op één van deze aspecten. Door ons te concentreren op de levensenergie krijgen wij de gelegenheid een onbevangen houding aan te nemen tegenover onze gevoelens, zonder te veel bepaald te worden door de maatschappelijke opvattingen erover. Een dergelijke houding biedt ons de ruimte de vele verschillende aspecten van onze geest en lichaam te integreren. Hoewel dit een het uitgangspunt is, is energie niet de oorzaak van gedachten, gevoelens of lichamelijke veranderingen. Er is sprake van een eindeloos samenspel van vormverandering (Totton & Edmondson, 2005).

Chronische spierspanningen en het inhouden van gevoelsuitingen, benoemt Reich als pantsering. Een geblokkeerde ademhaling is hier de essentie van. De onderdrukking van onze natuurlijke manier van ademen gaat hand in hand met de onderdrukking van bepaalde impulsen, waaronder huilen, schreeuwen, lachen, slaan en wegrennen. Wij spannen onze spieren om onszelf ervan te weerhouden onze e-moties naar buiten te brengen. Als wij dat vaak genoeg doen, wordt dit een chronische onbewuste gewoonte. Een groot voordeel van wat wij doorgaans iemands persoonlijkheid noemen, is in feite zijn pantseringpatroon. De één is misschien voortdurend boos en agressief en staat zichzelf nooit toe zich zacht, verdrietig en klein te voelen. De ander is altijd beleefd en inschikkelijk en zegt nooit wat hij op zijn hart heeft. Er bestaat een verband tussen iemands spierpantsering en zijn gevoelspantsering. De geblokkeerde emoties liggen opgesloten in gespannen spierpatronen, die verweekeld zijn in een voortdurend, hard gevecht met de onderdrukkende impulsen.

Het proces van losmaken hiervan, heeft een beangstigend aspect. Dit proces houdt namelijk in dat wij de angst loslaten voor de gevolgen die het bevrijden van deze gevoelens zou kunnen hebben, de angst die ons deze gevoelens in eerste instantie deed onderdrukken. Bovendien brengt dit met zich mee dat wij de basis waar ons zelfgevoel op berust dienen te wijzigen. Daarbij laat onze cultuur niet toe dat wij ons zelf in ons eigen natuurlijke ritme en tijd kunnen ontwikkelen. Negatieve of ontkennende reacties kunnen tot gevolg hebben dat ons zelfgevoel aangetast wordt door lichamelijke gespannenheid. Ons gespannen voelen wordt deel van onze basiservaring, zodat volledige ontspanning zelfs een bedreiging gaat lijken voor ons bestaan. Net zoals onze spieren tot een chronische verkramping gedwongen worden, omdat wij ons aan moeten passen aan de beperkingen die de buitenwereld ons oplegt, in plaats van toe te kunnen geven aan ons innerlijk vermogen tot zelfregulatie, ontwikkelt ook ons 'ik' een 'spastische' en verkrampde gevoelswereld, waarover wij geen controle kunnen uitoefenen. Op deze manier wordt ons 'ik' in de loop der jaren identiek met ons lichaampantsering. Hoe sterker wij gepantserd zijn, des te onvrijer zijn onze gevoelsuitingen en des te minder tonen wij onze individualiteit en originaliteit en des te meer zijn wij geneigd in een kringetje rond te blijven draaien om niet af te wijken van de mechanische dwang en het starre bewegingsproces van onze segmenten.

De segmentering van ons lichaam is ontstaan uit onze pantsering en niet uit onszelf. Het doel van het therapeutische proces is ons weer in contact brengen met ons eigen, unieke zelf. De zeven segmenten zijn, oog, kaak, keel, hart, middel, buik en bekken. Doordat wij ons niet bewust zijn van onze eigen pantsering, beseffen wij ook niet dat wij bepaalde spieren gespannen houden. De verdeling van het lichaam in zeven segmenten kan een heel bruikbare methode zijn om ordening aan te brengen in de verschillende manieren waarop wij onze gevoelens inhouden.

Door uiting te geven aan gevoelens, veranderen deze. Om compleet te worden, moeten gevoelens eerst toegelaten worden tot het bewustzijn, en daarna geuit worden, dat zou de enige manier zijn om ze te verwerken. Ons overgeven aan onze gevoelens houdt niet in dat wij ons neerleggen bij onze problemen, maar dat wij onze energie bevrijden om die op de juiste manier tegemoet te treden. Om de wereld onder ogen te zien, moeten wij de confrontatie met onszelf aangaan, en moeten wij ons zelf nemen zoals wij zijn, en niet zoals wij zouden willen zijn. Soms zullen wij toe moeten geven dat onze emotionele reacties overdreven en onredelijk zijn, dat wij reageren op herinneringen aan het verleden en niet op feiten uit het heden. Wanneer wij dit toegeven, scheppen wij een context waarbinnen wij ons daadwerkelijk over kunnen geven aan die gevoelens, waardoor wij ze ook los kunnen laten.

Bij de Reichiaanse therapie ligt er een grote nadruk op contact. Het contact tussen de therapeut en de cliënt en het contact dat de cliënt heeft met het innerlijk leven. Iedere therapeut heeft daarbinnen een eigen werkstijl, waarin de eigen aard tot uitdrukking komt. Deze dient aangepast te worden aan de reacties van de cliënt met wie gewerkt wordt. In essentie is daarbij ons lichaamswerk gericht op het wekken van levensenergie in iemands lichaam, waarbij wij erop vertrouwen dat wanneer die eenmaal gewekt is, het helingsproces vanzelf plaats zal vinden (Totton & Edmondson, 2005).

2.14 De bio-energetica

De bio-energetica van Lowen, is een vorm van lichaamsgerichte psychotherapie, die gebaseerd is op het werk van Reich. Lowen (1996) maakt een indeling in persoonlijkheidslagen en daarbij behorende behoeften. Er wordt daarbij gesteld dat: "Als een laag of een ervaring onderdrukt en ontoegankelijk is, de persoonlijkheid in conflict en daarom beperkt is", aldus Lowen (1996). De verschillende lagen worden als volgt weergegeven:

- De egolaag, die de psychische defensie inhoudt en die de buitenste laag van de persoonlijkheid is
- De spierlaag waarin chronische spierspanningen gevonden worden die de egodefensies ondersteunen en rechtvaardigen en tegelijkertijd de persoon tegen de eronder liggende laag van onderdrukte gevoelens, die hij niet durft te uiten, beschermen
- De emotielaag van gevoelens, die onderdrukte gevoelens van bijvoorbeeld woede, paniek, wanhoop, verdriet en pijn omvat
- De kern of het hart, waaruit het gevoel liefde en houden van vandaan komt.

Iemand kan ontkennen dat hij een bepaald gevoel of een bepaalde aandrang heeft. Het verbaal bewust maken van die ontkenning heeft volgens Lowen (1996) zelden invloed op spierspanningen of dat onderdrukte gevoel. Toch is het belangrijk deze gevoelens bloot te leggen en los te laten komen, want het losmaken ervan stelt de energie beschikbaar die nodig is voor de groei. Door te werken aan spierspanningen kan iemand geholpen worden in het begrijpen van hoe zijn psychologische attitude geconditioneerd is door de pantsering of rigiditeit van zijn lichaam. Men kan de onderdrukte gevoelens bereiken en bloot leggen door de samengetrokken spieren te mobiliseren en die expressie ervan in bedwang te houden. Dit mobiliseren gebeurt door middel van lichamelijke oefeningen. Dit sluit aan op de eerder genoemde Reichiaanse benadering (Totton & Edmondson, 2005).

Lowen geeft ook aan dat de persoon ter bescherming van zijn kern en van zijn ware ik, 'muurtjes' opgebouwd heeft in de vorm van chronische spierspanningen. Deze spierspanningen bevinden zich in specifieke delen (segmenten) van het lichaam. Voordat de emotie zich blootstelt, zal men, volgens Lowen (1996), door het defensieve ego de spierspanning aan moeten pakken.

2.15 De theorie van Petzold

Petzold (1978) geeft weer dat psychische problematiek nooit alleen maar een psychische oorzaak heeft, omdat ervaringen, vooral traumatische, lichamelijk worden beleefd en in het lichaam opgeslagen. Het gaat dus altijd om de behandeling van de totale mens en daar moet de lichamelijke dimensie een onderdeel van zijn. In het lichaamsgeheugen kunnen emoties teruggevonden worden daar waar de spieren in de bijbehorende houdingen en gebaren zijn gebruikt of afgeremd. Het lichaam wordt als basis van alle levensprocessen, ook de emotionele, cognitieve en sociale gezien. Naast het begrip 'motion of thought', een innerlijk bewegen zijn of sociale beweging naar iemand toe of van iemand weg, spreken we ook van bewegingsbeleving. In de beweging wordt beleving mogelijk en drukt zich beleving uit. Het waarnemen en het voelen beïnvloeden en regelen het bewegen. Het bewegen beïnvloedt het waarnemen en voelen (Stolze, 1976). In onze beweging drukken we altijd uit wat we op dat moment voelen en welke vorm onze gevoelswereld aanneemt.

2.16 Vaktherapieën

Vaktherapeuten gebruiken interventies 'in' of 'met' het medium voor het uitvoeren van de therapie, naast verbale interventies, die ontleend zijn aan diverse psychologische stromingen. Een interventie is een ingreep in het therapeutisch proces waarmee de therapeut doelgericht sturing geeft aan het handelen van de cliënt en de ervaringen die deze opdoet. De ervaringen kunnen receptief worden opgedaan, hebben een actief karakter of worden verkregen door een combinatie van receptieve en actieve werkwijzen.

Bij actieve werkvormen wordt ervan uitgegaan dat de cliënt uit zichzelf geneigd is tot handelen of bezig te zijn, een actieve werkhouding tijdens de therapie. Van receptieve werkvormen wordt gebruik gemaakt wanneer de cliënt niet in staat is om actief deel te nemen aan werkvormen. De cliënt is gevoeliger voor prikkels en indrukken en hierdoor dient de werkvorm meer gestructureerd aangeboden te worden (Smeijsters, 2003).

Het gaat in vaktherapieën niet louter en alleen om de ervaring. Een noodzakelijk onderdeel van vaktherapieën is het verlenen van betekenis aan de ervaringen die de cliënt in de therapie opdoet, in relatie tot de problemen of stoornis. Hierbij kan het gaan om het verwoorden van opgedane ervaringen. Ook kan het gaan om het leggen van verbanden. Dit kunnen verbanden zijn tussen de therapie ervaringen en de gevoelens, gedachten en reacties van anderen, verbanden tussen de therapiesituatie en het dagelijks leven of verbanden tussen therapie ervaringen en ervaringen uit het verleden of toekomstverwachtingen (www.vaktherapieen.nl). Vaktherapeuten zijn behandelaars die tevens aan behandeling gelieerde vormen van begeleiding kunnen bieden, als ook voorlichting, preventie, advies en trainingen.

De term 'behandelen' geeft weer dat doelstellingen van vaktherapieën in algemene zin gericht zijn op het terugdringen van de stoornis, het verminderen van de gevolgen van een stoornis, het op gang brengen van een gestagneerde ontwikkeling, het voorkomen van achteruitgang in het functioneren of het verbeteren van psychosociaal functioneren. Doelstellingen kunnen als volgt geformuleerd worden, namelijk het bewerkstelligen van verandering, ontwikkeling, stabilisatie of acceptatie op emotioneel, gedragsmatig, cognitief, sociaal of lichamelijk gebied. Vaktherapeuten gebruiken een medium om deze doelstellingen te bereiken. Waarbij 'medium' het geheel van werkvormen, materialen en technieken is, dat gebruikt wordt om de problematiek of

stoornis van de cliënt te behandelen. Sommige vaktherapeuten hanteren meerdere media (www.vaktherapieen.nl).

2.17 Het transtheoretisch model

In het transtheoretisch model van Prochaska en Diclemente (2002), ook wel 'stages of change' model genoemd, is de insteek de mate waarin mensen gemotiveerd zijn om hun gedrag binnen een bepaalde termijn te veranderen. Er worden verschillende stadia van (gedrags)verandering onderscheiden:

- Een voorbeschouwingfase, waarin men zich nog niet bewust is van een probleem en niet overweegt om zijn gedrag te veranderen (precontemplation)
- Een overpeinzingfase, waarin men de voor- en nadelen afweegt en overweegt om het gedrag te veranderen (contemplation)
- Een voorbereidingsfase, waarin men zich voorneemt om wat aan het gedrag te doen (preparation)
- Een actiefase, waarin men het nieuwe gedrag vertoont (action)
- Een fase van gedragsbehoud waarin men het nieuwe gedrag heeft volgehouden (maintenance).

Als het nieuwe gedrag niet wordt volgehouden, treedt er terugval op naar een eerdere fase (relapse). Sommige mensen doorlopen de verschillende fasen sneller dan anderen en sommige mensen blijven in een bepaalde fase steken. Er kan op elk punt begonnen worden en op elk moment gestopt worden. Het model speelt zich af op twee niveaus. Het eerste niveau bestaat uit de verschillende fasen en het tweede niveau bestaat uit de processen die per fase optreden. Deze processen zijn min of meer specifiek voor elke fase van verandering. Door hier naar te kijken ontstaat inzicht in de manier waarop interventies kunnen worden georganiseerd voor verschillende populaties met verschillende behoeften en omstandigheden.

Het model maakt duidelijk dat er goed gekeken moet worden naar de motivatiekenmerken van de doelgroep, dat mensen zich in verschillende stadia bevinden en dat interventies zo moeten worden georganiseerd dat mensen van de ene in de volgende fase komen. Dit vereist ook het inzetten van verschillende typen interventies, passend bij iedere fase.

2.18 Theoretische uitgangspunten vanuit de praktijk

Een aantal van de in dit hoofdstuk behandelde theoretische uitgangspunten zoals besproken vanuit de literatuur zijn ook genoemd door de therapeuten die aan ons onderzoek hebben meegewerkt. Deze theoretische uitgangspunten zijn het gevolgenmodel, de cognitieve gedragstherapie, psychosociale kaders, analytische uitgangspunten, het holisme, lichaamsgericht werken, cognitieve opdrachten en de theorie volgens Petzold.

2.19 Slotbeschouwing

Om onze tweede deelvraag te kunnen beantwoorden maken wij gebruik van deze laatste paragraaf. Er is gebleken uit zowel de literatuur als de praktijk dat er veel verschillende

theoretische uitgangspunten zijn die ingezet kunnen worden bij de behandeling van psychosomatiek. Elk uitgangspunt heeft zijn eigen kwaliteiten en wij denken dan ook dat het per behandeling verschillend zal zijn welke als richtlijn zal worden gebruikt. Enkele zullen kort worden uitgelicht waarvan wij denken dat ze een meerwaarde hebben bij de behandeling van psychosomatiek binnen de vaktherapieën, waarbij wij in dit geval spreken over de creatieve therapie beeldend.

Allereerst het biopsychosociaal model vanwege de interactie tussen biologische, psychologische en sociale variabelen. Dan de cognitieve gedragstherapie, omdat er door middel van gedragsexperimenten geoefend kan worden met nieuw gedrag, waardoor de cognities bijgesteld kunnen worden. Vervolgens de sociale leermechanismen, die middels bekrachtiging gedragsveranderingen tot stand brengen. De specificiteitstheorieën, gaan er vanuit dat een cliënt een bepaalde houding aanneemt en dat deze houding een bepaalde aanpak vereist. Het gevolgenmodel, waarbij er cognitieve, gedragsmatige, lichamelijke en interpersoonlijke gevolgen kunnen zijn. Dan de Gestalttherapie, vanwege het holistische denken, dus uitgaan van lichaam, geest en omgevingsfactoren als geheel. Vervolgens de Rogeriaanse psychotherapie, doordat het een cliëntgerichte benaderingswijze is. Tot slot de Reichiaanse benadering en de bio-energetica van Lowen, doordat deze een meer lichaamsgerichte benadering bevatten.

Nu duidelijk is welke theoretische uitgangspunten van belang zijn met betrekking tot de psychosomatiek en welke theoretische uitgangspunten wij van belang achten met betrekking tot de creatieve therapie beeldend, zal in het volgende hoofdstuk ingegaan worden op verschillen en overeenkomsten in het voorkomen van psychosomatische klachten bij jongeren en volwassenen.

H3 Jongeren versus volwassenen

Dit hoofdstuk is onderverdeeld in twee paragrafen. De eerste paragraaf richt zich op psychosomatische klachten bij kinderen en jongeren en de tweede paragraaf richt zich op psychosomatische klachten bij volwassenen en ouderen. Deze onderscheiding hebben wij gemaakt om in te kunnen aan op onze derde deelvraag "Welke verschillen en overeenkomsten zijn er in de psychosomatische klachten tussen jongeren (12-18) en volwassenen (18+)?" Hoewel ons praktijkonderzoek en ook deze deelvraag gericht is op jongeren en volwassenen, wordt in de literatuur vaak gesproken van kinderen en jongeren en volwassenen en ouderen. Vandaar dat beide in de paragrafen genoemd zullen worden.

3.1 Psychosomatische klachten bij kinderen en jongeren

Kinderen en jongeren kunnen ernstige lichamelijke klachten hebben, waarvoor bij diagnostisch onderzoek geen somatische oorzaak wordt gevonden. Deze lichamelijke klachten zijn heel uiteenlopend. Bij sommige kinderen gaat het om ernstige pijnklachten. Bij andere kinderen staan zogenaamde conversiesymptomen op de voorgrond, bijvoorbeeld aanvallen die lijken op epileptische insulten, verlammingen of virusklachten. Nogal eens wordt een kinder- en jeugdpsychiater geraadpleegd met de vraag of de lichamelijke klachten met psychische problematiek te maken kunnen hebben. In sommige gevallen is er sprake van positieve symptomen, dat wil zeggen, verschijnselen die de grenzen van wat fysiologisch mogelijk is verre overschrijden. Dan kan men de vraag op grond van de bevindingen met aan zekerheid grenzende waarschijnlijkheid bevestigend beantwoorden. Dit is echter lang niet altijd het geval. Over het algemeen is bij het beantwoorden van deze vraag terughoudendheid geboden. Treffers (1996) schrijft: "In tal van follow-up onderzoeken bij kinderen bij wie lichamelijke klachten herleid worden tot psychische problematiek blijkt, dat bij een aantal van deze kinderen later alsnog een lichamelijke oorzaak van de klachten werd gediagnosticeerd."

Er zijn een aantal factoren die als oorzaak kunnen worden genoemd voorafgaande aan het optreden van lichamelijke klachten bij kinderen en jongeren. Deze zijn als volgt:

- Stress (Bijvoorbeeld ingrijpende levensgebeurtenissen, psychiatrische problematiek bij de ouder(s), als verlengde van een somatische ziekte bijvoorbeeld griep, bij schoolproblemen of na een ongeval)
- Het ziektemodel (Taylor, 1986, zoals geciteerd in Treffers, 1996), formuleert kernachtig: de aanwezigheid van lichamelijke klachten, waarvan de aanwezigheid niet kan worden bevestigd, wordt zelf een ziekte (Bijvoorbeeld bij een uitzichtloze psychosociale situatie, groepsgewijs optreden van klachten, zoals op school of de sportclub of overname van de klachten van de persoon in een omgeving)
- Persoonlijkheidskenmerken
- Sensibiliteit
- Een erfelijke aanleg voor bepaalde aandoeningen
- Sociale factoren als hygiëne, huisvesting, voeding, arbeidsomstandigheden of persoonlijke gewoonten.

Gebleken is dat lichamelijke klachten, die zich bij kinderen en jongeren geleidelijk of plotseling kunnen ontwikkelen, veelal gepaard gaan met spanning en onrust, vooral wanneer die klachten van langere duur zijn. Niet alleen de cliënt zelf lijdt hieronder, maar het hele gezin. De lichamelijke klachten blijken veelal somatisch te zijn. Na vaststelling van de diagnose volgt dan

haast automatisch een behandeling gericht op lichamelijke klachten. In minstens zo veel van de gevallen kan echter op basis van lichamelijk onderzoek geen duidelijke organisch bepaalde pathologie worden aangetoond. Bij klachten die minder goed te objectiveren zijn staat de psychosociale problematiek vaak veel meer op de voorgrond. Welke psychosociale problematiek leidt tot lichamelijke klachten is soms lastig weer te geven. Zeker wanneer het kinderen en jongeren betreft. De subjectieve betekenis van stressvolle gebeurtenissen is bij kinderen en jongeren namelijk nog moeilijker te taxeren dan bij volwassenen. Stress brengt kinderen gemakkelijk uit balans, zodat ze moe, hongerig, lastig of verward zijn. Het gevaar bestaat dat uiterlijk waarneembare lichamelijke klachten de innerlijk verborgen psychische problematiek blijven verbergen. Bovendien zijn kinderen en jongeren slechter in staat om gevoelens die zich afspelen in het lichaam te lokaliseren en te beschrijven dan volwassenen. Overigens is het kenmerkend voor personen die psychosomatische klachten hebben, dat zij moeite hebben met het verwoorden van hun gevoelens (Bosch, Hellendoorn, Oudshoorn & Pijnenburg, 1988).

Treffers (1996) geeft weer dat persoonlijkheidskenmerken vooraf kunnen gaan aan het ontstaan van lichamelijke klachten. De Bruijn-Kofman en Groen (1986, zoals geciteerd in Bosch, 1988) sluiten zich hierbij aan. Zij stellen dat de wijze waarop de cliënt met het eigen lichaamsfunctioneren bezig is, bepalend wordt geacht voor de intensivering en het chronisch worden van de lichamelijke klachten. De Raeymaecker (1985, zoals geciteerd in Bosch, 1988) geeft echter precies het omgekeerde weer. Recidiverende psychosomatische klachten bij kinderen en jongeren zouden van invloed kunnen zijn op hun karakteropbouw. Dit wordt onder meer gekenmerkt door een onvermogen om spanningen en emoties op een juiste manier te uiten.

Ongeacht van welke wisselwerking sprake is bij kinderen en jongeren met psychosomatische klachten, zou het oogmerk van de therapie tenminste driedig moeten zijn. Waarbij het elimineren van de lichamelijke klacht of de lichamelijke klachten, het tot een minimum reduceren van de secundaire ziekte winst en de beïnvloeding van de factoren die aan het ontstaan van lichamelijke klachten ten grondslag liggen centraal staan. In veel gevallen kan de behandeling gefaseerd plaatsvinden, waarbij men bijvoorbeeld de lichamelijke klachtenbehandeling in het ziekenhuis verricht en na het geheel of gedeeltelijk welslagen daarvan de behandeling ambulante continueert. Uiteraard zal men deze route niet altijd kunnen volgen. In veel gevallen is een combinatie van gedragstherapeutische methoden en paramedische, bijvoorbeeld fysiotherapeutische, behandeling effectief (Treffers, 1996).

Momenteel doet het behandelen van psychosomatische klachten steeds meer intrede in de psychiatrische behandelingen. Het is bijvoorbeeld ook bekend dat allochtonen zich vaker melden bij de huisarts met lichamelijke klachten dan psychische problematiek. Later blijkt dan dat dit voor hen een hulpkreet is, omdat de psychische problematiek veelal nog onbesproken dient te blijven. Bij kinderen en jongeren, die uit een andere cultuur afkomstig zijn, is het vaak zinvol behandelaars uit eigen cultuur te betrekken bij de behandeling.

Opname in een kinderpsychiatrische kliniek leidt tot intensieve confrontatie met kinderen en jongeren die te maken hebben met ernstige psychiatrische problematiek. Opname in een kinderpsychiatrische kliniek blijkt over het algemeen minder effectief voor de behandeling van kinderen met psychosomatische klachten, die veelal in tal van opzichten redelijk tot goed functioneren.

Naar aanleiding van een trauma (bijvoorbeeld seksueel misbruik) liggen de gevolgen op langere termijn voor een belangrijk deel in het verlengde van de directe gevolgen. Bij jongeren met

ervaringen van bijvoorbeeld seksueel misbruik bestaat een verhoogde kans op angststoornissen, waaronder chronische vormen van de posttraumatische stressstoornis en depressieve problemen (Treffers, 1996). Bij jongeren worden ook in versterkte mate stoornissen gevonden die op kinderleeftijd nog niet voorkomen of dan zeer zeldzaam zijn. Voornamelijk betreft het eetstoornissen, somatoforme stoornissen, drug- en alcoholmisbruik, de borderline persoonlijkheidsstoornis en de multipele persoonlijkheidsstoornis.

3.2 Psychosomatiek bij volwassenen en ouderen

Smeets (1999) heeft een beleidsvisie voor de GGZ geschreven naar aanleiding van een onderzoek naar psychosomatiek bij volwassenen en ouderen in Algemeen psychiatrisch Ziekenhuizen (APZ). Het Trimbos-instituut (2006) heeft daarnaast een inventarisatie van 'best practices' voor GGZ cliënten met een co-morbide somatische diagnose geschreven. In deze inventarisatie wordt regelmatig verwezen naar de beleidsvisie van Smeets (1999). Vandaar dat wij onderstaand in zullen gaan op deze beleidsvisie, om aan de hand daarvan aan te kunnen geven hoe psychosomatiek zich voordoet bij volwassenen en ouderen.

De prevalentie van psychische problematiek onder de Nederlandse bevolking is aanzienlijk. Jaarlijks heeft bijna één op de vier volwassenen en ouderen te kampen met één of meer psychische stoornissen. Ruim 40% krijgt daarmee eens of vaker gedurende het leven mee te maken. Deze frequentie is lager dan die van somatische aandoeningen. De meest voorkomende problemen zijn depressie, alcoholverslaving en angststoornissen (Nemesis, 2000). Systema en Koopmans (1998) geven het volgende aan: "Onderzoek suggereert dat de omvang van psychische problematiek onder kinderen en jeugdigen en onder volwassene en ouderen in dezelfde orde van grootte ligt."

Psychische problematiek heeft, zoals eerder ook aangegeven, vaak ingrijpende en langdurige gevolgen voor de kwaliteit van het leven van de volwassene en oudere zelf en zijn naaste omgeving. Deze ingrijpende en langdurige gevolgen zijn vergelijkbaar met ernstige (chronische) somatische ziekten. Daarbij komt dat er bij somatische ziekten vaak sprake is van een psychische problematiek die ten grondslag ligt aan de (chronisch) somatische ziekte.

Smeets (1999) schrijft: "Patiënten met psychiatrische aandoeningen hebben, zo blijkt uit vele studies, significant meer beperkingen en lichamelijke klachten dan patiënten zonder een psychiatrische stoornis. Omgekeerd wordt bij opgenomen somatische patiënten in 20 tot 50% van de gevallen een psychiatrische stoornis geconstateerd. Hypochondrie komt bij 50% van de patiënten samen met een depressieve stoornis voor en bij 20% samen met een angststoornis. Onderzoeksbevindingen bevestigen de klinische indruk dat angst samengaat met frequenter defeceren en dat depressieve patiënten nogal eens geobstipeerd zijn."

Smeets (1999) schrijft eveneens: "Verschillende auteurs wijzen erop dat het regelmatig voorkomt dat patiënten met ernstige stoornissen in emoties en gedrag in de psychiatrie worden opgenomen, terwijl bij nader onderzoek aan de psychiatrische symptomen een organische oorzaak ten grondslag blijkt te liggen, bijvoorbeeld hyperparathyreoïdie, (gemetastaseerde) kanker in de hersenen, ernstige posttraumatische dystrofie en cardiale of respiratoire insufficiëntie." Echter is het ook vaak het geval dat cliënten voor lichamelijke ziekten worden opgenomen in ziekenhuizen en dat daar blijkt dat psychische problematiek oorzaak is van het lichamenlijk ziek zijn. Hier kan sprake zijn van somatoforme stoornissen, maar ook van lichamelijke klachten met organische oorsprong (Smeets, 1999).

Een depressie wordt niet alleen als een gevolg van, maar eveneens als een risicofactor voor een hartinfarct genoemd. Slechts zelden wordt gepubliceerd over een mogelijk minder voorkomen van lichamelijke aandoeningen, zoals een mogelijk minder grote kans op een maligne tumor bij cliënten met schizofrenie. Het behoeft geen twijfel, gelet op het voorgaande, dat de opgenomen psychiatrische cliënten daardoor naast hun psychiatrische behandeling, veelal tévens somatische behandeling, verpleging en verzorging behoeven. Bij sommige psychiatrische stoornissen is sprake van groot risico op ernstige gevolgen waarvoor somatische behandeling noodzakelijk is. Daarbij valt te denken aan behandeling van de gevolgen van suïcidepogingen, van ernstig ondergewicht, van ernstige lichamelijke verwaarlozing, van ernstige leverafwijkingen, van overvloedig water drinken, evenals van bij- en nevenwerkingen van psychofarmaca of van ernstige onderkoeling.

Smeets (1999) schrijft: "Een voor psychiatrische behandeling opgenomen patiënt heeft vaak ook een somatische aandoening en/of loopt een verhoogd risico op het krijgen van somatische aandoeningen. Voor de behandeling op een psychiatrische afdeling is het daarom van belang dat informatie over somatische co-morbiditeit beschikbaar is en dat er een goede samenwerking bestaat met de eerste lijn en met het algemene ziekenhuis. Bij opname in een APZ is het van belang over informatie te beschikken van de somatische voorgeschiedenis van de patiënt."

Er worden een aantal aanbevelingen gegeven wat betreft de somatische klachten die op kunnen treden bij psychische problematiek. Op de eerste plaats is het voor ieder APZ van groot belang zich bewust te worden van de noodzaak van de ontwikkeling van een duidelijke, op schrift gestelde, visie ten aanzien van de relatie psychiatrie en somatiek. Op de tweede plaats is het van groot belang dat de instellingen hun beleid op het gebied van de somatische zorg uitwerken in een beleidsplan. Belangrijke aandachtspunten hierbij zijn de ontwikkeling van protocollen en de inbedding ervan in een systeem van kwaliteitszorg, zorg voor de ketenkwaliteit en de naleving van vereisten zoals de wet beroepen in gezondheidszorg (wet BIG) en de wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO) dit vragen. Op de derde plaats geldt de aanbeveling meer geformaliseerde afspraken te maken over de taakverdeling tussen de verschillende typen arts in de instelling om verantwoorde somatische diagnostiek en behandeling voor opgenomen psychiatrische cliënten, conform de kwaliteitswet zorginstellingen te garanderen (Smeets, 1999).

Planije en Smits (2006) hebben voor het Trimbos-instituut een programma geschreven met betrekking tot somatische co-morbiditeit en re-integratie. In dit programma staat dat psychische problematiek, in het bijzonder depressie, schizofrenie en angststoornissen, vaak gepaard gaat met allerlei lichamelijke klachten en ziekten, zo blijkt uit de eerste drie jaarboeken van de nationale monitor geestelijke gezondheid (NMG) van het Trimbos-instituut (Schoemaker, 2005).

Volwassenen en ouderen met ernstige psychische problematiek hebben relatief vaak ernstige somatische klachten, zoals diabetes en hart- en vaatziekten. Psychische problematiek kan zo fysiologisch samengaan met bepaalde lichamelijke klachten. Daarnaast leiden volwassenen en ouderen met psychische problematiek vaak geen gezond leven. Ook brengt de farmacologische behandeling van psychische problematiek verschijnselen met zich mee die (in)direct de lichamelijke gezondheid bedreigen. In het geval van antipsychotica gaat het vooral om gewichtstoename, diabetes (metabool syndroom) en bewegingsstoornissen (Van Gool, 2006). Volwassenen en ouderen met psychische problematiek brengen hun lichamelijke klachten soms ook in een relatief laat stadium naar voren bij de huisarts of behandelend arts. Daarbij belemmert hun psychische problematiek het helder verwoorden van hun klachten. Het is in deze

context lastig voor behandelaars psychische problematiek en somatische klachten te onderscheiden.

Smeets (1999) geeft weer dat: "Uit onderzoek van de inspectie voor de gezondheidszorg blijkt dat in de Nederlandse GGZ weinig structurele aandacht bestaat voor somatische zorg. Slechts 40% van de APZ had een aantal jaar geleden haar visie ten aanzien van de relatie psychiatrie-somatiek vastgelegd. Registratie van somatische verrichtingen en verwijzingen vond te weinig plaats, met uitzondering van de verwijzingen voor opname in het algemeen ziekenhuis. Geen van de onderzochte APZ had een overzicht van de somatische co-morbiditeit."

Inmiddels is vastgesteld dat iedere GGZinstelling haar visie op de relatie somatiek-psychiatrie dient te omschrijven en aandacht dient te besteden aan mogelijke co-morbiditeit en de zorg is daarmee in enkele opzichten verbeterd (Smeets, 1999).

De landelijke multidisciplinaire richtlijnen geven aanwijzingen voor kwalitatief goede zorg waar het gaat om somatische co-morbiditeit. Volgens de landelijke multidisciplinaire richtlijn (MRS) wat betreft depressie moet in de behandeling rekening worden gehouden met somatische co-morbiditeit. Sommige somatische aandoeningen zijn een contra-indicatie voor bepaalde psychiatrische behandelingen. Bij het diagnosticeren van een depressie moet de behandelaar altijd rekening houden met somatische klachten als (mede)oorzakelijke factor.

Factoren die als oorzaak kunnen worden gezien voorafgaande aan het ontstaan van lichamelijke klachten, zoals genoemd bij psychosomatische klachten bij kinderen en jongeren, gelden eveneens bij volwassenen en ouderen.

De Mönnink (2000) geeft weer welke psychosomatische klachten zich bij volwassenen en ouderen voor kunnen doen bij het verwerken van rouw. De meest voorkomende fysieke gewaarwordingen na een verlies zijn namelijk (Worden, 1992, zoals geciteerd in De Mönnink, 2000):

- Een leeg gevoel in de maag
- Een gevoel van benauwdheid op de borst
- Problemen met slikken
- Overgevoeligheid voor geluid
- Een gevoel van depersonalisatie: 'ik loop door de straat en niets lijkt reëel, ook ikzelf niet'
- Een gevoel adem te kort te komen
- Een gevoel van zwakte
- Een gebrek aan energie
- Een droge mond.

3.3 Psychosomatiek bij jongeren en volwassenen vanuit de praktijk

Aan de therapeuten die aan ons praktijkonderzoek hebben meegewerkt hebben wij de vraag gesteld of ze verschillen en/of overeenkomsten konden noemen tussen psychosomatische klachten zoals deze zich voordoen bij jongeren en/of volwassenen. De antwoorden die de therapeuten hierop gaven waren nogal uiteenlopend. De ene therapeut gaf aan dat bij ouderen psychosomatische klachten meer op de voorgrond staan en ook meer geuit worden. Ouderen laten lichamelijke ongemakken meer aan bod komen en nemen eerder een slachtofferrol aan. Bij ouderen is dan ook niet altijd te spreken over psychosomatische klachten, maar komen ook somatische klachten voor. Een aantal andere therapeuten gaven juist aan dat kinderen eerder

somatiseren dan dat zij de psychische problematiek die bij hen speelt uiten. Een aantal therapeuten gaf aan dat de psychische problematiek (bijvoorbeeld een depressieve stoornis of angststoornis) speelt ook een rol in de mate van het uiten van klachten, overeenkomsten of het voorkomen van verschillen. Tot slot waren er een aantal therapeuten die op deze vraag geen antwoord kon geven, omdat ze niet met beide doelgroepen werkzaam zijn of zijn geweest.

3.4 Slotbeschouwing

Om onze derde deelvraag te kunnen beantwoorden maken wij gebruik van deze laatste paragraaf. Allereerst is er een overeenkomst in de factoren die als oorzaak kunnen worden genoemd voor het ontstaan van psychosomatische klachten. Daarnaast blijkt dat de lichamelijke klachten ten gevolge van psychische problematiek bij kinderen en jongeren beter aangepakt kunnen worden omdat dit veelal nog minder starre patronen zijn. Alleen het taxeren van psychosomatische klachten bij kinderen blijkt veelal lastiger te zijn. Wanneer er gesproken wordt over co-morbiditeit binnen de behandeling van psychosomatische klachten is er bij kinderen en jongeren en volwassenen en ouderen overeenstemming in psychische stoornissen.

Deze uitkomsten geven ons de gelegenheid verder in te gaan op de behandeling van psychosomatische klachten bij jongeren en volwassenen middels interventiemethoden. Deze interventiemethoden zijn aan de orde in het volgende hoofdstuk.

H4. Interventiemethoden

In dit vierde hoofdstuk van onze literatuurstudie is aandacht voor onze vierde deelvraag "Welke interventiemethoden zijn toepasbaar binnen de creatieve therapie beeldend bij jongeren en volwassenen met psychosomatische klachten?" Allereerst wordt uitleg gegeven over het begrip 'interventie' en daarna komen in de eerste paragraaf algemene interventiemethoden aan bod zoals deze ingezet worden binnen de GGZ. In de tweede paragraaf worden interventiemethoden besproken die betrekking hebben op psychosomatische problematiek. In de derde paragraaf komen lichaamsgerichte interventiemethoden aan bod. Tot slot zullen enkele interventiemethoden genoemd worden die door de therapeuten uit de praktijk ingezet worden.

Van een interventie is sprake wanneer doelbewust wordt ingegrepen, er wordt ook wel gesproken van tussenbeide komen, ingrijpen of bemiddelen. Een interventie is een ingreep in de werkelijkheid om deze werkelijkheid te verbeteren.

Interveniëren is onmiddellijk iets doen met de situatie die men ziet en is daarmee tegengesteld aan het achteraf bedenken van wat men had moeten doen. Het is eigenlijk dat men zichzelf als instrument inzet, om de situatie vanuit de eigen visie daarop te veranderen. De situatie wordt op deze manier beïnvloed met de eigen tussenkomst. Het gaat erom dat men in staat is om anderen aan het werk te zetten met de vragen die hij zelf heeft bij de bestaande situatie. Interventies, waaronder ook adviezen, zijn nooit vrijblijvend. Anderen moeten er niet 'omheen' kunnen.

Men kan interventies doen op verschillende werkelijkheidsniveaus. Door bijvoorbeeld conflicterende werkelijkheidsbelevingen, beelden en belangen naast elkaar te houden en deze met elkaar te verbinden. Men kan dingen benadrukken of belichten. Doelgericht in en uit zoomen op het totaalbeeld of op onderdelen daarvan, op relaties, op individuen afzonderlijk of op problemen binnen het individu zelf (www.sioo.nl).

Pool, Heuvel, Ranchor en Sanderman (2004) stellen zich daarbij de vraag in hoeverre interventies ziektespecifiek of ziektegeneriek moeten zijn. Dit vormt namelijk een struikelblok bij de ontwikkeling van richtlijnen voor psychosociale zorg. De meeste psychosociale interventies voor chronisch zieken zijn in hoge mate ziektespecifiek van opzet. De reden hiervoor is dat de zorg voor bepaalde aandoeningen sterk verdeeld is onder locaties en beroepsgroepen. Het zou dus van pragmatisme getuigen om voort te bouwen op die praktijk en de richtlijnontwikkeling ziektespecifiek ter hand te (blijven) nemen. Daartegenover staat dat de aanpak van verschillende specifieke aandoeningen grote inhoudelijke overeenkomsten vertoont wat betreft het type benadering, de thema's die aan bod komen en de doelstellingen die worden nagestreefd. Dit zou weer pleiten voor een meer ziektegenerieke aanpak.

4.1 Interventiemethoden binnen de GGZ

Dyer (1969, zoals geciteerd in Remmerswaal, 2001) geeft een overzicht van interventies die een groepsbegeleider of een therapeut in zou kunnen zetten. Let wel, dit zijn interventies die gericht zijn op de groep, in plaats van de individuele cliënt. Deze interventies zijn als volgt:

- Hoofdaandacht op de inhoud, ook wel 'content focus' genoemd. Dit is een inhoudsinterventie die kan bestaan uit het mededelen van relevante gegevens, een mening, een ervaring en dergelijke, die de inhoud van het groepsthema verrijkt.

- Hoofdaandacht voor het proces, ook wel 'process focus' genoemd. Door een procesinterventie verschuift de aandacht naar wat er gaande is in de groep zelf. De groepsbegeleider of de therapeut kan de groep helpen de aandacht te richten op de metacommunicatie.
- Doorvragen naar gevoelens, ook wel 'ask for feelings'. Hierbij wordt dieper ingegaan op gevoelens en lichaamsaspecten naar aanleiding van onderwerpen of gebeurtenissen die zich op dat moment voordoen.
- Geven van directieven, ook wel 'direction-giving' genoemd. De groepsbegeleider of therapeut structureert het groepsgedrag door het geven van directieven (opdrachten). Op welke manier dat gebeurd is afhankelijk van de stijl van de groepsbegeleider of therapeut, deze kan suggesties geven of meer direct zijn.
- Rechtstreekse feedback, ook wel 'direct feedback' genoemd. De cliënt geeft hierbij feedback aan een mede cliënt of aan de groep over zijn functioneren. Daarbij is het bedoeld om ervoor te zorgen dat de groepsleden elkaar stimuleren tot reacties.
- Cognitieve inbreng, ook wel 'cognitive orientations'. Soms is het van belang dat de groepsbegeleider of de therapeut de rol van expert op zich neemt, wanneer hij relevante gegevens, een theorie of andere informatie kan verschaffen. Daarbij moet er op gelet worden dat in eerste instantie informatie van andere groepsleden benut wordt.
- Vervullen van groepsfuncties, ook wel 'performing group functions'. Dit houdt in dat met behulp van taak- en groepsfuncties de groepsvoortgang wordt ondersteund. Intervenieren via taakrollen, als bijvoorbeeld het zoeken van meningen of reacties op wat er gebeurt in de groep, een eigen mening geven, aanzetten tot opnieuw formuleren van het groepsdoel, problemen aanscherpen of de werkaanpak aanpassen. Maar ook intervenieren via procesrollen als bijvoorbeeld aanmoedigen, harmoniseren, 'deuropener zijn', formuleren van groepsnormen of spanning verminderen. In eerste instantie doet de groepsbegeleider of de therapeut dit, later kan gestimuleerd worden dat de cliënten deze functies over gaan nemen.
- Diagnose-interventie, ook wel 'diagnostic intervention' genoemd. Dat wil zeggen dat er benoemd wordt wat de groepsbegeleider of de therapeut ziet gebeuren en wat daarvan de oorzaken zouden kunnen zijn. Dit interventietype kan de groep stimuleren naar het eigen proces te kijken.
- Beschermingsinterventie, ook wel 'protection intervention' genoemd. Soms komt de groepsbegeleider of de therapeut ertussen om een cliënt te beschermen tegen 'overbelichting'. Dit is passend wanneer het uitspreken van persoonlijke ervaringen of kritiek niet langer bijdraagt aan de groepsdoelen of tot een situatie kan leiden die de groep noch groepsbegeleider of therapeut vruchtbaar kunnen hanteren. De groepsbegeleider of de therapeut kan ook een groepslid in bescherming nemen dat te zware feedback of slecht getimed feedback ontvangt of om een groepslid te ondersteunen in het overleiden van zijn identiteit bij te zware groepsdruk.

Wanneer de groepsbegeleider of de therapeut deze interventies inzet, speelt daarbij ook de persoonlijkheid een rol. Zijn interventies passen ook bij zijn eigen behoeften en reactiepatronen

met betrekking tot onzekerheid, angst, conflict, weerstand en agressie. Waarschijnlijk is hij zich zulke interne invloeden soms niet bewust. Een groepsbegeleider of therapeut met bijvoorbeeld behoefte aan controle zal vaker interventies doen die te maken hebben met het geven van directieven, rechtstreekse feedback, cognitieve inbreng en samenvatten. De groepsbegeleider of therapeut die liever conflicten vermijdt zal zich meer op zijn gemak voelen bij interventies gericht op inhoud en richting geven en bij het vervullen van harmoniserende procesrollen.

Er is ook een onderscheid te maken in interventies op verschillende niveaus binnen het werken met groepen. Deze niveaus zijn:

- Inhoudsniveau, het werken aan doelstelling en de taak zijn hierbij van belang.

Interventies die hieronder vallen zijn luisteren, samenvatten, thematiseren wat er speelt, bieden van heldere informatie aan de groep en cliënten aanspreken op positieve kwaliteiten in plaats van op wat ze missen.

- Procedureniveau, de werkwijze hanteren ter concretisering van de doelstelling.

Dit worden ook wel 'onzichtbare interventies' genoemd als het kiezen van een geschikt lokaal, de frequentie van de zittingen bepalen, hulpmiddelen verzorgen, het bieden van een helder programma, initiatief nemen en houden, een goede timing en tijdbewaking, het bieden van regels en grenzen stellen.

- Interactieniveau, het groepsproces en de onderlinge betrekkingen zijn van belang.

De volgende onderwerpen kunnen hierbij aan bod komen, oog hebben voor subgroepen, werken aan het groepsklimaat, veiligheid en vertrouwen, aandacht voor vormen van groepsafweer en daarachter verborgen liggende angsten en gevoelens van bedreiging. Op betrekkingniveau kunnen de volgende onderwerpen ter sprake komen, rollen en posities in de groep, metacommunicatie, evaluatiemomenten, herkenning bij elkaar stimuleren en aandacht voor het hier en nu (Remmerswaal, 2003). Binnen dit niveau kan gewerkt worden met de Roos van Leary of de Axenroos van Cuvalier (beide te vinden in de bijlagen).

- Bestaansniveau, dat wil zeggen het individuele proces van elk groepslid.

Deze interventies richten zich bijvoorbeeld op de erkenning dat de cliënt er is en mag zijn, de erkenning voor wat de cliënt kan, een gevoel van competentie, de erkenning om wie de cliënt is als persoon, het gevoel gewaardeerd te worden om wie hij is, aardig en sympathiek gevonden te worden en niet afgewezen om wat voor reden dan ook.

- Contextniveau, waarbij invloeden die in de groep doorklinken vanuit de context, bijvoorbeeld maatschappelijke invloeden.

In groepen scheppen groepsleden voor elkaar de mogelijkheid om kernconflicten van hun bestaan opnieuw te beleven en door te werken. Veel individuele belevingen en problemen kunnen een maatschappelijke dimensie in zich dragen. Voorbeelden hiervan zijn schuldgevoelens, faalangsten, angst voor incompetentie, rivaliteit, zwak gevoel van eigenwaarde of het gevoel niet te kunnen voldoen aan het beeld van de geslaagde man of vrouw.

Bij bovenstaande niveaus kunnen onderstaande gespreksinterventies toegepast worden.

- Luisteren
- Samenvatten
- Doorvragen
- Feedback geven
- Confronteren
- Afstemmen
- Bespreekbaar maken
- Balletje opgooien
- Het vertrouwen bespreken
- Waarschuwing geven
- Metacommunicatie
- Reflecteren
- Spreker afbreken
- Spiegelen
- Structureren
- 'Advocaat van de duivel' spelen
- Consulteren
- Evalueren
- Metafoor gebruiken
- Verankeren
- Forceren/ afdwingen
- Uitpraten/ oplossen
- Compromis zoeken
- Inleven
- Componenten uit de Roos van Leary
- Componenten uit de Axenroos van Cuvalier (Remmerswaal, 2003).

4.2 Interventiemethoden voor psychosomatische problematiek

Pool en collega's (2004) noemen een aantal persoonlijkheidspatronen, waarbij bepaalde specifieke interventiemethoden passen. Deze zullen onderstaand aan de orde zijn.

Realistisch behoud van controle

In de diagnostische fase kan naar voren komen dat de cliënt beschikt over heel adequate manieren om met zijn psychosomatische klachten om te gaan. Bij een besluit over het al dan niet in gang zetten van een behandeling wordt de lijdensdruk als uitgangspunt genomen te worden. Samen met de cliënt kijken wat er aan de hand is, legitimeren en normaliseren van de psychosomatische klachten, voorlichting geven over psychische problematiek die samen kan gaan met de lichamelijke klachten en benoemen van de sterke kanten van de cliënt. Dit zijn interventies die het gevoel van controle al kunnen vergroten. Horen van een onafhankelijke ander, dat je het helemaal nog niet zo slecht doet, kan een enorme steun in de rug zijn.

Illusie van controle

Hierbij vindt er een overschatting plaats van de eigen mogelijkheden om de psychosomatische klachten te beïnvloeden. Enerzijds kan de illusie van controle zeer zeker functioneel zijn. Dit mechanisme kan hoop en houvast geven. Er is namelijk vaak sprake van een zekere mate van verdringing. De cliënt laat niet ten volle tot zich doordringen hoe de zaken ervoor staan, maar

klampt zich vast aan hoopgevendende signalen. In de hulpverlening is het van belang ook de functie van de illusie te onderkennen. Het aansluiten bij de cliënt en vandaar uit voorzichtig exploreren van diens gevoelens. De cliënt dient te balanceren tussen het meegaan in de hoop, maar ook de beperkingen daarvan onderkennen.

Compensatie

Bij compensatie wordt de focus afgewend van de oncontroleerbaarheid van de psychosomatische klachten en gericht op de mogelijkheden om op andere manieren controle te herwinnen. De aandacht kan dan gaan naar andere terreinen dan de lichamelijke klachten, maar ook naar mogelijkheden om binnen het proces invloed uit te oefenen. Daarbij is het van belang om 'het gewone' te benoemen, dingen die de cliënt als vanzelfsprekend ervaart. Bijvoorbeeld het zoeken van afleiding of informatie wanneer dit rust geeft.

Controle chronisch hoog als persoonlijkheidskenmerk

Bij cliënten die geneigd zijn om alles onder controle te houden, die een perfectionistische instelling hebben en zichzelf hoge eisen stellen, is de focus van de gesprekken gericht op het bijstellen van niet productieve gedachten, die vaak ten grondslag liggen aan dit perfectionisme. De copingstijl, die tot dan toe redelijk adequaat was, voldoet niet meer in de nieuwe omstandigheden. Met behulp van cognitieve technieken, bijvoorbeeld het uitdagen van disfunctionele gedachten, kunnen cliënten leren om minder eisen aan zichzelf te stellen en te leren om de controle wat los te laten.

Controle chronisch laag als persoonlijkheidskenmerk

Tegenhangers van de voorgaande categorie zijn de cliënten, bij wie het gevoel van controle al laag was voordat de lichamelijke klachten zich openbaarden. Zij hadden al het gevoel dat zij weinig stuur over hun leven hadden, dat alles hen overkwam en als zij dan psychosomatische klachten erbij zouden krijgen, werden zij daarmee nog eens extra het slachtoffer van de omstandigheden. Er kan sprake zijn van boosheid over het waarom, maar ook een gevoel van mislukking, wat een ondermijning betekent voor het toch al lage zelfgevoel. In deze gevallen zou gefocust kunnen worden op het veranderen van cognities en daardoor het vergroten van het zelfvertrouwen. Destructieve gedachten kunnen uitgedaagd worden en vervangen door meer realistische gedachten. Daarnaast kan met behulp van gedragstherapeutische technieken geprobeerd worden om de cliënt te activeren en het probleemoplossend vermogen te vergroten, om daarmee het gevoel van hulpeloosheid te verminderen.

Controle realistisch laag

Bij veel cliënten met psychosomatische klachten zijn de mogelijkheden om het beloop te beïnvloeden klein. De controle is dan realistisch laag. Herkenning en erkenning hiervan zijn dan van belang. Er kan geprobeerd worden de moeite, die cliënten hebben met hun beperkingen en onmogelijkheden, te legitimeren. Als cliënten zichzelf kunnen toestaan om het moeilijk te hebben met hun situatie, dan is verzet en strijd niet langer nodig. De angst voor het 'nog verder afglijden' als die strijd wordt opgegeven, is meestal niet reëel. In tegendeel, de ruimte die door de legitimatie van gevoelens ontstaat, geeft vaak rust.

Controle fatalistisch laag

Sommige cliënten ervaren een fatalistisch laag gevoel van controle. Zij hebben de somberste denkbare beelden over het verloop van de psychosomatische klachten, terwijl daar objectief gezien geen reden voor is. De behandeling is in deze gevallen gericht op het bijstellen van cognities. De cliënt leert om zijn overmatige aandacht voor psychosomatische klachten terug te brengen tot alertheid, die adequaat is in het licht van de psychosomatiek.

Bovenstaande interventiemethoden komen in de praktijk vaak in mengvormen voor. Afhankelijk van de situatie en van persoonlijkheidskenmerken, wordt door de cliënt gebruik gemaakt van verschillende controlemechanismen. Een vaststaand protocol, dat voor elke cliënt bruikbaar is, is dan ook niet te geven. Wanneer aangesloten wordt bij de strategieën die de cliënt gebruikt en vandaar uit met de cliënt gezocht wordt naar nieuwe controlemogelijkheden, ontstaat er een interventie op maat.

Naast Pool en collega's (2004), geeft ook Van der Moolen (2004) een aantal kernthema's die van belang zijn bij de behandeling van psychosomatiek. Het zijn thema's die veel met elkaar te maken hebben en bepalend zijn voor de interventies die ingezet worden. Deze zijn als volgt:

- De relatie van de cliënt met zijn lichaam
- De relatie tussen lichamelijke sensaties en emoties. Bijvoorbeeld kan de cliënt onderscheid maken tussen lichamelijke sensaties die behoren bij de lichamelijke klachten en lichamelijke sensaties die behoren bij emoties (ergernis of angst geven lichamelijke spanningssensaties)
- De relatie van de cliënt met zichzelf, zijn zelfbeleving en contact met zijn belevingswereld, zelfbeeld en zelfexploratie
- De relatie van de cliënt met de hulpverlener en met belangrijke anderen.

Bovengenoemde thema's zullen nu aan de orde zijn.

De relatie van de cliënt met zijn lichaam

Zoals eerder vermeld, wordt de aandacht van cliënten die te maken hebben met psychosomatiek, gemakkelijk opgeëist door lichamelijke klachten of pijn. Er kan sprake zijn van sterke preoccupatie of identificatie met de klachten. De aandacht actief richten op verschillende lichaamsdelen in plaats van passief in beslag genomen te worden, kan effectief werken. Ook op een andere wijze kan aandacht gegeven worden aan lichaamssensaties. Te weten het luisteren naar de pijn, in plaats van niet willen voelen, nagaan wat deze pijn betekent in je leven, hoe opstandig je ervan wordt en integreren in plaats van wegmaken. Juist het verzet tegen de klachten kan de pijn verergeren. Dus de woede, het verdriet, de onmacht juist wel voelen en delen met anderen is hierbij van belang. Op deze manier kan voorkomen worden dat dit gevoel opgesloten raakt en is er ruimte voor nieuwe ervaringen. Door de cliënt te helpen de aandacht te richten op de lichamelijke gevoelde betekenis van een situatie, kan de cliënt beter leren 'luisteren' naar zijn lichaam en naar wat de klachten voor hem betekenen (Gendlin, 1981; 1978, zoals geciteerd in Van der Moolen, 2004).

De relatie tussen lichamelijke sensaties en emoties

Bij cliënten die te maken hebben met psychosomatiek, trekken lichamelijke sensaties vaak de aandacht en worden ze soms verkeerd geïnterpreteerd. Ook emoties hebben immers een lichamelijke component. Als men boos of angstig is en vooral als men dat binnenhoudt, geeft dat een spanningsgevoel dat geïnterpreteerd kan worden als een signaal voor een aandoening. Hierover kan uitleg gegeven worden en mogelijke andere interpretaties van de lichamelijke signalen kunnen worden voorgelegd aan de cliënt. In de vorm van tentatieve suggesties, zodat de cliënt zijn eigen ervaren als gids kan gaan gebruiken om na te gaan of de suggestie juist is. Maar er kan ook aan de orde worden gesteld wat het betekent in de ervaringswereld van de cliënt dat elke lichamelijke gewaarwording zo actief beoordeeld wordt in de context van de 'aandoening'. Wat vertelt dit over zijn lichaamsbeeld en over zijn wijze van in de wereld staan en is er een wens en mogelijkheid zich anders te verhouden tot het lichaam.

De relatie van de cliënt met zichzelf, zelfbeeld en zelfexploratie

Hierbij gaat het om zelfexploratie en gewaar worden van de zelfbeleving, ondanks of dankzij de aandoening. Psychosomatiek heeft veel invloed op de zelfbeleving, door beperkingen en verlies van mogelijkheden kan een nogal negatief zelfbeeld ontstaan. Wanneer men in beslag genomen wordt door affecten van de ziekte is er weinig open zelfexploratie, weinig ruimte voor andere aspecten van het zelf. Door een actieve acceptatie en empathie kan de roep om aandacht voor effecten van de ziekte vervuld worden en kan daarna de cliënt ertoe bewogen worden ook andere aspecten van zichzelf te ontdekken en het ervaringsproces weer in beweging te brengen. Zo kan een meer realistisch en positiever zelfbeeld worden ontwikkeld. Het reflecteren van gevoelens en empathische bevestiging, zijn hiervoor de geëigende interventies, evenals focussen (Leijssen, 1998; 1995, zoals geciteerd in Van der Moolen, 2004).

De relatie van de cliënt met belangrijke anderen

Elk werkelijk contact behelst een intermenselijk appèl. Het hebben van klachten van de cliënt impliceert een 'interactioneel appèl' op de ander, in dit geval de hulpverlener. De cliënt kan een gevoel van onmacht oproepen bij de hulpverlener door zich vooral als slachtoffer op te stellen, of een gevoel van schuld en tekortschieten als hij zich in zekere zin aanklagend uit. De hulpverlener onderzoekt bij zichzelf welk gevoel de cliënt bij hem oproept en gaat hierover met de cliënt in gesprek. Dit is een vorm van metacommunicatie. Samen zoeken ze uit of en hoe de cliënt dit herkent in relaties met familie, vrienden of andere behandelaars door deze situaties te concretiseren. Na herkenning en erkenning kan hij zijn eigen aandeel in het karakter van deze relaties onder ogen zien. Zo kan hij exploreren hoe hij worstelt met heftige ambivalente gevoelens. Uitgaande van de veranderingsgerichte visie is het dan zaak uit te zoeken hoe hij kan omgaan met deze ambivalenties en wat zijn werkelijke behoefte is in relaties met anderen. Ten aanzien van deze thema's zijn er een aantal belangrijke technieken die gebruikt worden.

Deze zijn vrij algemeen van aard en worden als volgt geformuleerd:

- Actief richten van de aandacht
- Betekenissen zoeken
- Reflecteren van gevoelens
- Concretiseren
- Empathische bevestiging geven
- Confronteren
- Focussen
- Metacommunicatie.

Wat van belang is voor de hulpverlener om zich te realiseren bij de behandeling van cliënten die te maken hebben met psychosomatische klachten is dat deze cliënten gemakkelijk in afhankelijkheidsrelaties terecht kunnen komen. Pfeiffer en Ripke (1990, zoals geciteerd in Van der Moolen, 2004) geven daarbij het volgende aan: "Immers, de relatie met de arts is meestal een (functionele) expert relatie. Daarbij is respect voor de autonomie en voor de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt zeer essentieel, maar dit is vaak juist ook bedreigd." Een empathische reflectie van de hulpverlener in plaats van goedbedoelde adviezen is dan van wezenlijk belang. Het gaat er immers om hoe het voor de cliënt is en aanvoelt en niet wat anderen denken of goed achten voor hem.

Een voorwaarde voor de hier beschreven interventiewijzen is dat de cliënt zich voldoende goed verbaal kan uitdrukken over innerlijke sensaties en lichamelijke gewaarwordingen, en dat hij

nieuwsgierig is naar zijn binnenwereld zodat hij wil uitzoeken hoe hij zich werkelijk voelt en hoe hij denkt. Daarnaast moet de cliënt enige vorm van wederkerig contact kunnen maken met de hulpverlener en dit ook kunnen ervaren (Rogers, 1965, zoals geciteerd in Van der Moolen, 2004). Als echter de cliënt vooral wil dat de hulpverlener oplossingen, opdrachten of praktische adviezen geeft, is hij meer gediend bij een andere wijze van hulpverleners (Van der Moolen, 2004).

4.3 Lichaamsgerichte interventiemethoden

Onderstaand wordt vaak gesproken van (chronisch) somatische aandoening en niet zozeer van psychosomatiek. Een groot deel van deze literatuur is echter wel van belang wanneer het gaat om het inzetten van interventies bij cliënten die te maken hebben met psychosomatiek. Vandaar dat onderstaand te lezen zal zijn over lichaamsgerichte interventies bij een (chronisch) somatische aandoening en dat later teruggekomen zal worden op mogelijke inzetbaarheid hiervan bij cliënten met psychosomatiek.

4.3.1 Het eigen lichaam: lichaamsbeeld en lichaamsbeleving

De wijze waarop iemand zijn lichaam beleefd en het beeld dat hij van zijn lichaam heeft, zijn sterk en wederzijds afhankelijk. Het lichaamsbeeld heeft grote invloed op het beeld dat iemand van zichzelf heeft, het zelfconcept. Juist bij mensen met lichamelijke klachten en mogelijk psychische problematiek, bij wie het lichaam veel aandacht opeist, is de zelfbeleving en het lichaamsbeeld nauw verweven. Natuurlijk is dit alles weer afhankelijk van de aanvang, de duur, de ernst en de prognose van de aandoening.

Lichamelijke is een essentieel gegeven in ons leven, immers we staan met dit lichaam in de wereld (Swilders, 1997; 1988, zoals geciteerd in Van der Moolen, 2004). Het zou dus in psychologische behandeling altijd een belangrijk gespreksthema dienen te zijn, maar voornamelijk bij cliënten met een (chronisch) somatische aandoening. De cliëntgerichte benadering wordt hierbij als uitgangspunt genomen, deze benadering is gebaseerd op het Rogeriaanse gedachtegoed (Rogers, 1965, zoals geciteerd in Van der Moolen, 2004). In de cliëntgerichte benadering neemt het lichaam een centrale plaats in, omdat de gevoelsveranderingen geacht worden vooral plaats te vinden op lichamelijk niveau.

Het lichaamsbeeld, de lichaamsbeleving en het zelfbeeld zijn overigens geen statische gegevens maar voortdurende processen. Juist als deze processen stagneren, statisch worden, is er een probleem. De taak van de hulpverlener is de cliënt te helpen deze stagnatie op te heffen en het proces weer in beweging te krijgen. Dit laatste is één van de uitgangspunten van de cliëntgerichte psychotherapie, de innerlijke afgeslotenheid doorbreken. Dit kan onder andere door stil te staan bij de lichamelijke beleving, bij wat een situatie, gedachte of gewaarwording gevoelsmatig voor betekenis heeft, wat het ons lichamelijk 'doet'. Gendlin (1978; 1981, zoals geciteerd in Van der Moolen, 2004) benadrukt dat deze beleving altijd een lichamelijk gevoelde betekenis is. Hij noemt dit de 'felt sense'. Het lichaam weet hoe ervaringen en problemen aanvoelen en wat de essentie ervan is. Dit veronderstelt een geheel andere wijze van aandacht geven aan het lichaam dan bij veel cliënten met een (chronisch) somatische aandoening het geval is. Bij hen wordt de aandacht gemakkelijk getrokken door pijn of beperkingen of sterker nog, de cliënt wordt er helemaal door in beslag genomen.

Eerder zegt Van der Moolen (1998) het volgende: "Er is altijd een wisselwerking tussen somatische en psychische processen maar er is zeker geen lineaire causaliteit. Hoe deze

wisselwerking verloopt en wat het gevolg ervan is weten we niet precies." Als de lichaamsbeleving en het zelfbeeld te rigide zijn of aanleiding geven tot klachten, is het doel van de interventie een veranderingsproces op gang te brengen, het proces weer in beweging te krijgen, weer meer afstand te kunnen maken tussen 'ik' en 'mijn aandoening'. Vooral ook omdat ziek zijn gevoelens van incompetentie en falen kan geven, lijkt juist bij deze cliënten een Rogeriaanse attitude zeer op zijn plaats.

De cliëntgerichte interventie is vanaf het eerste moment veranderingsgericht. Het is daarom van belang direct in het eerste gesprek de cliënt tegemoet te treden vanuit de Rogeriaanse attitude, zoals eerder al aangegeven wil dat zeggen aanvaardend, empathisch en congruent. Er wordt uitgebreid stil gestaan bij de lichamelijke klachten of psychische problematiek, maar er wordt tevens nagegaan op welke wijze deze klachten te maken hebben met het lichaamsbeeld en de lichaamsbeleving. In hoeverre bepalen de klachten het leven en de relaties van de cliënt en zijn er andere gebieden in het leven die belangrijk voor hem zijn. We gaan na of er enige toegankelijkheid is tot de gevoelswereld, of hij geraakt kan worden en even stil kan staan bij dergelijke gevoelens. Kan er samen overlegend onder woorden gebracht worden hoe de cliënt zijn aandoening en zijn lichaam beleeft en hoe hij zichzelf ziet. De hulpverlener gaat daarbij na wat de cliënt bij hemzelf oproept en wat het kijken naar deze persoon met hem doet. Roept het bijvoorbeeld medelijden, zorg of onmacht op.

De hulpverlener geeft dan aan, vanuit het cliëntgerichte gezichtspunt, dat contact met de binnenwereld, met de beleving belangrijk is om zich goed te voelen, ook waar het gaat om klachten die voortkomen uit het leven met een (chronische) somatische aandoening. Zonodig wordt uitgelegd dat het verder helpt als daarbij gevoelens onderkend worden en daarbij ook dat er uiting aan gegeven kan worden in woorden of in andere symboliseringen.

Mogelijke doelstellingen in een behandeling waarbinnen het eigen lichaam centraal staat kunnen zijn:

- Het bevorderen van een open contact met de eigen beleving van de cliënt, voor zover dit te (ver)dragen is
- In beweging zijn
- In proces zijn
- Voelen wat de cliënt voelt
- Beweging brengen in wat rigide en verstard is.

Open de toekomst aangaan met en vanuit dit lichaam, aanvaarding van wat onvermijdelijk is, aanvaarding van beperkingen (rouwen), leven vanuit een intern referentiekader, een eigen behoefte, gedachten, gevoelens en overtuigingen. Er wordt gestreefd naar een veranderingsproces in de richting van open contact met de eigen binnenwereld. Naar authenticiteit en een open en oprecht contact met de ander. Naar het verwerven van basisvertrouwen in het ervaren, in het eigen innerlijk proces. Het lichaam, is een bron van informatie met betrekking tot onze gevoelswereld. Juist het lichaam dat te maken heeft met een (chronische) somatische aandoening kan uitnodigen tot hernieuwde kennismaking met zichzelf (Van der Moolen, 2004).

4.3.2 Interventiemethoden

Vanuit de body-mind therapie zijn er interventies ontwikkeld specifiek gericht op het lichaam. Deze zijn gebaseerd op een integratieve en holistische benadering voor persoonlijke ontwikkeling

en therapie (<http://www.bodymindintegration.com>). Deze interventies worden onderstaand beschreven.

Lichaamsbewustzijn interventies

Deze zijn ontworpen om de cliënt te helpen bij de ervaring in het lichaam te blijven. De focus ligt op de gebieden van spierspanning, houding, adempatronen, en de manieren waarop lichamelijke en emotionele spanningen, gedragspatronen, en mentale toestanden verbonden zijn met elkaar. Methoden om lichaamsbewustzijn te vergroten kunnen gesuggereerd en aangemoedigd worden.

Lichamelijke interventies

Deze worden gebruikt om meer levendigheid en beweging in het lichaam te brengen. Deze bewegingservaringen kunnen gericht zijn op bepaalde gebieden van het lichaam die chronische spierspanning vertonen, slechte doorstroming, lagere bewustzijnsniveaus, of beperkte bewegingsmogelijkheden kennen. Zij kunnen stretchoefeningen bevatten om de tonus van de spieren te verbeteren, ademhalingsvaardigheden om het lichaam op te laden, toestanden van ontspanning te creëren of stressreductie middelen om het bereik van de toestanden, die de cliënt in staat is te ervaren, te vergroten. Het doel van deze interventies bestaat erin energie, lading en gevoel te vergroten, door chronische musculaire spanning op te heffen en de capaciteit voor beweging en zelfexpressie te vergroten.

Gerichte Expressie

Moeilijk of traumatisch materiaal uit het verleden is soms de focus van therapeutisch werk. Het losmaken, begrijpen en integreren van deze gevoelens door procedures die emotionele expressie bevorderen, kan een therapeutisch doel zijn. Om te helpen dit doel te bewegen, kan het zijn dat de therapeut gerichte ervaringen in emotionele expressie suggereert. Het kan zijn dat de cliënt gevraagd wordt om deel te nemen aan lichaamsbewegingen, oefeningen en ervaringen die emotionele expressie kunnen verdiepen en de cliënt helpen deze gevoelens te verhelderen. Op hun beurt, zijn deze ervaringen ontworpen om een verruimend bereik van gevoelens en een verdieping van emotioneel bewustzijn te ondersteunen.

Deze lichaamsgerichte interventies zijn ook goed toe te passen binnen de creatieve therapie. Daarnaast sluiten deze interventies aan op de doelen die Van der Moolen (2004) zojuist als uitgangspunt nam voor het bieden van een cliënt gerichte behandeling bij mensen met somatische aandoeningen. Hierbij worden lichaamsbeleving en de beleving van lichamelijke klachten als uitgangspunt genomen. Doel is een psychotherapeutisch proces op gang te brengen waarin de cliënt:

- In toenemende mate in contact kan treden met het eigen lichaam en de eigen lichaamsbeleving
- Een adequate afstand tussen 'ik' en 'mijn aandoening' kan ontwikkelen, waarbij lichaamssensaties onderscheiden kunnen worden van lichamenlijk gevoelde emoties
- Kan groeien in een doorgaand proces van zelfbeleving en zelfexploratie, waardoor eigen gevoelens, behoeften en wensen herkend en actief gebruikt kunnen worden
- Inzicht kan laten ontstaan in de rol die de ziekte speelt in de relatie van de cliënt met belangrijke anderen.

4.3.3 Psychomotorische therapie (PMT)

Psychomotorische therapie sluit nauw aan op de creatieve therapie beeldend, omdat beide experiëntiële therapievormen zijn, waarin ook geoefend kan worden met gedragsalternatieven, zoals het aannemen van een assertieve houding in plaats van een houding die verwijst naar het aannemen van een ziekterol of slachtofferschap of het leren ontspannen. Tevens kunnen innerlijke conflicten op lichamelijke wijze uitgewerkt worden, bijvoorbeeld het uiten van gevoelens van woede (over het ziek zijn of over de gevolgen hiervan in de omgang met anderen). Daarbij wordt ook aandacht geschonken aan de angst voor pijn, schade of afwijzing. De essentie blijft de ervaring, er wordt ter plekke iets gedaan en dit is de basis voor het verder beïnvloeden van gedrag, gedachten en gevoelens, aansluitend op de hulpvraag van de cliënt (NVPMT 1995; Petzold, 1988, zoals geciteerd in Emck & Bosscher, 2004).

Dit experiëntiële karakter is een gegeven, dat de PMT deelt met de creatieve therapie en waarmee zij zich onderscheidt van, primair verbale psychotherapie (Emck, 2002a, 2002b, zoals geciteerd in Emck & Bosscher, 2004). Dit rechtvaardigt dat beide vakgebieden inmiddels onder de noemer vaktherapeuten ondergebracht zijn in de nieuwe beroepenstructuur voor de geestelijke gezondheidszorg (Borst-Eilers, 2001, zoals geciteerd in Emck & Bosscher, 2004). De therapeutische inwerking van non-verbale interventies kan zeer krachtig zijn, juist omdat de ratio ten dele 'gepasseerd' wordt. Enerzijds vormt dit de kracht van experiëntiële technieken, anderzijds kan de therapeut hiermee een sterke invloed op de cliënt uitoefenen zonder zich daarvan bewust te zijn.

Psychomotorische interventies zijn onder andere geïndiceerd wanneer mensen te kampen hebben met regulatieproblemen die op het niveau van lichamelijke en bewegen sterk naar voren komen. Globaal gaat het om regulatie van spanning, stemming, gevoelens of gedachten met betrekking tot eigen lichaam, en van emoties en gedrag (Emck, 2002a, 2002b, zoals geciteerd in Emck & Bosscher, 2004). Alvorens psychomotorische interventies uit te voeren, moet men na gaan welke mate van structuur, fysieke nabijheid en lichamelijke inspanning gewenst is.

Het beïnvloeden van spanningsregulatie

Het reduceren van stressgerelateerde klachten is mogelijk door het aanbieden van op de cliënt afgestemde vormen van beweging, relaxatie en massage. Hiertoe bestaat een scala aan methodieken. Daarbij spelen de mate van geboden structuur, fysieke nabijheid en het inspanningsniveau een belangrijke rol. Aangezien relaxatie altijd enige mate van regressie met zich meebrengt, zal men van te voren moeten inschatten welke mate van structurering wenselijk is en dit zo mogelijk met de cliënt bespreken. Zo biedt de progressieve relaxatiemethode (Bernstein & Borkovec, 1973; Jacobson, 1983, zoals geciteerd in Emck & Bosscher, 2004) een duidelijk handelingsstructuur door het afwisselend aanspannen en ontspannen van specifieke spiergroepen. Bij geleide fantasie oefeningen en autogene training heeft de cliënt daarentegen veel vrijheid om tot een eigen invulling van de oefening te komen.

De vraag is of lichamelijke passiviteit of lichamenlijk inspanning gewenst is. Hoewel men bij het nastreven van ontspanning vaak naar passieve technieken verwijst, is het de vraag of dat voor cliënten met een (psycho)somatische aandoening altijd wenselijk is, omdat juist bij hen de stressgerelateerde klachten vaak samengaan met bewegingsarmoede en een slechte lichamelijke conditie. Als er dan ook sprake is van stressgerelateerde klachten wordt het lichaam eens te meer tot last. Het is dan aan te raden met de cliënt op zoek te gaan naar lichamelijke activiteiten die als plezierig worden ervaren en bovendien gedoseerd kunnen worden uitgevoerd. Regelmatig

bewegen op zodanige wijze dat de conditie verbeterd, heeft bovendien duidelijk effect op de reductie van angst en spanning en is als een protectieve factor te beschouwen voor stress (Sarafino, 1990, zoals geciteerd in Emck & Bosscher, 2004). Van Gool en Bosscher (2002, zoals geciteerd in Emck & Bosscher, 2004) sluiten hier op aan door aan te geven dat lichamelijk actief zijn positieve gevolgen heeft voor het zelfvertrouwen en het verminderen van de angst voor de gevolgen van inspanning.

Het beïnvloeden van stemming

Verwachtingen zijn belangrijk omdat ze een rol spelen bij het omgaan met problemen. Bandura (1986, zoals geciteerd in Emck & Bosscher, 2004) stelt dat er vier belangrijke bronnen van informatie zijn waarop verwachtingen gebaseerd worden, te weten ervaringen met mislukking en succes, leren van het voorbeeld dat anderen geven, aanmoediging en lichaamssignalen. Vanuit alle bronnen kunnen verwachtingen negatief beïnvloed worden. Voor het herstellen van vertrouwen in eigen capaciteiten om stressvolle situaties, zoals het hebben van pijn, te hanteren is de persoon het meest gebaat bij succeservaringen. Succes sterkt vertrouwen en hoe meer vertrouwen men heeft, des te meer moeite zal men doen met problemen om te gaan en des te langer zal men doorzetten bij tegenslag.

Het beïnvloeden van de lichaamsbeleving

Onder lichaamsbeleving valt te verstaan de individuele wijze waarop iemand het eigen lichaam ervaart en beoordeelt, waarbij zowel gevoelsmatige als perceptuele en cognitieve aspecten een rol spelen (Du Bois, 1992, zoals geciteerd in Emck & Bosscher, 2004). Problemen op het gebied van de lichaamsbeleving komen onder andere voor bij somatoforme en psychotische stoornissen, maar ook bij mensen met een (chronisch) somatische aandoening. Bij jongeren zijn er vaak problemen in de lichaamsbeleving te zien die fasespecifiek zijn en behoren tot de normale ontwikkeling. Er treedt onder invloed van de biologische rijpingsprocessen een breuk op in de continuïteit van de kenmerken van het lichaam, de houding en het bewegen (Emck & Smit, 2000, zoals geciteerd in Emck & Bosscher, 2004). Er wordt voor gepleit in deze levensfase de lichaamsbeleving van jongeren met een somatische aandoening niet onnodig te problematiseren. Steunende interventies kunnen wel op hun plaats zijn. Te denken valt bijvoorbeeld aan interventies waarbij de jongere met een somatische aandoening (een bewegingsbeperking en/of pijnklachten) aangemoedigd wordt eens te kijken welke vormen van (groep)sport wellicht haalbaar zijn, of hoe de jongere toch zou kunnen meedoen aan een vorm van bewegen. Hiermee kunnen op praktische wijze soms belangrijke vicieuze cirkels doorbroken raken. Er zijn ook genderspecifieke factoren die een belangrijke rol kunnen spelen bij problemen in de lichaamsbeleving (Woertman, 1994; Baardman, 1991, zoals geciteerd in Emck & Bosscher, 2004). Vrouwen met een (chronisch) somatische aandoening zouden mogelijk op grond van hun socialisatie meer risico kunnen lopen op het ontwikkelen van negatieve lichaamsbeleving of attitude dan mannen met een (chronisch) somatische aandoening.

Het beïnvloeden van de regulatie van emoties en gedrag

Soms kunnen somatische aandoeningen gepaard gaan met een zichtbaar onrustig bewegingsbeeld. De regulatie van prikkels en gedrag is dan een probleem. De bewegingsstoornissen kunnen heftig en uiteenlopend zijn bijvoorbeeld agitatie, onrust, catatonie en hypertonie. Chaos en onrust uit zich direct in het bewegingsgedrag, hetgeen veelal vraagt om structurerende methodieken en interventies (Emck & Smit, 2001; Emck, 1998, zoals geciteerd in Emck & Bosscher, 2004). Petzold (1996, zoals geciteerd in Emck & Bosscher, 2004) hanteert enkel veronderstellingen over de aard en behandeling van specifieke somatische aandoeningen. Hij gaat daarbij uit van een verband tussen de ziekte en een verstoring van de balans tussen impressie en expressie. Dit leidt tot twee typen interventies. Ten eerste de 'sensibilitätstraining',

waarbij het waarnemen van indrukken centraal staat, vergelijkbaar met 'sensory awareness' (Brooks, 1974, zoals geciteerd in Emck & Bosscher, 2004). Ten tweede de 'expressivitätstraining' waarin men de cliënt helpt indrukken en gevoelens adequaat te uiten. Deze laatste interventie lijkt onder andere verwant met bewegingsexpressie oefeningen. Het stimuleren van de zintuiglijke waarneming kan plaatsvinden door oefeningen aan te bieden waarin ruiken, zien, proeven, voelen en luisteren aan de orde zijn. Oefeningen in het lichamenlijk uiten van emoties zijn bijvoorbeeld, maak eens een gebalde vuist, huppel eens vrolijk door de kamer en trek eens een lelijk gezicht. Men kan hiermee de cliënt zich bewust laten worden van mogelijk verborgen gevoelens of men kan hiermee tegengestelde gevoelens oproepen. In sommige gevallen blijken (chronische) pijnklachten symbool te staan voor diepgewortelde emotionele conflicten. Of deze non-verbaal of verbaal uitgewerkt worden is afhankelijk van de cliënt.

Naast psychomotorische therapeuten begeven ook andere disciplines zich op het terrein van bewegings- en lichaamsgerichte interventies. Dit heeft positieve en negatieve kanten. Het betekent enerzijds dat het lichaam in de GGZ weer van belang geacht wordt, maar anderzijds ontstaat het gevaar dat professionals die op dit terrein weinig of eenzijdig geschoold zijn inadequate en mogelijk ook schadelijke interventies plegen (Delhaas, 2001, zoals geciteerd in Emck & Bosscher, 2004).

4.3.4 Lichaamsgericht werken

De scheiding tussen het lichamenlijke en het psychologische domein is terug te vinden in het denken van Descartes, zoals eerder beschreven. Er blijken echter veel meer verbanden te zijn tussen lichaam en geest, tussen voelen en denken. Lichaam en geest lijken één te zijn, maar nu de praktijk nog.

Door de aandacht voor non-verbale communicatie en door de voortschrijdende inzichten in de samenhang tussen lichaam en geest ontstond een klimaat, waarin de behoefte opkwam het lichaam op een veilige manier in de psychotherapie te betrekken.

De zin van lichaamsgericht werken is mensen opnieuw, of voor het eerst, in contact brengen met een lichamenlijk ervaren dat 'goed' is en hen daarmee in contact brengen met zichzelf als voelend subject. Vanuit een open contact met de eigen lichamenlijke beleving kunnen mensen weer in beweging komen. Wanneer het hele organisme erbij betrokken is, kunnen therapeutische veranderingen sterk doorwerken. Soms kan hierdoor zelfs een genezingsproces van lichamenlijke klachten inzetten. Bij lichaamsgerichte therapie gaat het dus eerst en vooral over leren voelen en leren differentiëren in gevoelens. Daarom zijn er altijd precieze bewoording bij nodig. Gendlin (1981, zoals geciteerd in Van Attekum, 2004) spreekt in dit verband over in contact komen met het lichamenlijk ervaren gevoel, de 'felt sense', zoals eerder ook genoemd. Veel mensen zijn vanuit zichzelf in contact met deze lichamenlijke gewaarwording, ze leven van daaruit en toetsen hun ervaringen aan die 'lichamenlijke zielslaag'. Ze zijn beweeglijk, ze denken, spreken en voelen als 'uit een stuk'. Zij kunnen hun doorvoelde ervaring onder woorden brengen en staan ook open voor nieuwe ervaringen. Deze mensen hebben geen lichaamsgerichte therapie nodig. Mensen die niet in contact staan met hun lichamenlijk gevoelde wezenslaag, kunnen wellicht goed gebruik maken van lichaamsgerichte therapie. Bij hen kan juist door aanraking of andere lichaamsgerichte interventies, een therapeutisch veranderingsproces op gang gebracht worden. Een minimum doelstelling kan zijn dat degene met een aandoening beter leert luisteren naar wat het lichaam te vertellen heeft, zodat het mogelijk wordt het lichaam beter te verzorgen. Een iets verdergaande

doelstelling is dat de cliënt meer zichzelf, met allerlei verschillende gevoelens, gaat ervaren in zijn lichaam.

Leijssen (2001, zoals geciteerd in Van Attekum, 2004) geeft weer dat er een scala is van lichaamsgerichte interventies, waarvan de belangrijkste eerder gekenmerkt worden door subtiliteit dan door spektakel. Zij maakt een indeling van een 'continuüm aan lichaamsgerichte interventies'. Daarbinnen zijn verbale interventies van de therapeut, bedoeld om de aandacht van de cliënt naar zijn lichaam te richten. Belangrijk hierbij is het om de cliënt ruimte te geven zijn eigen lichamelijke gevoelens te exploreren en niet van te voren al een interpretatie te doen. Vervolgens noemt Leijssen (2001, zoals geciteerd in Van Attekum, 2004) de meer uitvoerige instructies, waarmee de therapeut de cliënt uitnodigt om systematisch met de aandacht door het lichaam te gaan, zoals bij ontspanningsoefeningen of bijvoorbeeld in de focusing-methode van Gendlin (1996, zoals geciteerd in van Attekum, 2004). Dan zijn er nog modellerende of spiegelende acties van de therapeut, bedoeld om de cliënt te ondersteunen of te stimuleren tot expressie. Een speciale vorm van 'spiegel' is de methode van Prouty (1976; 1998, zoals geciteerd in van Attekum, 2004) die gebruik maakt van imitatie van lichaams- en gelaatsreflecties om de cliënt in contact te brengen met zijn innerlijke beleving.

4.4 Interventies vanuit de praktijk

Aan de therapeuten die hebben meegewerkt aan ons praktijkonderzoek hebben we de vraag gesteld "Welke interventies zet u in bij de behandeling van psychosomatische klachten?" Alle therapeuten geven aan zowel verbale als non-verbale interventies in te zetten. De genoemde interventies hebben wij onderverdeeld in dezelfde drie categorieën zoals deze besproken zijn in dit hoofdstuk.

Interventies die de therapeuten noemen en ook genoemd worden als interventiemethode binnen de GGZ zijn aandacht geven (actief richten van de aandacht), oorzaak en gevolg (betekenissen zoeken), koppeling gevoel en emoties (betekenissen zoeken), mirroring/spiegelen, luisteren, aandacht richten op mogelijkheden (interventies op inhoudsniveau), begrenzen (interventies op procedureniveau) en steun bieden (interventies op bestaansniveau).

Interventies die de therapeuten noemen en ook genoemd worden als interventiemethoden voor psychosomatische problematiek zijn aandacht richten op mogelijkheden (compensatie), zelfbeeld (controle chronisch laag als persoonlijkheidskenmerk/ de relatie van de cliënt met zichzelf, zelfbeeld en zelfexploratie) en lichaamsbeleving (de relatie van de cliënt met zijn lichaam).

Interventies die de therapeuten noemen en ook genoemd worden als lichaamsgerichte interventiemethoden zijn ontspanningsoefeningen, ademtherapie, aarden, verleiding, aandacht voor het lijf, PMT, leren omgaan met lichaam en psyche en in actie komen.

4.5 Slotbeschouwing

Om onze vierde deelvraag te kunnen beantwoorden maken wij gebruik van deze laatste paragraaf. Uit bovenstaande paragraaf 'interventies uit de praktijk' blijkt dat therapeuten gebruik maken van enkele interventiemethoden, zoals deze beschreven worden in de literatuur. Wij achtten deze interventiemethoden ook van belang in de behandeling van psychosomatiek.

Maar daarbij is gebleken dat in de praktijk minder interventiemethoden worden gebruikt dan die in de literatuur worden beschreven. Wij kunnen niet specifiek noemen welke wij nog van belang achten binnen de creatief therapeutische behandeling, maar willen wel aangeven dat de in ons praktijkonderzoek genoemde interventiemethoden van toepassing kunnen zijn binnen de behandeling van cliënten met psychosomatische klachten. Het zal dan per doelgroep, visie van de instelling of zelfs per cliënt kunnen verschillen welke inzetbaar zijn voor een effectieve behandeling.

Vanuit de vele mogelijkheden die deze interventiemethoden bieden voor de behandeling van psychosomatische klachten willen wij ingaan op de creatieve therapie beeldend.

H5 Creatieve therapie beeldend

In dit hoofdstuk komt de creatieve therapie beeldend aan bod. Onze vijfde deelvraag "Op welke wijze kan (het lichaam tijdens) creatieve therapie beeldend worden ingezet binnen de behandeling van psychosomatische aandoeningen?" is onze richtlijn binnen dit hoofdstuk. Eerst gaan we in op creatieve therapie beeldend bij psychosomatische klachten, waarbij aandacht is voor creatieve therapie beeldend als behandelvorm, indicaties voor creatieve therapie beeldend en doelstellingen. In de tweede paragraaf gaat het over het lichaam binnen de creatieve therapie beeldend, waarin het lichaam, beweging, ruimte, dynamiek en materiaal een belangrijke rol spelen. Hierbij worden eveneens voorbeelden genoemd van hoe het lichaam vanuit verschillende theoretische stromingen ingezet kan worden (Reichiaanse benaderingswijze, de bio-energetica van Lowen en beeldcommunicatie).

5.1 Creatieve therapie beeldend bij psychosomatische klachten

Creatieve therapie is een therapeutische behandeling waarvan de middelen worden ontleend aan kunstvormen. Evenals in andere vormen van psychotherapie worden veranderings-, ontwikkelings-, en acceptatieprocessen bewerkstelligd bij personen met problemen in bijvoorbeeld de emotionele beleving, het gedrag, lichamelijke handicaps of cognitieve beperkingen. Het doel van de therapie is de cliënt te leren om binnen de gegeven mogelijkheden en grenzen zelf richting aan zijn leven te geven. Creatieve therapie beeldend is één van de vormen van creatieve therapie. De andere vormen zijn muziektherapie, dramatherapie en danstherapie. In alle vormen staat de mogelijk helende werking van expressieve uitingvormen, actief of receptief, centraal. Dit vormt de basis van het therapeutisch werken. Aan de hand van gerichte methoden wordt geappelleerd aan de directe emotionele en zintuiglijke beleving van de mens. Het effect kan emotionele verwerking, verrijking of inzicht, maar ook verbetering van het cognitieve of lichamelijke functioneren zijn (van Hattum en Hutschemaekers, 2000; NVCT, 1995, zoals geciteerd in Demmer & Boschloo, 2004).

Creatieve therapie is, zoals al genoemd, een experiëntiële therapievorm, dat wil zeggen dat de therapeut de situatie zo arrangeert, dat de cliënt in een ervaringsproces gebracht wordt. De essentie is dus de directe ervaring, er wordt ter plekke iets gedaan en dit is de basis voor het verder beïnvloeden van gedrag, gedachten en gevoelens (Demmer & Boschloo, 2004).

Creatieve therapie beeldend

Praten is voor veel cliënten het meest vertrouwde communicatiemiddel. Werken met beeldend expressieve materialen is vaak minder vertrouwd, het doet een beroep op verschillende zintuigen. Lang niet alle cliënten zijn gewend te werken met beeldende materialen. Veel volwassenen zijn de speelsheid en inventiviteit kwijtgeraakt, waar ze als kind over beschikten. Het vrije spel wordt dan belemmerd door eisen als het moet realistisch zijn, mooi of netjes. Voorwaarde voor effectieve toepassing van beeldende middelen in de therapie is dan ook dat de therapeut, evenals de betreffende cliënt zich niet gehinderd voelt door esthetische of morele eisen. Het is belangrijk met de cliënt door te spreken welke waarde het kan hebben om beeldend werk in te zetten in de therapie, maar daarbij ook de cliënt zijn eventuele remming of terughoudendheid te bespreken.

Bezig zijn met materialen kan zeer uiteenlopende gevoelens oproepen. Verbeelding, fantasie en motoriek worden aangesproken. Door de verminderde rationele controle, ontstaan soms

onverwachte, ongewilde of onthullende beelden (Fiselier, 1996; Fleck & Bangert, 1995, zoals geciteerd in Demmer & Boschloo, 2004). Dit wil zeggen dat er soms door het gebruiken van het medium minder doordachte keuzes kunnen worden gemaakt en er spontaan uiting wordt gegeven aan bijvoorbeeld gevoelens, en patronen. Van materialen als klei, krijt of verf gaat een uitnodigende werking uit, wie zich laat aanspreken vindt in beeldend bezig zijn een directe manier om emoties te voelen, te externaliseren en in een context te plaatsen. Beeldend werken brengt daarbij de cliënt letterlijk en figuurlijk in beweging. Armen, schouders, nek en de romp, het hele lichaam komt in actie. Beeldend werken heeft dus ook een psychomotorische kant, dat wil zeggen het reactiveert mogelijk latente, onderdrukte emoties. In de omgang met beeldend materiaal wordt stapsgewijs de eigen kracht en creativiteit gemobiliseerd:

- Contact met het materiaal geeft energie, die omgezet wordt in activiteit
- Het toegeven aan de impuls leidt tot interactie met het materiaal
- Op dat moment ontstaat vorm
- Het concrete beeld maakt de innerlijke beleving en behoefte zichtbaar.

Betekenis geven aan het zichtbare biedt een handvat voor het bepalen van behoeften en daarmee voor verandering. Een stapsgewijze benadering is daarbij belangrijk, omdat de onthullende kracht van beeldend overspoelend kan zijn. Het voordeel van communiceren met beeldend materiaal is dat er een zichtbaar en tastbaar resultaat overblijft. Daarin liggen de gevoelens en ervaringen van de maker opgeslagen. Wat aanvankelijk moeilijk in woorden was uit te drukken, kan aan de hand van werkstukken vaak wel bespreekbaar en daarmee hanteerbaarder worden (Schaverien, 1992; McFurth, 1991, zoals geciteerd in Demmer & Boschloo, 2004).

Beeldend werken kan voor mensen met een ernstige langdurige ziekte een krachtig middel zijn in het verwerkingsproces (Holzenspies & Taal, 2003; Warnars-Kleverlaan, 1998, zoals geciteerd in Demmer & Boschloo, 2004). Er wordt een onderscheid gemaakt tussen actief en receptief beeldend werk.

Mensen met psychosomatische aandoeningen kunnen last hebben van een gevarieerd aantal aan gevoelens of lichamelijke klachten. Controleverlies, machteloosheid, depressie, passiviteit, vermoeidheid, rouw vanwege functieverlies of veranderd levensperspectief en pijn in gewrichten of lichaamsdelen, kunnen daar onderdeel van uitmaken. Creatieve therapie beeldend kan cliënten met dergelijke problemen een taal bieden waarin zij vorm en uitdrukking kunnen geven aan bijvoorbeeld hun verdriet, angst, pijn en woede. Het vinden van beeld en woord voor het lichamenlijk ervaren, het psychomotorisch uiten daarvan in beeldende handelingen en het doorvoelen van de betekenis van de beperkingen van de ziekte kan door creatieve therapie beeldend gestimuleerd worden. Dit is voornamelijk te overwegen wanneer cliënten:

- Geen woorden voor ervaringen, gedachten of gevoelens kunnen vinden
- Moeite hebben met het accepteren van hun beperkingen
- Veel rationaliseren, dan wel zich verhullen in taal
- Moeite hebben met hun binnenwereld naar buiten te brengen
- Moeite hebben met het ordenen en begrenzen van emoties
- Moeite hebben met voelen en doorleven van gevoelens.

Over het algemeen sluiten creatief therapeutische interventies goed aan bij cliënten die gevoeligheid tonen voor beelden, metaforen en eigenschappen van materialen (kleuren, vormen,

textuur). Een contra-indicatie kan zijn dat de cliënt zich te zeer overgeleverd voelt aan het materiaal en zich te onveilig gaat voelen.

Soms is de hulpvraag van een cliënt met lichamelijke klachten heel verstrooid. In de beginfase van de creatieve therapie beeldend kan het beeldend werken een manier zijn om in contact te komen met zichzelf, de klachten te leren herkennen en invloeden op de klachten leren registreren. Het beeldend werk maakt zichtbaar wat er in de cliënt omgaat, wat vervolgens verbaal kan worden gemaakt om verbanden te leggen. Beeldende activiteiten kunnen een cliënt helpen om stil te staan bij eigen gedachten en gevoelens (Demmer & Boschloo, 2004).

Expressie in beeldend materiaal biedt de cliënt de mogelijkheid via dat materiaal op een nieuwe wijze contact te maken met zichzelf en eventueel anderen. Elk materiaal doet een specifiek appèl op emoties en motoriek en biedt gelegenheid tot spelen en experimenteren. Letterlijk in actie komen en ervaren wat je kunt vergroot het zelfvertrouwen. Door sturing te geven aan het eigen beeldende proces kan een begin gemaakt worden met sturing geven aan het eigen leven. Wanneer innerlijke beelden van gevoelens als kracht, angst, pijn, vreugde en verdriet tot expressie worden gebracht, worden ze zichtbaar en tastbaar. Daarmee kunnen ze meer betekenis krijgen. Doelstellingen van beeldende interventies zijn als volgt:

- De cliënt krijgt toegang tot eigen beleven en ervaren
- De cliënt vindt een uitingsvorm waarin hij gedachten, feiten en gevoelens kwijt kan.

Daarbij behorende subdoelen:

- De cliënt leert gevoelens van machteloosheid en controleverlies te uiten, waardoor acceptatie mogelijk wordt
- De cliënt krijgt meer zelfvertrouwen
- De cliënt krijgt weer grip op zijn situatie en voelt zich minder slachtoffer
- De cliënt beleeft plezier en ontspanning (Demmer & Boschloo, 2004).

Smeijsters (2003) schrijft over verschillende creatief therapeutische werkwijzen, waaronder palliatieve creatieve therapie. Deze palliatieve werkwijze biedt ondersteuning in het leren omgaan met problemen. De palliatieve creatieve therapie heeft als belangrijkste doelstellingen het verzachten van fysieke pijn en het verzachten van, en het ondersteunen en valideren bij psychische problematiek. De doelstellingen zijn onder meer gericht op:

- Het verminderen van psychosomatische klachten
- Het verminderen van chronische pijn
- Het verwerken van een verlies van een persoon
- Het verweken van een verlies dat optreedt na een plotseling verworven handicap
- Het afscheid kunnen nemen van het leven.

De werkvormen zoals gebruikt in deze werkwijze zijn receptief en actief, zoals eerder uitgelegd in deze literatuurstudie. Deze werkwijze wordt vaak gekenmerkt door Rogeriaanse principes. Alhoewel deze werkwijze groepsgericht kan worden toegepast is, gezien de aard van de problematiek, vaak een individuele aanpak nodig. Doelgroepen waarvoor deze werkwijze geschikt is, zijn cliënten met chronische problematiek op verschillende gebieden, zoals psychosomatische klachten, chronische pijnklachten, verlies- en rouwproblematiek in de lichamelijke gezondheidszorg, de psychiatrie, zwakzinnigheidszorg, revalidatie, bejaardenzorg, vluchtelingenzorg en de verslavingszorg (Smeijsters, 2003).

5.1.1 *Contra-indicaties vanuit de praktijk*

Als contra- indicaties worden door de therapeuten die aan ons praktijkonderzoek hebben meegewerkt, middels interviews of enquêtes, aangegeven dat er wanneer er niet voldoende veiligheid is door deelname van cliënten dit de deelname aan groepstherapie onmogelijk maakt, bij (ernstige) verslavingsproblematiek, wanneer de cliënt niet weet hoe het lichaam te gebruiken, wanneer de cliënt apathisch is, wanneer er geen gelijke aandacht binnen de groep meer mogelijk is groep is en wanneer de cliënt zichzelf niet in staat acht om deel te nemen aan de creatieve therapie beeldend.

5.1.2 *Behandeldoelen vanuit de praktijk*

Als veel voorkomende behandeldoelen bij psychosomatiek worden door de therapeuten die meegewerkt hebben aan ons onderzoek, middels interviews en enquêtes, aangegeven dat deze voor kinderen en jongeren te maken hebben met het leren uiten van psychische problematiek, het verwerken van nare ervaringen, stabiliseren, oorzaken zoeken, zelfbeeld, sociale vaardigheden, separatie-individuatie en ervan uitgaan dat de klacht reëel is. Ook wordt benadrukt dat het van belang is om doelen te stellen die haalbaar zijn voor de cliënt.

Veel voorkomende behandeldoelen bij psychosomatiek voor volwassenen en ouderen worden weergegeven als doelen die te maken hebben met spanning, expressie, omgaan met gevoelens, grenzen, kwaliteit van het leven verhogen, erkenning van lichamelijke klachten, verbinding maken met het gevoel, contact maken met zichzelf, afstand en nabijheid, verminderen van spanning, verminderen van slaapproblemen en nachtmerries, ontspanningoefeningen, zelfrealisatie en ontspanning.

Opvallend is dat de doelen zoals aangegeven door de therapeuten voor volwassenen en ouderen zich meer richten op causale verbanden in vergelijking met de doelen zoals aangegeven voor kinderen en jongeren.

5.2 Het lichaam binnen de creatieve therapie beeldend

Het lichaam

Oefeningen gericht op beweging en materiaalverkenning kunnen aangeboden worden om het zelfvertrouwen van de cliënt te vergroten. In dergelijke oefeningen wordt niet geappelleerd aan creatieve vaardigheden of ideeën. De verbeelding wordt echter wel geprikkeld, waardoor werkstukken met een persoonlijke signatuur ontstaan. Ook in latere stadia van het therapieproces kunnen dergelijke oefeningen veel steun en stimulans bieden. Om het lichaam centraal te zetten binnen de creatieve therapie beeldend kunnen aanbiedingen worden gedaan die het appèl doen op bijvoorbeeld houding, beweging van het lichaam, exploreren van bewegingen, kracht versus weinig kracht en experimenteren vanuit gevoel met lichaamsbewegingen. Daarnaast kunnen oefeningen gericht zijn op zelfbeeld en lichaamsbeleving om gevoelens en gedachten met betrekking tot deze thema's te leren uiten (Demmer & Boschloo, 2004). Voorbeelden van oefeningen zijn:

- Volkkrassen van vellen papier met oliepastel. In het zacht of hard krassen met krijt kan de cliënt vermoeidheid of juist energie voelen. Daarnaast wordt zichtbaar hoeveel ruimte de cliënt in durft te nemen.
- Beschilderen van vellen papier met acryl- of olieverf, bijvoorbeeld volgens de aanschilder-methode (Visser, 1999, zoals geciteerd in Demmer en Boschloo, 2004). Kan de cliënt ruimte innemen, durft hij kleuren te kiezen en verf te gebruiken? Kan hij genieten van het mengen en het opbrengen van verf met de kwast, het paletmes of de vingers of wordt de verf schraal en met een minimum aan inzet opgebracht?
- Bewegen op papier met houtskool of conté (Cane, 1983; 1951, zoals geciteerd in Demmer & Boschloo, 2004). Door het bewegen komen basale vormen als cirkels, krullen, waaivormige, golvende of hoekige lijnen op papier. Boosheid, verdriet, blijdschap, lusteloosheid worden al snel herkend in deze bewegingen. Ook kunnen deze lijnen en vormen, voortgekomen uit een innerlijke beweging, sterke associaties oproepen met innerlijke beelden en belevingen, die op dat moment actueel zijn. Als deze, schijnbaar doelloze, activiteiten serieus genomen worden, ontstaan persoonlijke, emotiegerelateerde werkstukken praktisch als vanzelf.

Mogelijke doelstellingen waarvan hierbij sprake kan zijn, zijn als volgt:

- De cliënt vindt een uitingvorm waarin hij mededeelzaam kan zijn. Werken naar aanleiding van beeldmateriaal, collages maken, of een fotofragment met krijt of verf aanvullen tot een eigen beeld.
- De cliënt leert controle los te laten en zich te ontspannen. Toevalstechnieken, zoals waterverf of vouwdruk met plakkaatverf, het scheuren en plakken van zijdevloei en andere transparante papiersoorten. Hierbij ontstaan speelse vormen en mengkleuren. Dergelijke ervaringen kunnen plezier en voldoening geven, zodat lichamelijke klachten of zorg over deze klachten even naar de achtergrond raken.
- Grip krijgen op de eigen situatie die door de klachten in een ander perspectief is gekomen. Technieken die houvast bieden, bijvoorbeeld een tekening naar waarneming. Een zelfportret of stilleven in kleurpotlood, acryl- of olieverf.

Iemand die beeldend werkt, maakt voortdurend keuzes. De therapeut kan samen met de cliënt het gemaakte werk bekijken en bespreken. Door het aanwijzen en benoemen van de verschillende aspecten van een beeld, maakt de cliënt contact met datgene wat hij deels onbewust tot uitdrukking heeft gebracht. Een dergelijke reflectie verdiept vaak aanzienlijk de emotionele werking van het creatieve werk.

Aan het eind van de therapie kan de beeldenreeks op volgorde worden gelegd en bekeken. Het veranderingsproces van de cliënt zal onder andere te zien zijn in het beeldende werk. In samenspraak met de cliënt wordt deze verandering in beeldend werk teruggekoppeld naar het behandeldoel. Het is uiteindelijk de bedoeling dat verandering niet alleen zichtbaar wordt in het beeldend werk, maar ook bij de cliënt zelf. Houding, lichaamsbeleving, bewegingsvrijheid, lichaamsspanningen en verkrampingen zijn bijvoorbeeld veranderingsdoelen voor de therapie.

Aandachtspunten voor het integreren van beeldende interventies in een therapie
Bepaalde faciliteiten en randvoorwaarden moeten beschikbaar zijn, zoals voldoende tijd, een geschikte ruimte en geschikte materialen.

Deze behandelvorm biedt door haar experiëntiële invalshoek een heel eigen mogelijkheid voor het vormgeven van adaptatie en verwerkingsprocessen. Zowel in receptieve als actieve vorm

doet creatieve therapie een appel op lichamelijk beleefde ervaringen en op ervaringen die vaak niet direct verwoordbaar zijn. Hierdoor komen deze ervaringen meer tot vorm, worden meer ervaarbaar en meer inzichtelijk. Er is gebleken dat beeldend werken juist bij cliënten met een chronisch somatische aandoening een geheel eigen mogelijkheid biedt om gevoelens van pijn en verlies te uiten, deze te herkennen, te accepteren en te hanteren (Demmer & Boschloo, 2004).

Eerder behandeld in het hoofdstuk over theoretische uitgangpunten is het werk van Totton en Edmondson (2005), dat ingaat op hoe ons lichaam reageert op emoties en gebeurtenissen vanuit de Reichiaanse benaderingswijze. Elementen uit deze benaderingswijze kunnen wat betreft de creatieve therapie beeldend hierin worden toegepast. Totton en Edmondson (2005) schrijven over de wijze waarop ons lichaam zich beweegt en emoties die daarbinnen een plaats hebben. De manier waarop binnen de Reichiaanse benadering geschieden wordt over het bewust worden van gedachten, emoties, zintuiglijke gewaarwordingen, spierspanning, hormoonbalans en de ervaringen of gevoelens die hieraan ten grondslag liggen zijn patronen die binnen de creatief therapeutische beeldende behandeling meegenomen kunnen worden om (psycho)somatische klachten te behandelen en pantseringpatronen te doorbreken.

Totton en Edmondson (2005) schrijven: "Gevoelens veranderen onmiddellijk door er uiting aan te geven, door je open te stellen voor bijvoorbeeld bezorgdheid, woede, angst en verdriet. Door echt te accepteren dat deze gevoelens op dat moment de persoonlijke werkelijkheid vormen, kan de cliënt in staat zijn die gevoelens te boven te komen. Om compleet te worden, moeten gevoelens eerst toegelaten worden tot het bewustzijn, en daarna geuit worden."

Ook Lowen (1996) schrijft: "Als een laag of een ervaring onderdrukt en ontoegankelijk is, is de persoonlijkheid in conflict en daarom beperkt." Hierbij komt in deze theorie naar voren dat gevoelens moeten worden blootgelegd en los moeten komen om energie beschikbaar te krijgen die nodig is voor de groei. Hij werkt, zoals genoemd, vanuit segmenten in het lichaam om spierspanningen, pantseringen en rigiditeit van het lichaam te mobiliseren en tot expressie te komen. Dit mobiliseren gebeurt door (lichamelijke) activiteiten.

Deze segmenten uit de Reichiaanse benadering en de bio-energetica van Lowen, kunnen binnen de creatieve therapie beeldend terug komen in de activiteiten, bijvoorbeeld door lichaamstekeningen, houdingsaanpassingen tijdens activiteiten, spierspanningen en materiaal aanbod. Tegelijkertijd kan er gewerkt worden middels het inzetten van het lichaam op andere manieren om bewegingen te exploreren en bewegingssensaties te ervaren. Beweging, ruimte, dynamiek en materiaal kunnen hierin een rol spelen.

Beweging

Nog onafhankelijk van de ruimte of de omstandigheden waarin de cliënt zich bevindt, zal hij zich op een bepaalde manier bewegen. Heel soepel of juist housterig, opgetrokken schouders, een gebogen rug, heel open of juist gereserveerd. Het zal een manier zijn die bij hem past, die veilig en bekend voor hem is. Lichaamstaal en lichaamsbewegingen vertellen al veel over de cliënt. Exploreren van bewegingen, of lichaamstaal en lichaamsaspecten koppelen aan emoties kan zorgen voor een betere bewustwording of verandering van (psycho)somatische klachten.

Ruimte

Stemerding (1993) gaat ervan uit dat de beleving van de ruimte overeenkomt met die van het lichaam. De cliënt kan zich erdoor beperkt en gehinderd voelen, of het kan juist de vrijheid van eigen mogelijkheden ervaren. De cliënt kan in zijn schulp kruipen waarbij hij het ook moeilijk zal vinden om de ruimte in te gaan, of hij kan zichzelf misschien verliezen door van de ene kant naar

de andere kant te gaan zonder een eigen plek te kunnen vinden. Het omgaan met de ruimte kan op zichzelf al duidelijk maken hoe de cliënt omgaat met eigen emotionaliteit. De ruimte kan een appèl doen op bewegingsdrang, het onderzoeken en de ruimte te gaan verkennen. Maar de ruimte kan ook confronterend zijn, met eigen innerlijke onrust, gevoelens en als bedreigend worden ervaren (Stemerding, 1993).

De ruimte kan, aan de hand van de activiteit, uitnodigen om in beweging te komen, de ruimte te gaan verkennen. Dit kan variëren van iets uit de kast pakken, een eigen plek zoeken of creëren in de ruimte tot het aannemen van andere houdingen tijdens het werken. Ook kan er door middel van een gestructureerde opdracht juist een groot scala aan prikkels worden ingeperkt, om de cliënt te helpen in het bij zichzelf blijven (zich niet te verliezen in ruimte of materiaal).

Dynamiek

Onder dynamiek wordt verstaan: "De manier waarop een persoon een bepaalde handeling uitvoert" (Cammaer et al, 1982). Ieder zal dus op zijn eigen manier, naar eigen gevoel, een handeling uitvoeren.

Afhankelijk van de mate waarop spierspanning in de bewegingen aanwezig is, zal iemand krachtige of lichte bewegingen maken. Vervolgens zal de spierspanning gecombineerd met de tijd bepalen of de beweging er versneld of vertraagd, snel of langzaam zal uitzien. Deze bewegingsdynamiek vertelt ook iets over de innerlijke bewegingen van de mens. Hier kan de therapeut ook bijvoorbeeld de aanbiedingen van activiteiten op afstemmen (Cammaer et al, 1982).

Deze bewegingsdynamiek kan uitgebouwd worden door elementen te veranderen. Bijvoorbeeld: het strelen van klei ligt dicht bij tikken of prikken op/in de klei en hierop volgend kan stoten of duwen op/in de klei volgen. Op deze manier kan er kracht worden ontwikkeld. Dit uitnodigen tot andere beweging, kan zowel direct (mondeling via opdracht) als indirect (in het medium, door de activiteit op een bepaalde manier uit te voeren) worden gevraagd.

Materiaal

Een materiaal vraagt om een bepaalde aanpak, een bepaalde lichamelijke beweging. Sommige materialen kunnen op verschillende manieren bewerkt worden. Bij werken met klei kan er bijvoorbeeld, gekneed, gestreeld en gerold worden. Materialen roepen bij iedereen verschillende bewegingen op. Het is daarom belangrijk om stil te staan bij de uitnodiging tot beweging bij het aanbieden van beeldende activiteiten.

In de praktijk is het vaak zo dat een cliënt het materiaal kiest waartoe hij zich aangetrokken voelt. Je zou misschien zelfs kunnen zeggen, wat aansluit bij de innerlijke bewogenheid. Met die bewogenheid zal de cliënt een relatie aangaan met het materiaal. Hij geeft vorm aan het materiaal vanuit een innerlijke beweging.

Beeldcommunicatie

Met beeldcommunicatie worden beelden bedoeld waaraan de cliënt vormgeeft (of probeert vorm te geven) en welke uitgangspunt zijn voor de interactie tussen cliënt en therapeut. De therapeut communiceert met de cliënt in en over beelden. Via de beelden tracht de therapeut de belevingsgestalten te leren kennen, te begrijpen en er invloed op uit te oefenen. Typerend voor de beeldcommunicatie is dat de kern van het therapeutische gebeuren ligt in het samen spelen. De relatie die er bestaat tussen de cliënt en de therapeut en het verbale en non-verbale handelen van de therapeut, dienen voor het ontplooiën in het verbeeldende spel. Daarin wordt het beleven

van de cliënt vormgegeven en daarin vindt ook het veranderingsproces plaats (Hellendoorn, Groothoff, Mostert & Harinck, 1992).

Beeldcommunicatie is echt gericht op kinderen en jeugdigen en niet afgeleid van een oorspronkelijk voor volwassenen bedoelde therapievorm. Het speelt dus direct in op de manier waarop kinderen en jongeren hun wereld ervaren.

Beeldcommunicatie als therapeutische methode kan dan omschreven worden als een systematisch begeleidingsproces van vormgeven door therapeut en cliënt, aan de belevingsorganisatie van de cliënt in zijn cognitief-affectieve eenheid. De therapeut is daarbij partner in de personale wereld van de cliënt, maar blijft tegelijkertijd gericht op de doelstellingen van de behandeling. Daarbij zijn een aantal aspecten kenmerkend (Langeveld, 1955, 1964; Lubbers, 1966; Van der Zeyde, 1962; Koster, 1972b, zoals geciteerd in Hellendoorn et al., 1992). Overeenkomsten met de creatieve therapie beeldend zijn:

- De eigen taal en beeldgebruik van de cliënt is uitgangspunt voor de communicatie. De therapeut moet zich hierin inleven en verdiepen
- Er vindt communicatie plaats op overwegend niet rationeel niveau, zowel verbaal als non-verbaal. Hierdoor wordt ook de aard van de relatie tussen de cliënt en de therapeut sterk bepaald
- Er wordt gebruik gemaakt van allerlei soorten materiaal, waarin de cliënt gevoelens, gedachten en belevingen uit kan drukken
- De therapeut beïnvloedt het therapeutisch proces met als doelen;
 - Het stimuleren van de vormgeving aan de belevingsorganisatie in verbeelde vorm
 - Het openen van belangrijke belevingsgebieden die (nog) gesloten lijken
 - Het helpen bewerken, differentiëren en variëren van de beeldende uitingsvormen
 - Het experimenteren met nieuwe belevings- en gedragsmogelijkheden
 - Het versterken van het zelfgevoel en het gevoel van beheersing (White, 1959, zoals geciteerd in Hellendoorn et al., 1992).

Als andere vorm van beeldcommunicatie worden tekeningen, klei- en knutselwerk, gecombineerd met verhalen genoemd. Deze dienen ertoe om beelden vast te leggen, te intensiveren en verder uit te diepen. Lubbers (1960, 1966, zoals geciteerd in Hellendoorn et al., 1992) maakt daarbij onderscheid tussen dragende beelden en verhalende beelden. Eerstgenoemde zijn beelden die veel betekenis in zich verenigen en min of meer statisch van aard zijn. Laatstgenoemde geven de voortgang van een verhaal aan en zijn meer dynamisch van aard. Het dragende beeld dat vastgelegd wordt, wordt uitgangspunt voor het dynamische verhalende beeld. Er is sprake van een scheppend proces dat tijd neemt (ook in verband met het gekozen materiaal). De therapeut die zich richt op beeldcommunicatie zal er voor moeten zorgen vanuit de pedagogische achtergrond dat dit product er moet komen, zonder daarbij alle moeilijkheden voor de cliënt uit de weg te ruimen, echter het mag niet mislukken, dit in tegenstelling tot vormgeven in de creatieve therapie beeldend (Hellendoorn et al., 1992).

5.3 Slotbeschouwing

Om onze vijfde en laatste deelvraag te kunnen beantwoorden maken wij gebruik van deze laatste paragraaf. In dit hoofdstuk zijn een aantal punten naar voren gekomen waarvan wij denken dat deze belangrijk zijn binnen de creatieve therapie beeldend in de behandeling van psychosomatiek. Het eerste punt is dat beeldend werken de cliënt letterlijk en figuurlijk in

beweging brengt. Ook een belangrijk punt is dat creatieve therapie beeldend cliënten met psychosomatiek een taal kan bieden waarin zij vorm en uitdrukking kunnen geven aan bijvoorbeeld hun verdriet, angst, pijn en woede. Het vinden van beeld en woord voor het lichamelijk ervaren, het psychomotorisch uiten daarvan in beeldende handelingen en het doorvoelen van de betekenis van de beperkingen van de ziekte kan door creatieve therapie beeldend gestimuleerd worden. Daarbij doet elk materiaal een specifiek appèl op emoties en motoriek en biedt gelegenheid tot spelen en experimenteren. Om het lichaam centraal te zetten binnen de creatieve therapie beeldend kunnen aanbiedingen worden gedaan die het appèl doen op bijvoorbeeld houding, beweging van het lichaam, exploreren van bewegingen, kracht versus weinig kracht en experimenteren vanuit gevoel met lichaamsbewegingen. Daarnaast kunnen oefeningen gericht zijn op zelfbeeld en lichaamsbeleving om gevoelens en gedachten met betrekking tot deze thema's te leren uiten.

Er is gebleken dat beeldend werken juist bij cliënten met een chronisch somatische aandoening een geheel eigen mogelijkheid biedt om gevoelens van pijn en verlies te uiten, deze te herkennen, te accepteren en te hanteren. Tegelijkertijd kan er gewerkt worden middels het inzetten van het lichaam op andere manieren om bewegingen te exploreren en bewegingssensaties te ervaren. Beweging, ruimte, dynamiek en materiaal kunnen hierin een rol spelen.

Nu alle deelvragen zijn besproken, zullen wij met al deze bevindingen antwoord geven op de hoofdvraag middels de conclusie.

Conclusie

In dit praktijkonderzoek hebben wij gekeken naar "Op welke manier het lichaam binnen de creatieve therapie beeldend een rol spelen in de behandeling van psychosomatische klachten bij jongeren en volwassenen."

Wij hebben aan dit praktijkonderzoek vorm gegeven door middel van een literatuurstudie en het afnemen van interviews en enquêtes onder verschillende therapeuten. Dit praktijkonderzoek is een kwalitatief onderzoek. Vandaar dat het van belang is kort in te gaan op de geloofwaardigheid, verplaatsbaarheid, plausibiliteit en verifieerbaarheid van ons onderzoek. Wij hebben middels triangulatie onderzoek gedaan en door meerdere bewijsbronnen (literatuurstudie, interviews en enquêtes) te gebruiken onze data verzameld. Dit heeft de geloofwaardigheid van ons onderzoek bevorderd. Ons onderzoek richt zich heel specifiek op psychosomatische klachten. Wanneer wij spreken over verplaatsbaarheid, willen wij benadrukken dat dit mogelijk is bij alle psychische problematieken die co-morbiditeit hebben met lichamelijke klachten. Onze bevindingen vanuit de literatuur en de uitkomsten uit de interviews en enquêtes hebben een zekere overlap met elkaar, waardoor er sprake is van consistentie in de onderzoeksresultaten. Doordat literatuur de grootste bron vormt voor dit onderzoek hebben we getracht het onderzoek zo objectief mogelijk te maken. Een kritiekpunt op enkele van onze bronnen, is dat Treffers, Loew en Turk regelmatig spreken over bijvoorbeeld verschillende studies en eerdere onderzoeken en niet vermelden door wie deze studies of onderzoeken verricht zijn. Dat wil niet zeggen dat dit geen betrouwbare bronnen zijn, maar enkel dat af en toe niet duidelijk is hoe zij aan hun gegevens zijn gekomen. Daarnaast hebben wij ook veel bronnen gebruikt, waarbij deze gegevens wel kloppend zijn. Dit zorgt voor plausibiliteit.

Zoals aangegeven verschillen de uitkomsten van de literatuurstudie en de uitkomsten van de interviews en enquêtes op een aantal vlakken niet zo veel van elkaar. Bevindingen vanuit de literatuur omtrent psychosomatiek bij jongeren en volwassenen, theoretische uitgangspunten, het inzetten van interventies en creatieve therapie beeldend, komen deels overeen met antwoorden die de therapeuten hebben gegeven naar aanleiding van verschillende vragen over deze onderwerpen. Van deze overeenkomsten zijn er een aantal van belang bij het beantwoorden van de hoofdvraag. Als het gaat om het inzetten van het lichaam binnen de creatieve therapie beeldend in de behandeling van psychosomatische klachten spelen de attitude van de therapeut, de in te zetten werkvorm, de aandacht die wordt besteed aan het lichaam en het mogelijke effect een rol.

Wat betreft de therapeutische attitudes die genoemd worden door de therapeuten, blijkt dat deze niet altijd vallen onder theoretische uitgangspunten, maar soms wel terug te vinden zijn onder interventies. Uit de interviews en enquêtes komt veelal naar voren dat de therapeut steunend en respectvol dient te zijn naar de cliënt toe. Bij kinderen en jongeren wordt voornamelijk structurerend, motiverend en positief bekrachtigend genoemd, terwijl bij volwassenen en ouderen ook regelmatig confronterend een ingezette attitude blijkt te zijn. Deze attitude wordt in mindere mate bij kinderen en jongeren ingezet bij de behandeling van psychosomatiek. Vanuit de theoretische uitgangspunten wordt alleen bij de Rogeriaanse psychotherapie over de attitude van de therapeut gesproken. Hieruit komt naar voren dat de therapeut de cliënt tegemoet treedt en daarbij aanvaardend is, empathie toont en congruent is. Vanuit de interventies worden bijvoorbeeld confronteren, structureren, steunend en motiverend.

Werkvormen die vanuit de praktijk genoemd worden die kunnen worden ingezet binnen de creatieve therapie beeldend bij de behandeling van psychosomatiek zijn: werkvormen rondom thema's als zelfbeeld en kijk op het lichaam, experimenteren met het inzetten van het lichaam, werkvormen die de cliënt uitdagen of juist niet, afleiden versus verleiden, werkvormen waarin contact met zichzelf en de ander centraal staat, technieken rondom controle en loslaten, motorische oefeningen, het maken van een lichaamstekening en werkvormen waarin cognitieve opdrachten aan bod komen. In de literatuur worden ook een aantal werkvormen genoemd die kunnen worden ingezet binnen de creatieve therapie beeldend bij de behandeling van psychosomatiek. Deze richten zich bijvoorbeeld op beweging en materiaalverkenning, om het zelfvertrouwen van de cliënt te vergroten. Om het lichaam centraal te zetten binnen de creatieve therapie beeldend kunnen werkvormen worden ingezet die een appèl doen op bijvoorbeeld houding, beweging van het lichaam, exploreren van bewegingen, kracht versus weinig kracht en experimenteren vanuit het gevoel met lichaamsbewegingen. Daarnaast kunnen werkvormen gericht zijn op zelfbeeld en lichaamsbeleving om gevoelens en gedachten met betrekking tot deze thema's te leren uiten. Bij de keuze voor de in te zetten werkvorm is het van belang te letten op de bewegingen die een cliënt maakt, de ruimte waarin gewerkt wordt en hoe de cliënt omgaat met het innemen van ruimte, de dynamiek waarmee de cliënt te werk gaat en de omgang met het materiaal.

De therapeuten vanuit de praktijk geven over het algemeen aan dat wanneer er meer aandacht wordt besteed aan het lichaam binnen de behandeling, dit effect heeft op zowel de psychische problematiek als de lichamelijke klachten. Hierbij wordt genoemd dat het lichaam al veel wordt ingezet tijdens de creatieve therapie beeldend of dat er andere vaktherapieën zijn die het lichaam al voorop stellen binnen de behandeling van psychosomatische klachten. Maar anderen noemen dat het effectief zou zijn om bij volwassenen en ouderen meer aandacht te besteden aan het lichaam binnen de behandeling. De literatuur sluit hierbij aan. Hier wordt ook het belang van het inzetten van het lichaam binnen de creatieve therapie beeldend genoemd en er wordt aangegeven dat het lichaam meer ingezet zou kunnen worden vanwege het effect hiervan op de behandeling van zowel de lichamelijke klachten en de psychische problematiek. Daarnaast is het ook van belang dat de cliënt zelf patronen wil doorbreken, open staat voor nieuwe ervaringen en enig inzicht te ontwikkelen in de wisselwerking tussen lichaam en psyche. Om de behandeling effectief te laten zijn is het nodig dat de cliënt de overtuiging heeft dat beeldend therapeutische activiteiten gericht op het lichaam een bijdrage kunnen leveren aan zijn proces.

Tot slot willen wij het graag hebben over de kracht van het lichaam binnen creatieve therapie beeldend bij psychosomatiek. Het lichaamsgerichte aspect binnen de creatieve therapie beeldend, betekent dat het lichaam betrokken wordt in de therapie. De therapeut heeft oog en aandacht voor de signalen, ervaringen en de bewegingen van het lichaam van de cliënt. Hoe het lichaam wordt ingezet binnen therapie, is afgestemd op de hulpvraag en problematiek. Dit kan vanuit verschillende theoretische uitgangspunten en door het inzetten van verschillende interventies. Daarbij kan het materiaal binnen de creatieve therapie beeldend een appèl doen op de beweging van de cliënt. Wanneer wij dus spreken over hoe het lichaam ingezet kan worden binnen de creatieve therapie beeldend bij de behandeling van psychosomatische klachten van jongeren en volwassenen gaat het om bewustwording van de wisselwerking tussen lichaam en psyche en de verandering in beweging, om zo beter bij het gevoel te kunnen komen en zowel de lichamelijke klachten als de psychische problematiek te verminderen.

Aanbevelingen

Onze eerste aanbeveling is dat het wenselijk zou zijn om in de praktijk het lichaam meer in te zetten binnen de creatieve therapie beeldend ter bevordering van de behandeling van cliënten met psychosomatische klachten.

Vervolgens willen wij opmerken dat dit praktijkonderzoek mogelijk andere uitkomsten zou kunnen hebben gehad, wanneer er geen onderscheid zou worden gemaakt tussen jongeren en volwassenen, maar tussen kinderen en volwassenen. Het is gebleken dat er binnen de behandeling van jongeren en volwassenen met psychosomatische klachten meer overeenkomsten zijn dan dat er verschillen te benoemen zijn.

Tot slot willen wij aanbevelen dat ons praktijkonderzoek meer bekendheid zou moeten krijgen waardoor aan de behandeling van psychosomatische klachten meer aandacht zal worden besteed. Dit zal de professionalisering van het werkveld creatieve therapie (beeldend) ten goede komen.

Nawoord

Het door ons gekozen onderwerp 'psychosomatiek' bleek een onderwerp te zijn waarbij in de literatuur gebruik wordt gemaakt van ingewikkelde, veelal medische of biologische terminologie. Gedurende ons proces hebben wij ons veel van deze termen eigen gemaakt en binnen dit literatuuronderzoek hebben wij geprobeerd deze termen zo helder mogelijk te verwoorden en in samenhang te brengen met onze hoofd- en deelvragen. Dit onderzoeksverslag is hier het resultaat van.

Om dit resultaat te behalen hebben wij een proces doorgemaakt waarin we verschillende fasen hebben doorlopen. Te beginnen bij het maken van ons plan van aanpak, waarin we enige tijd zoekende waren naar de juiste formulering van hoofd- en deelvragen en het concreet maken van onze probleemstelling. Toen we duidelijk voor ogen hadden hoe het er in de praktijk voor staat en wat wij wensten te bereiken middels het doen van ons onderzoek, konden wij gaan beginnen met het verdiepen in de literatuur. Om een koppeling te kunnen maken met de ervaringen van therapeuten uit de praktijk hebben wij interviews en enquêtes afgenomen. De combinatie van literatuur en deze interviews en enquêtes zorgen voor een compleet beeld van de behandeling van cliënten met psychosomatische klachten.

Bronvermelding

Literatuur

- Albersnagels, F. & Jaspers, J.** (1999). In: Smeets, G., Bögels, S.M., Molen, H.T. van der & Arntz, A. (1999). *Klinische psychologie*. Diagnostiek en therapie. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- American Psychiatric Association** (2001). *Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR*. Lisse: Swets en Zeitlinger B.V.
- Atekum, Marietta van** (2004). In: Pool, G., Heuvel, F., Ranchor, A.V. & Sanderman, R. (2004). *Handboek psychologische interventies bij chronisch-somatische aandoeningen*. Assen: Van Gorcum.
- Bos, Esther** (1997). *Beweging van het lichaam*. In beeldende creatieve therapie. Amersfoort: Hogeschool Utrecht.
- Bosch, J.D., Hellendoorn, J., Oudshoorn, D.N. & Pijnenburg, H.M.** (1988). *Psychosomatiek*: speciale uitgave van Kind en Adolescent Tijdschrift voor pedagogiek, psychiatrie en psychologie. Deventer: Van Loghum Slaterus Bv.
- Chopra, Deepak** (2002). *Leven zonder grenzen: je eigen werkelijkheid vormgeven*. Utrecht/Antwerpen: Servire Kosmos-Z&K Uitgevers.
- Demmer, T. & Boschloo, I.** (2004). In: Pool, G., Heuvel, F., Ranchor, A.V. & Sanderman, R. (2004). *Handboek psychologische interventies bij chronisch-somatische aandoeningen*. Assen: Van Gorcum.
- Egger, Costello, Erkanli & Angold** (1999). In: Turk, D.C. (1996). *Biopsychosocial perspective on chronic pain*. London: Guilford Press.
- Emck, C. & Bosscher, R.** (2004). In: Pool, G., Heuvel, F., Ranchor, A.V. & Sanderman, R. (2004). *Handboek psychologische interventies bij chronisch-somatische aandoeningen*. Assen: Van Gorcum.
- Fordyce, W.E., Brockway, J., Bergman, J. & Spengler, D.** (1986). In: <http://www.stecr.nl/download/somatisatie.pdf>
- Gool, R. van** (2006). *Lichaam en Geest Dubbel bedreigd: Risicotaxatie en vroegsignalering van somatische co-morbiditeit bij mensen met schizofrenie*. Utrecht: Academie Gezondheidszorg.
- Hellendoorn, J., Groothoff, E., Mostert, P. & Harinck, F.** (1992). *Beeldcommunicatie, een vorm van kinderpsychotherapie*. Houten/Diemen: Bohn Stafleu van Loghum.
- Hengeveld, M.W., Marwijk, H.W.J. van & Bolk, J.H.** (1997). *Psychiatrie in de somatische praktijk, een praktische gids*. Houten/ Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

- Henkelman**, Lourens (2005). *Multidisciplinaire richtlijn Depressie*. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen cliënten met een depressie. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Jochems**, A.A.F. & Joosten, F.W.M.G. (2000). *Zakwoordenboek der geneeskunde*. Arnhem: Elsevier/Koninklijke PBNA.
- Keken**, Hans van (2006). *Voor het onderzoek*. Het formuleren van de probleemstelling. Zwolle: Boom onderwijs.
- Loew**, Thomas (2000). *Als je ziel je lichaam ziek maakt*. Amsterdam: Uitgeverij De Driehoek.
- Loonen**, A. (2001) *Kwaliteitsnormen somatische zorg in de geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht: GGZ Nederland.
- Lowen**, Alexander (1996). *Handboek bio-energetica*. Utrecht: Uitgeverij Servire.
- Molen**, H.T. van der, Perreijn, S. & Hout, M.A. van den (1997). *Klinische psychologie*. Theorieën en psychopathologie. Groningen: Wolters- Noordhoff.
- Mönnink**, Herman de (2000). *Verlieskunde*. Handreiking voor de beroepspraktijk. Maarssen: Elsevier.
- Moolen**, Carla van der (2004). In: Pool, G., Heuvel, F., Ranchor, A.V. & Sanderman, R. (2004). *Handboek psychologische interventies bij chronisch-somatische aandoeningen*. Assen: Van Gorcum.
- Moor**, W. de (1975) in: Swilders, H. & Haas, O. de (1999) *Leerboek gesprekstherapie, de cliëntgerichte benadering*. Maarssen: Elsevier/ De tijdstroom.
- Nemesis** (2000). In: Smeets, G. (1999) *Somatische zorg in de Algemeen Psychiatrische Ziekenhuizen*. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg.
- Pennebaker** (1993). In: Turk, D.C. (1996). *Biopsychosocial perspective on chronic pain*. London: Guilford Press.
- Planije** & Smits (2006). In: Henkelman, Lourens (2005). *Multidisciplinaire richtlijn Depressie*. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen cliënten met een depressie. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Pool**, G., Heuvel, F., Ranchor, A.V. & Sanderman, R. (2004). *Handboek psychologische interventies bij chronisch-somatische aandoeningen*. Assen: Van Gorcum.
- Perls** (1992). In: Praag, D. van (1998). *Gestalttherapie, veld en existentie*. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.
- Praag**, D. van (1998). *Gestalttherapie, veld en existentie*. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.
- Prochaska**, J.O., Redding, C.A. & Evers, K.E. (2002). *The transtheoretical model and stages of change*. San Francisco: Health behavior and health education: theory, research and practice.

- Reber, A.S.** (2004). *Woordenboek van de psychologie*. Termen theorieën en verschijnselen. Amsterdam: Uitgeverij Bert Bakker.
- Remmerswaal, Jan** (2001). *Handboek Groepsdynamica*. Soest: Uitgeverij H. Nelissen.
- Sanders-Woustra, J.A.R., Verhulst, F.C. & Witte, H.F.J. de** (1996) *Handboek kinder- en jeugdpsychiatrie*. Psychopathologie en behandeling I. Assen: Van Gorcum.
- Schoemaker, C. & Ruiter, C. de** (2006). *Trimbos Zakboek Psychische Stoornissen*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Smeets, G.** (1999). *Somatische zorg in de Algemeen Psychiatrische Ziekenhuizen*. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg.
- Smeets, G., Bögels, S.M., Molen, H.T. van der, Arntz, A.** (1999). *Klinische psychologie*. Diagnostiek en therapie. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Smeijsters, Henk** (2003). *Hanboek creatieve therapie*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Speckens, A.E.M., Spinhoven, P. & Rood, Y.R. van** (1999). In: <http://www.stecr.nl/download/somatisatie.pdf>
- Stemerding, A.** (1993). *Groei en evenwicht, therapie van lichaam en geest*. Alphen aan de Rijn: Servire.
- Swilders, H. & Haas, O. de** (1999). *Leerboek gesprekstherapie, de cliëntgerichte benadering*. Maarssen: Elsevier/ De tijdstroom.
- Systema & Koopmans** (1988). *Psychische stoornissen in de volwassen bevolking*. Een verkenning van omvang, gevolgen en kosten. Den Haag: SDU-uitgevers.
- Totton, N. & Edmondson, E.** (2005). *Emotioneel en Reichiaans Lichaamswerk*. Amsterdam: Uitgeverij Karnak.
- Turk, D.C.** (1996). *Biopsychosocial perspective on chronic pain*. London: Guilford Press.
- Vandereycken, W., Hoogduin, C.A.L. & Emmelkamp, P.M.G.** (2000). *Handboek psychopathologie*. Deel 1 basisbegrippen. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

Websites

<http://www.2reflect.nl>.

<http://www.bodymindintegration.com/basisopleiding.html>.

<http://www.boerhaavenet.nl/books/1201.pdf>.

<http://www.ccg.nl/pagina2.htm>.

<http://www.centrum45.nl/oegst/klin8c45.htm>.

http://www.cibliga.be/a_soc_thora5.html.

<http://www.mloz.be/jsp/internal.jsp?id=226&idDoc=4997&idFolder1=225&idFolder2=226&language=nl&origin=Common>.

http://doca.nigz.nl/transtheoretisch_model.pdf.

http://www.gestaltweb.nl/index.php?option=com_content&task=view&id=32&Itemid=59.

http://www.ggzbeleid.nl/pdfkwaldo/IGZ_kwaliteitszorg_somatiek_apz_1999.pdf.

<http://www.ggzbuitenamstel.nl/index.php?fId=170&eId=278>.

<http://www.hulp.gids.nl/therapie/cognitieve.htm>.

<http://www.leren.nl/cursus/sociale-vaardigheden/lastige-mensen/leary.html>.

<http://www.psychosomatiek.nl>.

http://www.sintrochus.be/de_axenroos.htm.

<http://www.sioo.nl>.

<http://www.stecr.nl/download/somatisatie.pdf>.

www.vaktherapieen.nl.

http://www.zorgvoorbeter.nl/fileadmin/zorgvoorbeter/nieuws/ggz/inventarisatie_somatische_comorbiditeit.doc.

Bijlagen

Bijlage 1: Verwerking interviews en enquêtes

Bijlage 2: Conclusies interviews en enquêtes

Bijlage 3: Uitwerking interviews en enquêtes

Bijlage 4: Roos van Leary

Bijlage 5: Axenroos van Cuvalier

Bijlage 1: Verwerking interviews en enquêtes

Naast het doen van een literatuurstudie, hebben wij een aantal interviews en enquêtes afgenomen onder verschillende professionals uit het werkveld. Zowel (beginnend) creatief therapeuten beeldend als ook andere vaktherapeuten hebben hier medewerking aan verleend. Aangezien wij een onderscheid maken tussen psychosomatiek zoals dit zich voordoet bij jongeren en psychosomatiek zoals zich dit voordoet bij volwassenen, zijn de therapeuten afkomstig uit beide werkvelden. Wij hebben hen een aantal vragen voorgelegd omtrent het onderwerp psychosomatiek en een aantal vragen die meer specifiek gericht zijn op creatieve therapie beeldend bij cliënten die te maken hebben met psychosomatische klachten. Laatstgenoemde vragen zijn niet door alle therapeuten ingevuld, omdat zij niet als creatief therapeut beeldend werkzaam zijn. De interviews en enquêtes zijn te vinden in de bijlagen. Onderstaand hebben wij de uitkomsten per werkveld en per vraag verwerkt. Hoewel dit praktijkonderzoek zich richt op jongeren en volwassenen, blijken therapeuten uit de praktijk vaak werkzaam te zijn met kinderen en jongeren of volwassenen en ouderen. Dit bleek eerder in de literatuurstudie ook al het geval te zijn. Vandaar dat wij dit onderscheid bij de verwerking van de interviews en enquêtes aan zullen houden. Wij hebben er voor gekozen om een onderscheid tussen beide werkvelden te maken, zodat we later de uitkomsten kunnen vergelijken.

Verwerking kinderen en jongeren

Onderdeel 1: Algemene vragen

- In welke mate heeft u binnen uw functie te maken met psychosomatiek?

De antwoorden die de verschillende therapeuten geven, maken duidelijk dat er verschillend wordt gekeken naar het voorkomen van psychosomatische klachten bij kinderen en jongeren. Het meest voorkomende antwoord op deze vraag is 'niet zo veel'. Daar tegenover wordt ook een aantal keer aangegeven dat men redelijk vaak te maken heeft met psychosomatiek.

- Bij welke psychische stoornissen is er vaak sprake van somatische klachten?

Depressie, trauma, persoonlijkheidsstoornis, eetstoornis en conversiestoornis (somatoforme stoornis) worden een aantal keer genoemd als psychische stoornis waarbij sprake is van somatische klachten. Daarnaast worden angststoornis, autisme en chronische cliënten genoemd als psychische stoornis waarbij sprake is van somatische klachten.

- Staan de psychische stoornissen voorop in de behandeling of de somatische klachten?

Over het algemeen wordt aangegeven dat de psychische problematiek voorop staat in de behandeling. Waarbij de lichamelijke klachten soms meebehandeld worden. Er wordt eenmalig aangegeven dat wat voorop staat in de behandeling afhankelijk is van de heftigheid van de klachten.

- Weet u of er verschillen of overeenkomsten zijn tussen psychosomatische klachten zoals deze zich voordoen bij jongeren en/of volwassenen?

Veel therapeuten kunnen niet aangeven of er verschillen en overeenkomsten zijn tussen psychosomatische klachten zoals deze zich voordoen bij jongeren en/of volwassenen en welke dit

zouden kunnen zijn. Eén therapeut geeft aan dat de psychosomatische klachten bij wat oudere jongeren overeenkomen met die van volwassenen.

- Wat zijn veel voorkomende behandeldoelen bij een behandeling die zich richt op psychosomatiek?

Veel voorkomende behandeldoelen bij een behandeling die zich richt op psychosomatiek worden weergegeven als doelen die te maken hebben met het leren uiten van psychische problematiek, het verwerken van nare ervaringen, stabiliseren, oorzaken zoeken, zelfbeeld, sociale vaardigheden, separatie-individuele en ervan uitgaan dat de klacht reëel is. Ook wordt benadrukt dat het van belang is om doelen te stellen die haalbaar zijn voor de cliënt.

- Welke theoretische uitgangspunten gebruikt u als richtlijn voor de behandeling?

Er komen verschillende theoretische uitgangspunten aan bod, die als richtlijn voor de behandeling van kinderen en jongeren met psychosomatische klachten worden genomen. Er zijn echter ook een aantal therapeuten die geen theoretische uitgangspunten benoemen. Wat wel genoemd wordt is het serieus nemen van de klacht, het gevolgenmodel, de cognitieve gedragstherapie, psychosociale kaders, analytische uitgangspunten, de Laban movement analyse en danstherapeutische uitgangspunten.

- Welke therapeutische attitude en/of vaardigheden zijn belangrijk bij de behandeling van cliënten met psychosomatische klachten (directief, steunend, volgend, etc.)?

Belangrijk bij de behandeling van kinderen en jongeren met psychosomatische klachten is om als therapeut empathie te tonen, directief, confronterend, begrijpend, steunend, normaliserend, motiverend, structurerend en positief bekrachtigend te zijn. Waarbij steunend, confronterend en normaliserend het meest vaak genoemd worden. Ook is het van belang dat de therapeut een vertrouwensband met de cliënt opbouwt.

- Welke interventies zet u in bij de behandeling van psychosomatische klachten?

Er worden veel verschillende mogelijkheden genoemd met betrekking tot interventies die inzetbaar zijn. Dit zijn interventies die te maken hebben met psycho-educatie, de aandacht verschuiven naar wat wel mogelijk is in plaats van op de beperkingen, steun bieden, inzicht geven, incongruentie, mirroring (uit de danstherapie), een koppeling tussen gevoel en emoties, oorzaak en gevolg, in actie komen, zelfbeeld, lichaamsbeleving, aandacht voor het lijf en Psychomotorische therapie (PMT).

- Hoe wordt er binnen de behandeling aandacht besteed aan het lichaam en lichaamsbeleving?

De antwoorden die gegeven worden zijn nogal verschillend. Een aantal therapeuten raden in dit geval andere therapievormen aan, zoals PMT, fysiotherapie, ergotherapie en muziektherapie. Een andere therapeut geeft aan dat het besteden van aandacht aan het lichaam en lichaamsbeleving op een voorzichtige manier moet gebeuren. Weer een andere therapeut vindt dat cliënten gewoon mee moeten doen met de therapie zoals deze gegeven wordt en dat ook de aandacht wel eens alleen uitgaat naar psychische problemen. Ook wordt genoemd dat bewustwording van het lijf als manier van aandacht besteden aan het lichaam en lichaamsbeleving ingezet wordt.

- Denkt u dat wanneer er meer aandacht wordt besteed aan het lichaam binnen de behandeling dit effect heeft op zowel psychische problematiek als lichamelijke klachten?

Ook wat betreft deze vraag zijn de antwoorden verschillend. Een aantal therapeuten geven aan dat wanneer er meer aandacht wordt besteed aan het lichaam binnen de behandeling, dit effect heeft op zowel de psychische problematiek als de lichamelijke klachten. Een aantal therapeuten geven aan dat deze vraag niet te beantwoorden is. Ook geven een aantal therapeuten aan dat er al voldoende aandacht is voor het lichaam binnen de behandeling van kinderen en jongeren met psychosomatische klachten.

Onderdeel 2: Vragen specifiek voor beeldend therapeuten

- Wat zijn indicaties en/of contra indicaties voor deelname aan de beeldende therapie bij eerder genoemde doelgroep?

Als indicatie wordt gegeven de bewustwording van de mogelijkheden met vitale delen van het lichaam. Als contra- indicatie wordt gegeven wanneer er niet voldoende veiligheid is, bij verslaving, wanneer de cliënt niet weet hoe het lichaam te gebruiken, wanneer de cliënt apathisch is, wanneer er geen gelijke aandacht binnen de groep meer mogelijk is groep is en wanneer de cliënt zichzelf niet in staat acht om deel te nemen aan de beeldende therapie.

- Denkt u dat individuele of groepstherapie het meest geschikt is voor werken met deze doelgroep in de beeldende therapie? En waarom?

Veel therapeuten geven aan dat dit per cliënt verschillend is. Andere therapeuten geven de voorkeur aan groepstherapie, omdat dit cliënten prikkelt en uitdaagt.

- Uit welke fasen is de behandeling opgebouwd?

Er is één therapeut die aangeeft uit welke fasen de behandeling van kinderen en jongeren die met psychosomatische klachten te maken hebben is opgebouwd, te weten de beginfase waarin veiligheid centraal staat, de middenfase waarin (h)erkennen centraal staat en een laatste fase waarin zelfstandigheid en verantwoordelijkheid aan bod komen.

- Welke beeldende werkvormen kunnen worden ingezet en waarom?

Beeldend werkvormen die ingezet kunnen worden hebben te maken met thema's als zelfbeeld en kijk op het lichaam. Ook werkvormen waarin experimenteren met het inzetten van het lichaam, uitdagen (of juist niet), vertellen van het verhaal en samenwerken centraal staan worden als gepast aangegeven voor deze doelgroep.

- Maakt u gebruik van verbale en non-verbale interventies, zo ja hoe?

De therapeuten die deze vraag beantwoord hebben geven aan dat zowel verbale als non-verbale interventies ingezet worden.

- Hoe wordt het lichaam ingezet binnen de beeldende therapie bij psychosomatische klachten?

Er wordt aangegeven dat het lichaam wordt ingezet als middelpunt van de beeldende therapie bij psychosomatische klachten. Ook wordt aangegeven dat het lichaam net zo ingezet wordt als bij andere problematiek, tenzij er echt sprake is van lichamelijke beperkingen. Een andere therapeut geeft nog aan dat bij kinderen en jongeren met psychosomatische klachten het lichaam zo ingezet wordt dat de mogelijkheden centraal staan en er ruimte is voor het verhaal van de lichamelijke klachten.

- Wat is het effect van beeldende therapie bij deze doelgroep?

Eén van de therapeuten geeft aan dat er überhaupt nooit goed onderzoek gedaan is naar beeldende therapie en het effect dus ook nooit aangetoond is. Een andere therapeut geeft aan dat cliënten tijdens de behandeling geboeid worden door wat ze wel kunnen, waardoor fysieke klachten niet langer op de voorgrond staan.

Verwerking volwassenen en ouderen

Onderdeel 1: Algemene vragen

- In welke mate heeft u binnen uw functie te maken met psychosomatiek?

Over het algemeen geven de therapeuten aan redelijk veel te maken te hebben met psychosomatiek binnen hun functie. Er is één therapeut die aangeeft er weinig mee te maken te hebben.

- Bij welke psychische stoornissen is er vaak sprake van somatische klachten?

Bij volwassenen en ouderen komen somatische klachten bij depressie, spanning, rouwverwerking, angst, post traumatische stressstoornis, verslaving, persoonlijkheidsstoornis, hyperventilatie, stress en aandachtstekort stoornis met hyperactiviteit voor. Waarbij depressie, spanning, angst en persoonlijkheidsstoornis het meest vaak genoemd worden door de therapeuten. Eenmalig wordt door een therapeut genoemd dat somatische klachten bij vrijwel alle psychische stoornissen bij volwassenen en ouderen voorkomen.

- Staan de psychische stoornissen voorop in de behandeling of de somatische klachten?

De psychische problematiek staat voornamelijk voorop in de behandeling. Eén therapeut geeft aan dat beide voorop staan in de behandeling en ook één therapeut geeft aan dat de somatische klachten voorop staan in de behandeling.

- Weet u of er verschillen of overeenkomsten zijn tussen psychosomatische klachten zoals deze zich voordoen bij jongeren en/of volwassenen?

De antwoorden die de therapeuten hier geven zijn nogal verschillend. De ene therapeut geeft aan dat bij ouderen psychosomatische klachten meer op de voorgrond staan en ook meer geuit worden. Een aantal andere therapeuten geven juist aan dat kinderen eerder somatiseren dan dat zij de psychische problematiek die bij hen speelt uiten. Een aantal therapeuten kan hier ook geen antwoord op geven.

- Wat zijn veel voorkomende behandeldoelen bij een behandeling die zich richt op psychosomatiek?

Veel voorkomende behandeldoelen bij een behandeling die zich richt op psychosomatiek worden weergegeven als doelen die te maken hebben met spanning, expressie, omgaan met gevoelens, grenzen, kwaliteit van het leven verhogen, erkenning van lichamelijke klachten, verbinding maken met het gevoel, contact maken met zichzelf, afstand en nabijheid, verminderen van spanning, verminderen van slaapproblemen en nachtmerries, ontspanningsoefeningen, zelfrealisatie en ontspanning.

- Welke theoretische uitgangspunten gebruikt u als richtlijn voor de behandeling?

Er komen verschillende theoretische uitgangspunten aan bod, die als richtlijn voor de behandeling van volwassenen en ouderen met psychosomatische klachten worden genomen. Er zijn ook twee therapeuten die aangeven eclecticisch te werken. Verder worden constructieve therapie, groepswerken, het holisme, aandacht aan psychische problematiek, lichaamsgericht werken door ontspanningsoefeningen en bewegen, cognitieve opdrachten, Petzold, motivational en interviewing genoemd als uitgangspunten als richtlijn voor de behandeling.

- Welke therapeutische attitude en/of vaardigheden zijn belangrijk bij de behandeling van cliënten met psychosomatische klachten (directief, steunend, volgend, etc.)?

Belangrijk bij de behandeling van volwassenen en ouderen met psychosomatische klachten is om als therapeut respect te tonen voor de cliënt, steunend te zijn, onderbiedend te zijn, empathisch te zijn, afstand te bewaren en toch ook betrokken te zijn, contact te maken, directief te zijn, inzicht te geven, in actie te komen, actie te kanaliseren, flexibel te zijn en grenzen te stellen.

- Welke interventies zet u in bij de behandeling van psychosomatische klachten?

Er worden veel verschillende mogelijkheden genoemd met betrekking tot interventies die inzetbaar zijn. Dit zijn interventies die te maken hebben met luisteren, verleidingstechnieken, afleiding, spiegelen, begrenzen, leren omgaan met de lichamelijke klachten en psychische problematiek, serieus nemen, aandacht geven, oorzaak en gevolg, aarden, ontspanningsoefeningen, geleide fantasie, ademtherapie en het inzetten van creatieve middelen. Er kan sprake zijn van interventies die met het medium te maken hebben, maar ook van interventies die niet op het medium gericht zijn.

- Hoe wordt er binnen de behandeling aandacht besteed aan het lichaam en lichaamsbeleving?

Eén van de therapeuten geeft aan dat er veel aandacht besteedt wordt aan het lichaam en lichaamsbeleving binnen de behandeling van volwassenen en ouderen die met psychosomatische klachten te maken hebben. Juist bij de non-verbale therapieën, waaronder ook fysiotherapie en PMT zou dit van belang zijn. Daarnaast wordt benoemd dat de cliënt gezien en behandeld dient te worden als specialist. De beleving van de cliënt is van belang. Verder middels psycho-educatie, medicatie, praten en weergeven in beeldend werk (voornamelijk in het werken met klei). Eén therapeut geeft aan niet zo veel aandacht te besteden aan het lichaam en lichaamsbeleving binnen de behandeling.

- Denkt u dat wanneer er meer aandacht wordt besteed aan het lichaam binnen de behandeling dit effect heeft op zowel psychische problematiek als lichamelijke klachten?

Eigenlijk zijn alle therapeuten het erover eens dat wanneer er meer aandacht besteed wordt aan het lichaam binnen de behandeling dit effect heeft op zowel de psychische problematiek als de lichamelijke klachten. Eén van de therapeuten geeft daarbij aan dat de mate waarin dit effect heeft wel afhankelijk is van de manier waarop aandacht besteed wordt aan het lichaam.

Onderdeel 2: Vragen specifiek voor beeldend therapeuten

- Wat zijn indicaties en/of contra indicaties voor deelname aan de beeldende therapie bij eerder genoemde doelgroep?

Een aantal therapeuten geven aan dat volwassen en ouderen die te maken hebben met psychosomatische klachten geen deel kunnen nemen aan de beeldende therapie wanneer zij geen inzicht hebben in de verhouding tussen lichaam en geest, wanneer er onvoldoende draagkracht is, wanneer zij minder dan vijf uur per dag op zijn, wanneer er sprake is van verslavingsproblematiek, wanneer zij te veel negatieve associaties hebben met beeldend werken, als er sprake is van lichamelijke beperkingen waardoor zij het medium beeldend niet kunnen hanteren. Een andere therapeut geeft aan dat het verschilt per cliënt wat indicaties en contra-indicaties zijn. Ook wordt er aangegeven dat er eerder sprake zou zijn van een indicatie of contra-indicatie voor individuele of groepstherapie, in plaats van een indicatie of contra-indicatie voor deelname aan de beeldende therapie.

- Denkt u dat individuele of groepstherapie het meest geschikt is voor werken met deze doelgroep in de beeldende therapie? En waarom?

Voornamelijk groepstherapie wordt als belangrijk gezien, waarbij wel benadrukt wordt dat inzicht hierbij van belang is. Eén van de therapeuten geeft aan dat er zowel individueel als in de groep gewerkt kan worden. Een andere therapeut maakt onderscheid tussen psycho-educatie en lichaamsgericht werken, waarbij eerstgenoemde in de groep plaats kan vinden en bij laatstgenoemde individuele therapie de voorkeur heeft.

- Uit welke fasen is de behandeling opgebouwd?

De therapeuten zijn nogal divers in de beantwoording van deze vraag. De ene therapeut geeft aan dat er sprake is van weinig opbouw, de andere therapeut geeft aan dat er opbouw is door de tijd binnen therapie. Weer een andere therapeut noemt de oriënterende fase, de inzichtgevende fase en de afbouwfase. Ook wordt aangegeven dat er veel verschillende behandelingen zijn en de fasen niet direct te noemen zijn. Eveneens worden fasen zoals die van Prochaska en Diclemente (transtheoretisch model) genoemd.

- Welke beeldende werkvormen kunnen worden ingezet en waarom?

Beeldende werkvormen die ingezet kunnen worden hebben te maken met thema's als afleiden, verleiden, wat de cliënt boeit, contact met jezelf en de ander, kernkwaliteiten, valkuilen en irritatie. Ook kunnen werkvormen als experimenteren, motorische oefeningen, het maken van een lichaamstekening, technieken rondom loslaten en stromen, het doen van een bodyscan, verhalen, visualiseren en cognitieve opdrachten ingezet worden. Verder geven een aantal

therapeuten aan dat het belangrijk is om met gemakkelijk te gebruiken materiaal te werken, in het hier en nu te werken en op papier te werken, zodat het gemakkelijk bewaard kan worden.

- Maakt u gebruik van verbale en non-verbale interventies, zo ja hoe?

Alle therapeuten geven aan zowel van verbale als van non-verbale interventies gebruik te maken.

- Hoe wordt het lichaam ingezet binnen de beeldende therapie bij psychosomatische klachten?

Het lichaam wordt ingezet als (h)erkenning, als waartoe de cliënt te verleiden is, als ontspanning, als om een tekening van te maken, als procesmatig, als helend, als functioneel en als tijdens het beeldend werken (knedend, smerend, krassend, waarbij het lichaam ingezet wordt).

- Wat is het effect van beeldende therapie bij deze doelgroep?

Eén van de therapeuten geeft weer dat het ideale effect zou zijn dat de cliënt inzicht verwerft in emoties, deze kan hanteren en gevoelens door lichaam heen kan herkennen. Deze therapeut geeft aan dat het werkelijke effect vaak is het draaglijker maken van de situatie. De andere therapeuten geven aan dat ontspanning, ervaringen uiten, verwerken en tot inzicht komen effecten zijn van beeldende therapie bij volwassenen en ouderen die met psychosomatische klachten te maken hebben.

Bijlage 2: Conclusie interviews/ enquêtes

Verschillen en overeenkomsten tussen kinderen/jongeren en volwassenen/ ouderen

Onderdeel 1: Algemene vragen

Bij kinderen en jongeren wordt vaker aangegeven dat de therapeuten niet zo veel te maken hebben met psychosomatische klachten dan bij de volwassenen en ouderen. Echter, over het algemeen blijkt het verschillend te zijn per instelling. Depressie, trauma, angst en de persoonlijkheidsstoornis worden bij beide leeftijdsgroepen vaak genoemd als psychische stoornis waarbij vaak sprake is van lichamelijke klachten, overige psychische stoornissen zijn wisselend per leeftijdsgroep. Over het algemeen blijkt in de behandeling van cliënten veelal de psychische problematiek voorop te staan, met uitzondering van de afdelingen "somatiek en psyche". Deze behandelen ook de lichamelijke klachten. Regelmatig wordt aangegeven wanneer lichamelijke klachten op de voorgrond treden, hiervoor wel ruimte is binnen de therapie. Veel van de therapeuten die hebben meegewerkt aan ons praktijkonderzoek hebben maar met één van de leeftijdsgroepen gewerkt, waardoor zij niet goed uitspraak kunnen doen over de verschillen en overeenkomsten tussen beide leeftijdsgroepen. Eén therapeut geeft aan dat ouderen lichamelijke klachten meer uiten dan psychische problematiek. Daarentegen geeft een andere therapeut aan dat kinderen eerder lichamelijke klachten uiten voordat psychische problemen naar boven komen. Veel voorkomende doelen in de behandeling van psychosomatische klachten richten zich op zelfbeeld, spanning, leren omgaan met en/of erkennen van lichamelijke klachten en traumaverwerking. Opvallend is dat de doelen zoals aangegeven door de therapeuten voor volwassenen en ouderen zich meer richten op causale verbanden in vergelijking met de doelen zoals aangegeven voor kinderen en jongeren. Wat betreft theoretische uitgangspunten die als richtlijn voor de behandeling kunnen dienen, wordt voor beide leeftijdsgroepen de cognitieve gedragstherapie genoemd. Daarnaast worden er ook verschillende theoretische uitgangspunten genoemd die wij behandelen in hoofdstuk 2 van onze literatuurstudie. Hierop zullen wij onderstaand terug komen. De therapeutische attitudes die genoemd worden in de interviews en enquêtes komen veelal neer op steunend en respectvol zijn naar de cliënt toe. Bij kinderen en jongeren wordt voornamelijk structurerend, motiverend en positief bekrachtigend genoemd, terwijl bij volwassenen en ouderen ook regelmatig confronterend een ingezette attitude blijkt te zijn. Deze attitude wordt in mindere mate bij kinderen en jongeren ingezet. Interventies die voorkomen bij de behandeling van psychosomatiek blijken heel variërend te zijn per therapeut. De aandacht die besteedt wordt aan het lichaam en lichaamsbeleving komt bij beide leeftijdsgroepen redelijk overeen. Bij volwassenen en ouderen wordt heel duidelijk genoemd dat het effectief wordt geacht wanneer er meer aandacht wordt besteed aan het lichaam binnen de behandeling. Bij kinderen en jongeren zijn de meningen verdeeld en wordt ook aangegeven dat er eigenlijk al voldoende aandacht wordt besteed aan het lichaam en lichaamsbeleving (PMT en vaktherapieën) binnen de behandeling.

Onderdeel 2: Vragen specifiek voor beeldend therapeuten

Overeenkomende contra-indicaties zijn gericht op draagkracht, inzicht en lichaamsgerichtheid. Overige contra-indicaties verschillen per leeftijdsgroep. Veel therapeuten hebben de voorkeur voor groepstherapie, omdat dit de cliënten prikkelt en uitdaagt. Daarnaast blijkt individuele therapie ook een goed middel om psychosomatiek te behandelen. Op de vraag over verschillende fasen in de behandeling is door veel therapeuten geen antwoord gegeven. De therapeuten die wel antwoord op deze vraag hebben gegeven, geven aan dat er geen verschil is tussen de

behandeling van psychosomatische klachten en andere klachten in de opbouw van de therapie. Er is eigenlijk altijd sprake van een opbouwfase, een hoofdfase en een afbouwfase. Experimenteren wordt genoemd als een werkvorm die ingezet kan worden bij beide leeftijdsgroepen. Hierbij is zowel sprake van experimenteren met materialen, als van experimenteren met het inzetten van het lichaam binnen beeldend werken. Werkvormen die genoemd zijn en hieronder vallen zijn onder andere motorische oefeningen, technieken rondom loslaten en stromen, samenwerkingsoefeningen, visualisatie en verhalen. Bij volwassenen en ouderen worden ook het maken van een lichaamstekening en cognitieve opdrachten genoemd. In een lichaamstekening kunnen lichamelijke klachten (meer bewust) een plek krijgen. Ook wat betreft de werkvormen lijkt er bij volwassenen en ouderen meer aandacht te worden besteed aan de verbinding tussen lichamelijke klachten en psychische problematiek. Alle therapeuten geven aan dat zowel verbale als non-verbale interventies ingezet kunnen worden. Bij volwassenen en ouderen wordt aangegeven dat het lichaam in grotere mate inzetbaar is wanneer de cliënt zich bewust is van de rol die het lichaam speelt bij psychische problematieken. Daarnaast is het per therapeut verschillend in welke mate gebruik wordt gemaakt van het lichaam binnen de beeldende therapie. Bij volwassenen en ouderen zijn alle therapeuten het er over eens dat beeldende therapie effectief is bij de behandeling van deze doelgroep. Bij kinderen en jongeren geven een aantal therapeuten aan dat zij geen antwoord kunnen geven op de vraag of het inzetten van beeldende therapie bij deze doelgroep effectief is. Eén van de therapeuten bij kinderen en jongeren geeft aan dat door het benadrukken van wat cliënten wel kunnen, lichamelijke klachten niet op de voorgrond blijven staan.

Opvallendheden in vergelijk met literatuurstudie

Opvallend is dat onder andere angst en depressie door verschillende therapeuten als psychische stoornissen genoemd worden, waarbij somatische klachten zich voordoen. In onze literatuurstudie wordt namelijk aangegeven dat onderzoek van Egger, Costello, Erkanli en Angold (1999) weergeeft, dat psychosomatische klachten zich in hoge mate voordoen bij angst en depressie. Daarnaast komt depressie vaker voor in combinatie met psychosomatische klachten (www.ggzbuitenamstel.nl). Ook Altrecht (een instelling voor geestelijke gezondheidszorg); afdeling Eikenboom centrum psychosomatiek, te Zeist, geeft weer in de informatiefolder dat de psychische en psychiatrische klachten waarvoor men behandeld kan worden angststoornissen, waaronder de stress-stoornis die kan optreden na een trauma, chronische stress, depressie en persoonlijkheidsproblematiek zijn.

Opvallend zijn ook een aantal theoretische uitgangspunten die door de therapeuten genoemd worden en ook aansluiten op de theoretische uitgangspunten die wij vanuit onze literatuurstudie tegen zijn gekomen. Deze theoretische uitgangspunten zijn het gevolgenmodel, de cognitieve gedragstherapie, psychosociale kaders, analytische uitgangspunten, het holisme, lichaamsgericht werken, cognitieve opdrachten en de theorie volgens Petzold.

Wat betreft de interventies die door de therapeuten genoemd zijn een aantal van deze ook genoemd in onze literatuurstudie. Deze interventies hebben wij onderverdeeld in drie categorieën, deze zijn als volgt:

- Interventiemethoden binnen de GGZ
- Interventiemethoden voor psychosomatische problematiek
- Lichaamsgerichte interventiemethoden.

Interventies die de therapeuten noemen en ook genoemd worden als interventiemethode binnen de GGZ zijn aandacht geven (actief richten van de aandacht), oorzaak en gevolg (betekenissen zoeken), koppeling gevoel en emoties (betekenissen zoeken), mirroring/spiegelen, luisteren, aandacht richten op mogelijkheden (interventies op inhoudsniveau), begrenzen (interventies op procedureniveau) en steun bieden (interventies op bestaansniveau).

Interventies die de therapeuten noemen en ook genoemd worden als interventiemethoden voor psychosomatische problematiek zijn aandacht richten op mogelijkheden (compensatie), zelfbeeld (controle chronisch laag als persoonlijkheidskenmerk/ de relatie van de cliënt met zichzelf, zelfbeeld en zelfexploratie) en lichaamsbeleving (de relatie van de cliënt met zijn lichaam).

Interventies die de therapeuten noemen en ook genoemd worden als lichaamsgerichte interventiemethoden zijn ontspanningsoefeningen, ademtherapie, aarden, verleiding, aandacht voor lijf, PMT, leren omgaan met lichaam en psyche en in actie komen.

Bijlage 3: Uitwerking interviews en enquêtes

Interview met L. De Zwarte

Instelling: Rivierduinen, GGZ Midden Holland
Functie: Creatief therapeut beeldend
Doelgroep: Volwassenen en ouderen (18+)
Datum: 9 mei 2007

Onderdeel 1: Algemene vragen

In welke mate heeft u binnen uw functie te maken met psychosomatiek?

Zowel bij de behandeling van volwassenen, als bij ouderen komt psychosomatiek naar voren. Voornamelijk bij de ouderen is dit direct zichtbaar. Het gaat om klachten als duizeligheid, misselijkheid, uitvalsverschijnselen en buikpijn. Bij de opname vindt lichamelijk onderzoek plaats. Wanneer hierbij somatische klachten op de voorgrond staan wordt de cliënt doorverwezen naar het ziekenhuis.

Bij welke psychische stoornissen is er vaak sprake van somatische klachten?

Somatische klachten komen voor bij depressie, spanning, rouwverwerking en angst. Bij depressie is dit te zien in wat minder direct aanwijsbare klachten als bijvoorbeeld duizeligheid. Bij rouwverwerking zijn de lichamelijke klachten vaak letterlijk een verwijzing. De klacht is hierdoor meer concreet aanwijsbaar. Bij angst zijn de klachten voornamelijk klachten waar men bang voor is deze te krijgen en die men dan ook krijgt.

Staan de psychische stoornissen voorop in de behandeling of de somatische klachten?

De psychische stoornissen staan voorop in de behandeling. Er wordt getracht de cliënt af te leiden van de somatische klachten. De gedachte die hier aan ten grondslag ligt is dat wanneer er veel aandacht besteed wordt aan somatiek de klachten hierdoor worden uitvergroot en men komt dan niet toe aan de behandeling van de psychische stoornis. Voorlichting over de lichamelijke klachten gaat vooraf aan het besteden van aandacht aan de lichamelijke klachten in de beeldende therapie.

Weet u of er verschillen of overeenkomsten zijn tussen psychosomatische klachten zoals deze zich voordoen bij jongeren en/of volwassenen?

Over het algemeen geven ouderen meer aandacht aan de somatische klachten. Echter bij bijvoorbeeld meisjes met een stemmingsstoornis is veel sprake van vermoeidheidsklachten en deze komen dan tijdens de beeldende therapie in 'het geen zin hebben om iets te doen', 'te moe zijn', etc. duidelijk naar voren. Het verschilt echter per cliënt hoe veel aandacht hij/zij er zelf aan besteed. Opvallend is wel dat de cliënt de lichamelijke klachten eerder aan bod laat komen in de therapie en daar liever op in wil gaan, dan op de psychische stoornis die daarbij speelt.

Wat zijn veel voorkomende behandeldoelen bij een behandeling die zich richt op psychosomatiek?

Binnen Rivierduinen bestaat een werkgroep somatoforme stoornissen, dit is een kennisgroep die zich specifiek bezighoudt met de behandeling van somatiek. Deze werkgroep is nog kort geleden ontstaan.

Binnen de beeldende therapie kunnen behandeldoelen bijvoorbeeld zijn:

- U kunt beter omgaan met de lichamelijke klachten
- Ondanks de klachten kunt u uw kwaliteit van uw leven verhogen

Belangrijk bij het opstellen van behandeldoelen is dat er erkenning is van de lichamelijke klachten en dat het doel haalbaar is.

Welke theoretische uitgangspunten gebruikt u als richtlijn voor de behandeling?

Er is sprake van eclecticisch werken. Belangrijke werkwijzen daarbinnen zijn de constructieve therapie en groepswerken (Frans Beelen). Constructieve therapie omdat het hierin belangrijk is om tijdens de therapie het goede te benadrukken. Dit sluit goed aan bij het zich richten op wat de cliënt wel kan en niet op wat de cliënt niet kan door de lichamelijke klachten die spelen.

Welke therapeutische attitude en/of vaardigheden zijn belangrijk bij de behandeling van cliënten met psychosomatische klachten (directief, steunend, volgend, etc.)?

Respect voor de cliënt is van belang. De cliënt met de lichamelijke klacht moet serieus genomen worden. Een steunende houding is van belang, waarbij bij ouderen soms onderbiedend. Dat wil zeggen er van uitgaan dat de cliënt minder kan, wat de cliënt stimuleert meer te doen.

Welke interventies zet u in bij de behandeling van psychosomatische klachten?

Zodra de cliënt enigszins ingang geeft, op welke manier ook, om meer diepgaand in te gaan op de verbinding die er bestaat tussen de lichamelijke klacht en de psychische stoornis, wordt er geïntervenieerd. Er wordt geluisterd naar de cliënt en verleidingstechnieken ingezet om de cliënt aan de slag te laten gaan en de lichamelijke klachten die spelen een beetje los te kunnen laten. Door de afleiding wordt het meer draaglijk gemaakt.

Hoe wordt er binnen de behandeling aandacht besteed aan het lichaam en lichaamsbeleving?

Door middel van psycho-educatie wordt er aandacht besteedt aan de verbinding die er bestaat tussen lichaam en geest. Dit gebeurt meestal buiten de beeldende therapie om. Psychomotorische therapie is al meer op het lichaam en lichaamsbeleving gericht, de sportieve activiteiten spelen hier op in. Middels medicatie wordt aandacht besteed aan het lichaam. Wel dient er op gelet te worden dat er sprake kan zijn van bijwerkingen.

Denkt u dat wanneer er meer aandacht wordt besteed aan het lichaam binnen de behandeling dit effect heeft op zowel psychische problematiek als lichamelijke klachten?

Het mogelijke effect is afhankelijk van de manier waarop aandacht wordt besteed aan het lichaam. Klachten spuien zou niet helpen, psycho-educatie wel. Activiteiten die gericht zijn op het lichaam zouden eveneens effect kunnen hebben. Bij psychomotorische therapie bijvoorbeeld door middel van running. Binnen beeldend is men misschien minder gewend om aandacht aan het lichaam te besteden. Er zijn wel mogelijkheden, als motorische oefeningen of het leren herkennen van emoties. Dit zou de klachten kunnen verminderen en helpen om spanning te leren uiten.

Onderdeel 2: Vragen specifiek voor beeldend therapeuten

Wat zijn indicaties en/of contra indicaties voor deelname aan de beeldende therapie bij eerder genoemde doelgroep?

Wanneer de cliënt geen inzicht heeft in de verbinding die er bestaat tussen lichaam en geest zou dit een contra-indicatie kunnen zijn. Van belang is de gezonde kant te ontwikkelen en vaak zijn cliënten tot meer in staat dan ze in eerste instantie zelf denken. Wanneer dit het geval is werkt dit ego versterkend.

Bijvoorbeeld het herkennen en erkennen van emoties. Dit gebeurt voornamelijk in het beeldend werken en er wordt niet direct een gesprek over gevoerd. Vaak is de lichamelijke klacht ook terug te zien in wat cliënten niet maken. Het makkelijkste wordt gekozen, omdat ze denken het niet te kunnen, er is een laag tempo en een laag resultaat.

Bij volwassenen wordt de lichamelijke klacht vaak wel uitgebeeld (Bijvoorbeeld scherp, pijnlijk, een gat). Dit heeft vaak effect op de cliënt zelf. De cliënt ontdekt dan dat er een verbinding is tussen de lichamelijke pijn en de psyche.

Denkt u dat individuele of groepstherapie het meest geschikt is voor werken met deze doelgroep in de beeldende therapie? En waarom?

Pas wanneer de cliënt inzicht heeft in de verbinding die er is tussen psyche en lichaam, kan groepstherapie een goede ingang zijn, anders is individuele therapie vereist.

Uit welke fasen is de behandeling opgebouwd?

Het programma voor cliënten uit de kliniek is laagdrempelig, er is weinig opbouw. De deeltijd is een open groep, binnen de beeldende therapie wordt er ook wel groepswork gemaakt. Er is wel opbouw door de tijd in therapie, ook wat betreft het contact tussen de cliënt en de therapeut. Binnen een individuele therapie is onderzoeken en exploreren van belang, eventueel wordt de frequentie van de therapie verlaagd, wanneer dit nodig is.

Welke beeldende werkvormen kunnen worden ingezet en waarom?

In het bijzonder werkvormen die afleiden/ verleiden in zich hebben. Dit kan groepswork zijn, maar ook individueel. Op onderzoek uit gaan naar wat de cliënt boeit, experimenteren en motorische oefeningen, waarbij bekeken kan worden of de cliënt consequent is in de lichamelijke klachten die hij/zij aangeeft last van te hebben. Door aan te sluiten qua werkvorm bij de cliënt ontstaat deze als vanzelf. Lichaamstekeningen kunnen worden ingezet, met daarbij thema's als 'waar zit het vast', 'wat blokkeert je'. Technieken inzetten die met loslaten, laten stromen, te maken hebben, als bijvoorbeeld nat in nat schilderen.

Maakt u gebruik van verbale en non-verbale interventies, zo ja hoe?

Het gebruik maken van verbale en non-verbale interventies is per cliënt verschillend. Cliënten die zelf verbaal sterker zijn, worden geprobeerd zo min mogelijk verbaal bezig te zijn. Cliënten die verbaal minder sterk zijn worden geholpen bij het onder woorden brengen van wat hen bezig houdt.

Hoe wordt het lichaam ingezet binnen de beeldende therapie bij psychosomatische klachten?

Er wordt bekeken wat haalbaar is, waartoe de cliënt te verleiden is. Soms is juist de mogelijkheid bieden iets niet te doen een aanzet om wat ze denken niet te kunnen, toch te doen. Jongeren maken ook wel eens lichaamstekeningen, die te maken hebben met identiteit. Tot slot kan er sprake zijn van ontspanning van het lichaam tijdens beeldend werken.

Wat is het effect van beeldende therapie bij deze doelgroep?

Het ideale effect zou zijn, gevoelens door het lichaam heen herkennen, inzicht krijgen in emoties en deze kunnen hanteren, voelen en op een andere manier leren uiten. Het meest voorkomende effect is dat de situatie draaglijker wordt.

Aanvullende/ toegevoegde informatie:

Bij allochtonen komen veel lichamelijke klachten voor, als ingang in de psychiatrie. In veel culturen mag je psychisch geen problemen hebben, maar aan lichamelijke klachten wordt wel aandacht besteed.

Psychosomatiek komt de laatste jaren meer in de aandacht.

Het interview heeft de beeldend therapeut aan het denken gezet over hoe het zou zijn om directer te werken.

Interview met M. Groenewoud

Instelling: Altrecht, afdeling Eikenboom
Functie: Kunstzinnig therapeut
Doelgroep: Volwassenen en ouderen (18+)
Datum: 10 mei 2007

Onderdeel 1: Algemene vragen

In welke mate heeft u binnen uw functie te maken met psychosomatiek?

Voor honderd procent.

Bij welke psychische stoornissen is er vaak sprake van somatische klachten?

Ze weet dat er vaak sprake van is bij cliënten met een depressieve stoornis.

Staan de psychische stoornissen voorop in de behandeling of de somatische klachten?

De lichamelijke klachten staan op de voorgrond. De cliënten kunnen vaak geen woorden geven aan wat ze voelen, de cliënten wordt geleerd hoe dit wel te kunnen doen. Een bewustwordingsproces in het werk en verbaal is van belang.

Weet u of er verschillen of overeenkomsten zijn tussen psychosomatische klachten zoals deze zich voordoen bij jongeren en/of volwassenen?

Kinderen zouden mogelijk meer vertalen in lichamelijke klachten; somatiseren. Dit hangt mede af van de opvoeding, verbale kwaliteiten en stoornis in de hechting. Hoe eerder men in de gaten heeft dat er bepaalde klachten aan de orde zijn bij een cliënt, des te beter. De lichamelijke klachten bij kinderen kunnen hetzelfde zijn als bij volwassenen, maar dan is het vaak geen stoornis.

Wat zijn veel voorkomende behandeldoelen bij een behandeling die zich richt op psychosomatiek?

Veel voorkomende doelen binnen de kunstzinnige behandeling van psychosomatische klachten hebben te maken met thema's als:

- Grenzen
- Verbinding leren maken met gevoel
- In contact blijven met zichzelf
- Afstand en nabijheid.

Welke theoretische uitgangspunten gebruikt u als richtlijn voor de behandeling?

Het holisme wordt als theoretisch uitgangspunt genomen, waarbij het van belang is hoe een mens, lichaam, omgeving, ziel en geest zich tot elkaar verhouden. Denk bijvoorbeeld aan een kapitein op een schip.

Welke therapeutische attitude en/of vaardigheden zijn belangrijk bij de behandeling van cliënten met psychosomatische klachten (directief, steunend, volgend, etc.)?

Jezelf goed in kunnen leven (empathie), maar ook voldoende afstand kunnen bewaren. Betrokken zijn en contact hebben.

Directief in alles uiten wat gevoeld wordt.

Welke interventies zet u in bij de behandeling van psychosomatische klachten?

Belangrijke interventies zijn:

- Spiegelen
- Begrenzen

Het verschilt echter per cliënt welke interventies ingezet worden en of dit verbaal of non-verbaal gebeurt.

Hoe wordt er binnen de behandeling aandacht besteed aan het lichaam en lichaamsbeleving?

Er wordt binnen de behandeling heel veel aandacht besteed aan het lichaam en lichaamsbeleving. Juist bij de non- verbale therapieën, fysiotherapie en psychomotorische therapie.

Denkt u dat wanneer er meer aandacht wordt besteed aan het lichaam binnen de behandeling dit effect heeft op zowel psychische problematiek als lichamelijke klachten?

Wanneer aandacht besteed wordt aan het lichaam binnen de behandeling zal dit zowel effect hebben op de psychische problematiek als op de lichamelijke klachten. Soms gaat het lichamelijk eerst slechter, voordat er een verbetering te zien is.

Onderdeel 2: Vragen specifiek voor beeldend therapeuten

Wat zijn indicaties en/of contra indicaties voor deelname aan de kunstzinnige therapie bij eerder genoemde doelgroep?

Bij onvoldoende draagkracht vindt er geen behandeling plaats. Er mag niet sprake zijn van verslavingsproblematiek en de cliënt moet in staat zijn vijf uur per dag op te zijn, zodat hij/zij de therapieën kan volgen.

Denkt u dat individuele of groepstherapie het meest geschikt is voor werken met deze doelgroep in de kunstzinnige therapie? En waarom?

Groepstherapie zou effectiever zijn, cliënten vinden dan veel herkenning bij elkaar en kunnen van elkaar leren. Bij Altrecht, afdeling de Eikenboom zijn er zowel open als gesloten groepen. Individuele therapie komt voornamelijk voor bij rouwverwerking en trauma's.

Uit welke fasen is de behandeling opgebouwd?

Er zijn geen fasen binnen de behandeling. Cliënten worden een half jaar behandeld, dan is de basis gelegd en gaat de cliënt verder met andere programma's, soms is dat deeltijdbehandeling binnen Altrecht. Het kan echter ook een programma buiten Altrecht om zijn.

Welke kunstzinnige werkvormen kunnen worden ingezet en waarom?

Er zijn verschillende werkvormen die ingezet kunnen worden. Waaronder het maken van een bodyscan. Dit is een vorm van geleide meditatie, waarbij het lichaam gevoeld wordt. Er kan getekend,

geschilder of gekleid worden. Daarnaast wordt er veel met verhalen gewerkt, maar ook de vraag waar sta je en waar ga je naar toe. Contact maken met jezelf en contact maken met anderen. Opvallend is dat waar de klachten zitten, vaak ontbreekt in het beeld. Groepsopdrachten kunnen te maken hebben met kernkwaliteiten, valkuilen, visualisatie en irritatie. Van belang bij de verschillende werkvormen is om in het hier en nu te blijven werken.

Maakt u gebruik van verbale en non-verbale interventies, zo ja hoe?

Van beide vormen van interventies wordt gebruik gemaakt. Van belang is vooraf af te spreken met de cliënt wat hij/zij nodig heeft, of waar hij verwacht tegenaan te lopen binnen de beeldende therapie. Er kunnen bijvoorbeeld lichamelijke onmogelijkheden zijn, waar rekening mee moet worden gehouden of lichamelijke ziektes een rol spelen (epilepsie, suikerziekte, etc) of cliënten die dissociëren hebben een bepaalde aanpak nodig.

Hoe wordt het lichaam ingezet binnen de kunstzinnige therapie bij psychosomatische klachten?

Het lichaam wordt binnen de kunstzinnige therapie ingezet als procesmatig, helend en functioneel.

Wat is het effect van kunstzinnige therapie bij deze doelgroep?

-

Aanvullende/ toegevoegde informatie:

Boeken die van toepassing zouden kunnen zijn:

- Van Houdenhoven
- J. Jansen; Milieutherapie (hoofdstuk over psychosomatiek).

Enquête D. Jochensen (Student)

Medium: Beeldend
Stage instelling: Kinder- en jeugdpsychiatrie Herlaarhof en SBO de Horizon
Doelgroep stageplaats: Kinderen en jeugd

Onderdeel 1: Algemene vragen

In welke mate heb je binnen je stage te maken gehad met psychosomatiek?

Niet zo heel veel. Wel herinner ik me een meisje in groepstherapie met een conversiestoornis. Zij zat in een rolstoel en kon niet lopen. Artsen konden niets in haar lijf vinden wat de reden hiervoor zou kunnen zijn.

Bij welke psychische stoornissen is er vaak sprake van somatische klachten?

Wellicht depressie of trauma's, ik weet er eigenlijk niet veel van af. Dat meisje waar ik het net over had was waarschijnlijk aangerand en had daar een trauma aan over gehouden.

Staan de psychische stoornissen voorop in de behandeling of de somatische klachten?

De psychische stoornis, dat is uiteindelijk de 'trigger' voor de somatische klachten.

Weet je of er verschillen of overeenkomsten zijn tussen psychosomatische klachten zoals deze zich voordoen bij jongeren en/of volwassenen?

Weet ik niet, ik heb alleen ervaring in het werken met jongeren.

Wat zijn veel voorkomende behandeldoelen bij een behandeling die zich richt op psychosomatiek?

Het leren uiten van psychische problemen, verwerken van nare ervaringen.

Welke theoretische uitgangspunten gebruik je als richtlijn voor de behandeling?

-

Welke therapeutische attitude en/of vaardigheden zijn belangrijk bij de behandeling van cliënten met psychosomatische klachten (directief, steunend, volgend, etc.)?

Empathie (hoe moeilijk dit misschien ook is). Ik denk dat het belangrijk is dat je als therapeut begripvol bent, maar dat je op een gegeven moment ook moet confronteren, dus wel directief moet zijn, hoewel dit ook weer aan de cliënt ligt. Een vertrouwensband lijkt me wel een eerst vereiste.

Welke interventies zet je in bij de behandeling van psychosomatische klachten?

-

Hoe wordt er binnen de behandeling aandacht besteed aan het lichaam en lichaamsbeleving?

Op een voorzichtige wijze het thema bespreekbaar maken denk ik, en richten op een soort bewustwording van het lijf.

Denk je dat wanneer er meer aandacht wordt besteed aan het lichaam binnen de behandeling dit effect heeft op zowel psychische problematiek als lichamelijke klachten?

Het kan denk ik zeker bijdragen, vooral wanneer mensen de realiteit een beetje uit het oog verloren zijn en men het eigen lichaam niet meer als van zichzelf beschouwen.

Onderdeel 2: Vragen specifiek voor beeldend therapeuten

Wat zijn indicaties en/of contra indicaties voor deelname aan de beeldende therapie bij eerder genoemde doelgroep?

Indicatie: Bijvoorbeeld bewustwording van de mogelijkheden met de vitale delen van het lichaam.

Contra-indicaties: Bijvoorbeeld wanneer men apathisch is en het lichaam niet meer weet te gebruiken.

Denk je dat individuele of groepstherapie het meest geschikt is voor werken met deze doelgroep in de beeldende therapie? En waarom?

Wellicht is groepstherapie goed wanneer iedereen in de groep deze stoornis heeft. Zo is er waarschijnlijk grotere mate van veiligheid en herkenbaarheid leidt eerder tot openheid. Voor sommigen zal individuele therapie beter zijn (om mee te beginnen), zodat alleen de therapeut een vertrouwensband aan kan gaan met de cliënt. Dit is misschien minder bedreigend.

Uit welke fasen is de behandeling opgebouwd?

-

Welke beeldende werkvormen kunnen worden ingezet en waarom?

Ligt aan de stoornis, maar bijvoorbeeld het zelfbeeld uitbeelden, de kijk op het eigen lichaam weergeven, of juist experimenteren met verschillende technieken om te zien wat je met je eigen lijf kan. Gooien met verf, hard slaan op klei enz.

Maak je gebruik van verbale en non-verbale interventies, zo ja hoe?

-

Hoe wordt het lichaam ingezet binnen de beeldende therapie bij psychosomatische klachten?

Als middelpunt, juist ook kijkend naar de mogelijkheden van het lichaam.

Wat is het effect van beeldende therapie bij deze doelgroep?

-

Enquête M. Loffeld (Student)

Medium: Beeldend
Stage instelling: Centrum '45
Doelgroep stageplaats: Asielzoekers, vluchtelingen, 1^e generatie WOII overlevenden: slachtoffers oorlogsgeweld met chronische PTSS

Onderdeel 1: Algemene vragen

In welke mate heb je binnen je stage te maken gehad met psychosomatiek?

Was aan de orde van de dag. Bijna alle cliënten hadden somatische klachten.

Bij welke psychische stoornissen is er vaak sprake van somatische klachten?

Post traumatische stress stoornis.

Staan de psychische stoornissen voorop in de behandeling of de somatische klachten?

De psychische stoornissen, maar er wordt ook aandacht gegeven aan het omgaan met de somatische klachten. Belangrijk om dit heel serieus te nemen.

Weet je of er verschillen of overeenkomsten zijn tussen psychosomatische klachten zoals deze zich voordoen bij jongeren en/of volwassenen?

Niet echt ervaring mee, maar volgens mij veel overeenkomsten. Kinderen hebben vaker last van psychosomatische klachten volgens mij.

Wat zijn veel voorkomende behandeldoelen bij een behandeling die zich richt op psychosomatiek?

Verminderen van spanning, slaapproblemen, nachtmerries. Leren omgaan met klachten, ontspanningsoefeningen.

Welke theoretische uitgangspunten gebruik je als richtlijn voor de behandeling?

Psychische problematiek staat achter de somatische problemen (als verdere oorzaken zijn uitgesloten) dus aandacht naar de psychische klachten. Ook wel lichaamsgericht werken door ontspanningsoefeningen en door bewegen in de beeldend therapie

Welke therapeutische attitude en/of vaardigheden zijn belangrijk bij de behandeling van cliënten met psychosomatische klachten (directief, steunend, volgend, etc.)?

Steunend en ook directief in de zin van het aanreiken van dingen die je kunt doen om je klachten te verminderen.

Welke interventies zet je in bij de behandeling van psychosomatische klachten?

Geen speciale interventies. Cliënten leren omgaan met klachten, serieus nemen van de klachten, maar zeker ook aandacht geven en inzicht geven aan de cliënt aan de achterliggende reden van die klachten.

Hoe wordt er binnen de behandeling aandacht besteed aan het lichaam en lichaamsbeleving?

Erover praten en zeker ook komt het naar voren in het beeldend werk. Vooral in het werk met klei.

Denk je dat wanneer er meer aandacht wordt besteed aan het lichaam binnen de behandeling dit effect heeft op zowel psychische problematiek als lichamelijke klachten?

Ik denk het wel.

Onderdeel 2: Vragen specifiek voor beeldend therapeuten

Wat zijn indicaties en/of contra indicaties voor deelname aan de beeldende therapie bij eerder genoemde doelgroep?

Contra indicaties: lichamelijke beperkingen waardoor beeldend werken niet kan, te veel negatieve associaties met beeldende materialen (veel cliënten hebben herbelevingen door bijvoorbeeld klei).

Denk je dat individuele of groepstherapie het meest geschikt is voor werken met deze doelgroep in de beeldende therapie? En waarom?

Groepstherapie, de groep is erg belangrijk voor onderlinge steun, herkenning.

Uit welke fasen is de behandeling opgebouwd?

Er zijn heel veel verschillende soorten behandelingen.

Welke beeldende werkvormen kunnen worden ingezet en waarom?

Er wordt veel gebruik gemaakt van makkelijk te gebruiken materialen, bekende materialen, zodat er makkelijker geuit kan worden in het beeldend werk. Materialen zijn onder andere: klei, teken en schilder materiaal en collagemateriaal.

Maak je gebruik van verbale en non-verbale interventies, zo ja hoe?

Ja.

Verbaal: Adviezen geven, gesprekjes aangaan, nabespreking.

Non verbaal: Naast een cliënt gaan zitten, meehelpen aan een werkstuk, samen iets doen, ontspanningsoefeningen geven, soms ontspannende muziek opzetten.

Hoe wordt het lichaam ingezet binnen de beeldende therapie bij psychosomatische klachten?

Door het werken met materialen moet je je lichaam inzetten: kneden, smeren, krassen. Sommige werkvormen kun je gebruiken om cliënten via het lichaam te laten uiten: grote werkoppervlakken, gooien met materialen, of juist iets rustig in laten kleuren.

Wat is het effect van beeldende therapie bij deze doelgroep?

Vaak ontspanning. Mogelijkheid om ervaringen te uitten, zonder per se te hoeven praten. Gebeurtenissen verwerken door het (gedeeltelijk) te verbeelden.

Enquête N. Doornweerd (Student)

Medium: Beeldend
Stage instelling: Accare, De Ruyterstee, afdeling D
Doelgroep stageplaats: Jongeren tussen 12 en 18 jaar, langdurige behandeling

Onderdeel 1: Algemene vragen

In welke mate heb je binnen je stage te maken gehad met psychosomatiek?

Ik heb niet veel te maken gehad met psychosomatiek. Wel natuurlijk dat de cliënten lichamelijke klachten inzetten om bijvoorbeeld langer te mogen slapen, of niet naar school te hoeven etc., maar niet dat er echt lichamelijke klachten waren door een psychische aandoening/ stoornis.

Ik heb wel een voorbeeld van een andere afdeling (kinderen 4 t/m 12), waarbij er wel een jongetje was van ongeveer 11 die wel erg psychosomatische klachten liet zien.

Bij welke psychische stoornissen is er vaak sprake van somatische klachten?

Ik denk bij persoonlijkheidsstoornissen. Die cliënten neigden daar het meeste naar. Er zijn ook cliënten die op die manier aandacht vragen omdat ze niet weten hoe het anders moet. Bijvoorbeeld wanneer een cliënt niet lekker in haar vel zat had ze last van haar rug, buik, etc. Ze zette dat in om aandacht te krijgen. Maar ze vertelde groepsleiding niet echt wat er aan de hand was. Zij wist gewoon niet hoe ze op een andere manier aandacht moest vragen. Dit had namelijk altijd (tot nu toe) gewerkt.

Staan de psychische stoornissen voorop in de behandeling of de somatische klachten?

Ligt aan de heftigheid van de somatische klachten. Wanneer deze niet beperkend zijn in het dagelijkse handelen en functioneren van de persoon, dan staan ze niet voorop (zoals hoofdpijn/ buikpijn van een uurtje of half dagje). Maar wanneer ze zodanig de cliënt beperken, dan zal daar inderdaad eerst iets aangedaan moeten worden (zoals dat een cliënt niet meer eet, loopt of praat). Het ligt er dus aan hoe noodzakelijk/ beperkend de klachten zijn.

Weet je of er verschillen of overeenkomsten zijn tussen psychosomatische klachten zoals deze zich voordoen bij jongeren en/of volwassenen?

-

Wat zijn veel voorkomende behandeldoelen bij een behandeling die zich richt op psychosomatiek?

Bij mij op mijn stage werd hier niet heel duidelijk bij stil gestaan, omdat we er niet erg heftig mee geconfronteerd werden. Maar ik kan me voorstellen dat er als doel gesteld wordt om als eerst de cliënt te stabiliseren en dan erachter te komen waar die klachten vandaan komen, om vervolgens daarmee aan de slag te gaan.

Welke theoretische uitgangspunten gebruik je als richtlijn voor de behandeling?

-

Welke therapeutische attitude en/of vaardigheden zijn belangrijk bij de behandeling van cliënten met psychosomatische klachten (directief, steunend, volgend, etc.)?

Begrijpend, steunend, zo'n sfeer en situatie scheppen dat cliënten niet via de klachten aandacht krijgen, maar ook gewoon (Dit is dan gebaseerd op ervaringen met lichte vormen van somatische klachten).

Welke interventies zet je in bij de behandeling van psychosomatische klachten?

-

Hoe wordt er binnen de behandeling aandacht besteed aan het lichaam en lichaamsbeleving?

-

Denk je dat wanneer er meer aandacht wordt besteed aan het lichaam binnen de behandeling dit effect heeft op zowel psychische problematiek als lichamelijke klachten?

Deels. Ik denk dat het een goede opstap is. Het is een goede ingang. Dus de cliënt serieus nemen in zijn/ haar klachten en hier aandacht aan besteden, dus het lichaam aandacht geven. Maar dat is niet de echte reden waarom zij klachten hebben, uiteindelijk zul je naar die laag daaronder moeten. Daar ligt het echte probleem en dit is dan vaak een psychische stoornis. Als daar aan gewerkt wordt, zullen de klachten ook verdwijnen.

Onderdeel 2: Vragen specifiek voor beeldend therapeuten

Dit onderdeel is niet ingevuld.

Enquête M.Y. Bartes

Instelling: Centrum Maliebaan
Functie: Beeldend therapeut
Doelgroep: Verslaving 21-60 jaar.

Onderdeel 1: Algemene vragen

In welke mate heeft u binnen uw functie te maken met psychosomatiek?

Weinig.

Bij welke psychische stoornissen is er vaak sprake van somatische klachten?

Spanningsklachten, stress, hyperventilatie.

Staan de psychische stoornissen voorop in de behandeling of de somatische klachten?

Eerder de psychische stoornis.

Weet u of er verschillen of overeenkomsten zijn tussen psychosomatische klachten zoals deze zich voordoen bij jongeren en/of volwassenen?

Weet ik niet.

Wat zijn veel voorkomende behandeldoelen bij een behandeling die zich richt op psychosomatiek?

Ontspanning, zelfrealisatie.

Welke theoretische uitgangspunten gebruikt u als richtlijn voor de behandeling?

Cognitieve opdrachten.

Welke therapeutische attitude en/of vaardigheden zijn belangrijk bij de behandeling van cliënten met psychosomatische klachten (directief, steunend, volgend, etc.)?

Steunend, inzichtgevend, directief.

Welke interventies zet u in bij de behandeling van psychosomatische klachten?

Aarden, ontspanningsoefeningen, geleide fantasie opdrachten.

Hoe wordt er binnen de behandeling aandacht besteed aan het lichaam en lichaamsbeleving?

Binnen beeldend niet zo veel.

Denkt u dat wanneer er meer aandacht wordt besteed aan het lichaam binnen de behandeling dit effect heeft op zowel psychische problematiek als lichamelijke klachten?

Ja.

Onderdeel 2: Vragen specifiek voor beeldend therapeuten

Wat zijn indicaties en/of contra indicaties voor deelname aan de beeldende therapie bij eerder genoemde doelgroep?

Niet zoveel, eerder contra indicatie voor in de groep of individueel werken.

Denkt u dat individuele of groepstherapie het meest geschikt is voor werken met deze doelgroep in de beeldende therapie? En waarom?

Zowel individueel als groepstherapie.

Uit welke fasen is de behandeling opgebouwd?

Oriënterend, inzichtgevend, afbouwfase.

Welke beeldende werkvormen kunnen worden ingezet en waarom?

Cognitieve opdrachten.

Maakt u gebruik van verbale en non-verbale interventies, zo ja hoe?

Voorgesprek, nagesprek, werken met thema's en opdrachten.

Hoe wordt het lichaam ingezet binnen de beeldende therapie bij psychosomatische klachten?

Eventueel lichaam tekenen en kleur geven aan.

Wat is het effect van beeldende therapie bij deze doelgroep?

Mensen die er affiniteit mee hebben kunnen tot bepaalde inzichten over zichzelf komen.

Enquête H. West

Instelling: Centrum Maliebaan
Functie: Vaktherapeut integratieve bewegingstherapie
Doelgroep: Verslaving

Onderdeel 1: Algemene vragen

In welke mate heeft u binnen uw functie te maken met psychosomatiek?

Veel. (Verslaving is óók biologisch).

Bij welke psychische stoornissen is er vaak sprake van somatische klachten?

Vrijwel alle stoornissen geven klachten in bewegingsapparaat. Met name angststoornissen en depressie.

Staan de psychische stoornissen voorop in de behandeling of de somatische klachten?

Ik probeer beide aan te vatten.

Weet u of er verschillen of overeenkomsten zijn tussen psychosomatische klachten zoals deze zich voordoen bij jongeren en/of volwassenen?

Er zijn zowel verschillen (waarderingsverschillen) als overeenkomsten. Bijvoorbeeld buikklasten naar aanleiding van angst en rugklachten naar aanleiding van uitputting.

Wat zijn veel voorkomende behandeldoelen bij een behandeling die zich richt op psychosomatiek?

-

Welke theoretische uitgangspunten gebruikt u als richtlijn voor de behandeling?

Integratieve bewegingstherapie naar Petzold.

Welke therapeutische attitude en/of vaardigheden zijn belangrijk bij de behandeling van cliënten met psychosomatische klachten (directief, steunend, volgend, etc.)?

Flexibiliteit, het vermogen jezelf grenzen te stellen.

Welke interventies zet u in bij de behandeling van psychosomatische klachten?

Ademtherapie, ontspanningsoefeningen, creatieve middelen.

Hoe wordt er binnen de behandeling aandacht besteed aan het lichaam en lichaamsbeleving?

Door het centraal te stellen en de cliënt als specialist van zijn praktijk te behandelen.

Denkt u dat wanneer er meer aandacht wordt besteed aan het lichaam binnen de behandeling dit effect heeft op zowel psychische problematiek als lichamelijke klachten?

Absoluut.

Onderdeel 2: Vragen specifiek voor beeldend therapeuten

Wat zijn indicaties en/of contra indicaties voor deelname aan de beeldende therapie bij eerder genoemde doelgroep?

Dat is afhankelijk van de verschillende producten die ik aanbied.

Denkt u dat individuele of groepstherapie het meest geschikt is voor werken met deze doelgroep in de beeldende therapie? En waarom?

Psycho-educatie is goed in groepen, lichaamsgericht kun je vaak beter met individuen uit de voeten omdat het vaak angst beladen is.

Uit welke fasen is de behandeling opgebouwd?

Zie Prochaska en Diclemente (transtheoretisch model).

Welke beeldende werkvormen kunnen worden ingezet en waarom?

Ik werk graag op papier omdat het beter bewaard kan worden.

Maakt u gebruik van verbale en non-verbale interventies, zo ja hoe?

Dit is een erg brede vraag.

Hoe wordt het lichaam ingezet binnen de beeldende therapie bij psychosomatische klachten?

(H)erkenning van problemen en oplopende patronen.

Wat is het effect van beeldende therapie bij deze doelgroep?

Ik werk niet primair als creatief therapeut.

Enquête A. Evers

Instelling: Centrum Maliebaan
Functie: Muziektherapeut
Doelgroep: Verslavingspsychiatrie

Onderdeel 1: Algemene vragen

In welke mate heeft u binnen uw functie te maken met psychosomatiek?

In hoge mate.

Bij welke psychische stoornissen is er vaak sprake van somatische klachten?

Naast verslaving bij persoonlijkheidsstoornissen, depressies, ADHD en persoonlijkheidskenmerken

Staan de psychische stoornissen voorop in de behandeling of de somatische klachten?

-

Weet u of er verschillen of overeenkomsten zijn tussen psychosomatische klachten zoals deze zich voordoen bij jongeren en/of volwassenen?

Niet bekend, werk alleen met volwassenen.

Wat zijn veel voorkomende behandeldoelen bij een behandeling die zich richt op psychosomatiek?

Leren omgaan met spanning, expressie van en omgaan met gevoelens, grenzen leren aangeven.

Welke theoretische uitgangspunten gebruikt u als richtlijn voor de behandeling?

Eclectisch, motivational, interviewing.

Welke therapeutische attitude en/of vaardigheden zijn belangrijk bij de behandeling van cliënten met psychosomatische klachten (directief, steunend, volgend, etc.)?

Afwisselend, wel allemaal op of in actie komen of juist teveel actie te kanaliseren.

Welke interventies zet u in bij de behandeling van psychosomatische klachten?

Diverse zowel binnen muzikaal als buiten muzikaal.

Hoe wordt er binnen de behandeling aandacht besteed aan het lichaam en lichaamsbeleving?

Cliënten kunnen verwezen worden naar PMT, beeldend, drama en muziektherapie. De vraag cliënten naar hun beleving, bijvoorbeeld na een djembé improvisatie hoe je handen voelen, of als iemand zijn schouders vastzet, hoe die voelen. Er wordt een oefening gedaan om ze los te maken en geprobeerd in het spel het hele lichaam me te nemen.

Denkt u dat wanneer er meer aandacht wordt besteed aan het lichaam binnen de behandeling dit effect heeft op zowel psychische problematiek als lichamelijke klachten?

Ja.

Onderdeel 2: Vragen specifiek voor beeldend therapeuten

Dit onderdeel is niet ingevuld.

Enquête R. Van Laun

Instelling: Fornhese kinder en jeugdpsychiatrie/ Symforagroep locatie Zon en Schild
Functie: Beeldend therapeut
Doelgroep: Kinder en jeugd

Onderdeel 1: Algemene vragen

In welke mate heeft u binnen uw functie te maken met psychosomatiek?

Soms, als bijkomend verschijnsel of klacht, nooit de hoofdreden voor opname of behandeling

Bij welke psychische stoornissen is er vaak sprake van somatische klachten?

Somatische klachten, dus puur lichamelijke klachten komen veel voor als bijwerking bij de categorie chronische cliënten. Dus jongeren met schizofrenie, autisme, jongeren van wie op jonge leeftijd al vaststaat dat zij altijd een vorm van begeleiding nodig zullen blijven hebben. Soms als gevolg van de stoornis, soms als bijwerking van de medicatie. Soms als gevolg van neurologisch defect, bijvoorbeeld stilvallen tijdens de spraak, blijven staren en niet kunnen praten. Verder ook jongeren met conversieverschijnselen, of jongeren die veelvuldig automutilleren.

Staan de psychische stoornissen voorop in de behandeling of de somatische klachten?

Dit is een psychiatrisch ziekenhuis. Dus de psychische klachten komen op de eerste plaats.

Weet u of er verschillen of overeenkomsten zijn tussen psychosomatische klachten zoals deze zich voordoen bij jongeren en/of volwassenen?

Bij de wat grotere jongeren met stoornissen zoals schizofrenie, autisme of conversieverschijnselen komen de dingen wel overeen met die op de volwassenenafdeling.

Wat zijn veel voorkomende behandeldoelen bij een behandeling die zich richt op psychosomatiek?

Uitgaan van het geven dat de klacht reëel is en dat er dus beperkingen zijn. Met deze beperkingen in het achterhoofd samen komen tot keuzes die wel kunnen, die haalbaar zijn. Niet gaan strijden over de waarheid, maar uitgaan van een andere realiteit. De behandeldoelen worden niet afgestemd op het lichamenlijk functioneren maar op het algeheel functioneren in de therapie(groep). Dit wordt meestal geformuleerd in smart doelen, maar zijn ook wel afhankelijk van niveau, fase waarin zich iemand bevindt, poliklinisch of klinisch, etc.

Welke theoretische uitgangspunten gebruikt u als richtlijn voor de behandeling?

De klacht wordt altijd serieus genomen en als zodanig behandeld. Er wordt altijd uitgesloten dat er een zuiver lichamelijke of neurologische verklaring is. Dat betekent uitgebreid onderzoek om uit te sluiten dat iets wordt afgedaan als "het is alleen maar psychisch", terwijl er misschien veel meer aan de hand is. Vervolgens wel eisen kunnen stellen aan het haalbare functioneren van iemand.

Welke therapeutische attitude en/of vaardigheden zijn belangrijk bij de behandeling van cliënten met psychosomatische klachten (directief, steunend, volgend, etc.)?

Echte psychosomatische klachten zijn ook klachten die iemand nodig heeft om het dan vooral niet te hebben over de echt moeilijke dingen. Het is een afweervorm. Opzet is dan om nooit iemands afweer

te negeren of af te nemen als er niet iets anders voor in de plaats komt. Dat moet uiteindelijk vanuit de persoon zelf komen. Je kunt wel zorgen voor veiligheid, structuur, Plezier en succeservaring zijn belangrijk als voorwaarden om ook af en toe te kunnen kijken naar moeilijke dingen. Het is vooral steunend en structurerend. Niet gaan discussiëren, 'welles of nietes' gesprekken, ook niet steeds stilstaan bij wat er allemaal niet kan. Vooral kijken naar wat kan wel.

Welke interventies zet u in bij de behandeling van psychosomatische klachten?

Geen speciale interventies, ook niet teveel exclusieve aandacht voor fysieke beperkingen of klachten.

Hoe wordt er binnen de behandeling aandacht besteed aan het lichaam en lichaamsbeleving?

Binnen de behandeling zijn er mogelijkheden als gewoon meedoen aan sport via de school op het terrein, of vanuit de leefgroepen met de sociotherapie. Verder is er psychomotorische therapie, fysiotherapie, ergotherapie.

Denkt u dat wanneer er meer aandacht wordt besteed aan het lichaam binnen de behandeling dit effect heeft op zowel psychische problematiek als lichamelijke klachten?

Die aandacht is er al binnen de behandeling. Veel kinderen of jongeren volgen een combinatie van therapieën, er wordt altijd gekeken naar de best passende therapievorm. Als lichaamsbeleving, lichaamsbesef een doel is wordt er vaak doorverwezen naar de PMT. Binnen beeldende therapie hoeft die aandacht niet vergroot, daar heb ik mijn collega-vaktherapeuten voor die daar ook meer in getraind en opgeleid zijn.

Onderdeel 2: Vragen specifiek voor beeldend therapeuten

Wat zijn indicaties en/of contra indicaties voor deelname aan de beeldende therapie bij eerder genoemde doelgroep?

In principe moet het veilig zijn en blijven voor therapeut of groepsgenoten en in geval van een groep kan en mag 1 iemand niet teveel exclusieve aandacht wegtrekken met te gecompliceerde klachten waar ook groepsgenoten weinig mee kunnen, of van begrijpen of ongemakkelijk van worden. In groepen geldt: aanpassen aan de groep en meedoen.

Denkt u dat individuele of groepstherapie het meest geschikt is voor werken met deze doelgroep in de beeldende therapie? En waarom?

Dat is niet zo te zeggen. Voor de meer hysterische types is de groepsdruk en norm soms een heel gezond tegenwicht. Sommige jongeren zijn soms ook te gehandicapt om een beetje mee te komen in een groep. Vaak is kunnen functioneren in een groep wel een doel. Dan is het mooi om te starten individueel en te vervolgen in een groep.

Uit welke fasen is de behandeling opgebouwd?

-

Welke beeldende werkvormen kunnen worden ingezet en waarom?

Daar zitten niet echt topics of beperkingen in. Autisten en jongeren met psychotische klachten kunnen ondanks moeite met de fijne motoriek soms urenlang schilderen aan heel kleine details. Misschien helpen die hele kleine, gedetailleerde dingen juist wel om geconcentreerd te kunnen blijven, of zoeken

ze expres de gebieden op die ze moeilijk vinden om toch trots te kunnen zijn. Meiden die onder de krassen en sneeën zitten willen soms toch pottenbakken en letterlijk de mouwen oprollen. Ik zal het niet als eerste voorstellen in een dergelijk geval. Ik wijs wel op de vervelende effecten van hun gedrag en ook wat ze zouden kunnen doen of proberen om tot verandering van gedrag te komen, samen kijken naar goede alternatieven.

Maakt u gebruik van verbale en non-verbale interventies, zo ja hoe?

Die vraag heeft niets speciaals te maken met psychosociale klachten. Iedere therapeut maakt gebruik van verbale en non-verbale interventies. Ik huldig het principe dat woorden soms ook heel erg overbodig kunnen zijn. Maar bij sommige jongeren komt het niet binnen als je zaken ook niet nadrukkelijk verbaal onderstreept.

Hoe wordt het lichaam ingezet binnen de beeldende therapie bij psychosomatische klachten?

In principe niet anders dan anders of heel speciaal. Tenzij blijkt dat iemands beperkingen echt een belemmering of aanpassing vereisen dan wordt daar rekening mee gehouden. Beelden hoeft zich daar ook niet steeds mee bezig te houden ook in de wetenschap dat er vele momenten zijn dat anderen zich daar weer wel op richten zoals bij PMT of ergotherapie.

Wat is het effect van beeldende therapie bij deze doelgroep?

Er is geen enkel effect onderzocht of aangetoond. In dat opzicht is het heel erg lastig psychiaters hier te overtuigen, gewoon omdat er nooit goed meetonderzoek gedaan wordt.

Aanvullende/ toegevoegde informatie:

Er wordt gevraagd naar somatische en psychosomatische klachten. Daar zit wel verschil in. Het is handig als je wat het uitgangspunt is. Volgens mij is dat psychosomatiek en niet somatische klachten bij psychiatrische patiënten. Zou ik zelf eerst definiëren.

Enquête S. Henstra

Instelling: Curium
Functie: Muziektherapeut
Doelgroep: Kinderen en jongeren met uiteenlopende, vaak gecompliceerde psychiatrische stoornissen

Onderdeel 1: Algemene vragen

In welke mate heeft u binnen uw functie te maken met psychosomatiek?

Er is een afdeling (van de 10) in gespecialiseerd.

Bij welke psychische stoornissen is er vaak sprake van somatische klachten?

Somatoforme stoornissen/eetstoornissen.

Staan de psychische stoornissen voorop in de behandeling of de somatische klachten?

De stoornis met alles wat daarbij hoort staat voorop dus niet het een of het ander. Wanneer bij "gewone" psychische stoornissen zich somatische klachten voordoen zal daar geen speciale nadruk op komen te liggen.

Weet u of er verschillen of overeenkomsten zijn tussen psychosomatische klachten zoals deze zich voordoen bij jongeren en/of volwassenen?

-

Wat zijn veel voorkomende behandeldoelen bij een behandeling die zich richt op psychosomatiek?

Bij somatoforme stoornissen wordt volgens het gevolgenmodel gewerkt, dat wil zeggen niet zoeken naar oorzaken maar aanvaarden van de situatie en in kleine stappen opbouwen van activiteiten. Bij eetstoornissen hoort een faseprogramma waarbij zowel gewerkt wordt met een voedingslijst als met werkpunten op het gebied van sociale vaardigheden, gezinsgesprekken, individuele (cognitieve) therapie, ontspanningsoefeningen, vaktherapieën, etcetera.

Welke theoretische uitgangspunten gebruikt u als richtlijn voor de behandeling?

Zie vorige vraag.

Welke therapeutische attitude en/of vaardigheden zijn belangrijk bij de behandeling van cliënten met psychosomatische klachten (directief, steunend, volgend, etc.)?

Over het algemeen: normaliserend. Dat wil zeggen dat er geen paniek is maar dat het ook niet gebagatelliseerd wordt. Daarnaast steunend, motiverend.

Welke interventies zet u in bij de behandeling van psychosomatische klachten?

Psycho-educatie, inventariseren en goed uitvragen van de klacht, stilstaan bij de betekenis en gevolgen voor het functioneren, opbouw van gewenst functioneren.

Hoe wordt er binnen de behandeling aandacht besteed aan het lichaam en lichaamsbeleving?

Door middel van het voorschrijven van beweging, door middel van diverse therapieën, vooral de Psychomotorische therapie (PMT) en soms ook de muziektherapie.

Denkt u dat wanneer er meer aandacht wordt besteed aan het lichaam binnen de behandeling dit effect heeft op zowel psychische problematiek als lichamelijke klachten?

Hier kan ik niet iets over zeggen daar ik denk dat er voldoende aandacht voor is.

Onderdeel 2: Vragen specifiek voor beeldend therapeuten

Dit onderdeel is niet ingevuld.

Enquête D. Körber

Instelling: Ithaka kinder- en jeugdpsychiatrie Goes
Functie: Beeldend therapeut
Doelgroep: Jeugd (10 – 20 jaar)

Onderdeel 1: Algemene vragen

In welke mate heeft u binnen uw functie te maken met psychosomatiek?

Lichamelijke klachten (hoofdpijn/ buikpijn/ moe enz.) die een relatie (kunnen) hebben met innerlijke conflicten, spanning en angst. Klachten voorkomend uit zwakke lichamelijke conditie (ondergewicht) in combinatie met angst en spanning. Klachten door het niet kunnen plaatsen van lichamelijke sensaties. Conversie verschijnselen (uitval van functies als lopen, handelen, praten).

Bij welke psychische stoornissen is er vaak sprake van somatische klachten?

Kan onder andere in meer of mindere mate voorkomen bij:

- Conversie
- Depressie
- Anorexia nervosa
- Gegeneraliseerde angst stoornis
- Stoornis in het autistische spectrum
- Post traumatische stress stoornis.

Staan de psychische stoornissen voorop in de behandeling of de somatische klachten?

De sociaal- emotionele problemen staan op de voorgrond zonder daarbij de nodige fysieke zorg achterwegen te laten.

Weet u of er verschillen of overeenkomsten zijn tussen psychosomatische klachten zoals deze zich voordoen bij jongeren en/of volwassenen?

Weet ik niet.

Wat zijn veel voorkomende behandeldoelen bij een behandeling die zich richt op psychosomatiek?

Onder andere: zelfbeeld versterken, ego versterking, verbeteren van sociale vaardigheden, separatie individuatie (groter groeien) en trauma verwerking.

Welke theoretische uitgangspunten gebruikt u als richtlijn voor de behandeling?

Cognitieve gedragstherapie, psychosociale kaders, analytische uitgangspunten.

Welke therapeutische attitude en/of vaardigheden zijn belangrijk bij de behandeling van cliënten met psychosomatische klachten (directief, steunend, volgend, etc.)?

Dit is geheel afhankelijk van de individuele cliënt en zijn/ haar problematiek. Kern is wel dat ten aanzien van de lichamelijke klacht voornamelijk steunend gehandeld zal worden.

Welke interventies zet u in bij de behandeling van psychosomatische klachten?

Koppeling maken tussen gevoel en emoties. Emoties in kaart brengen, oorzaak en gevolg duidelijk maken, ruimte geven (accepteren van de lichamelijke klacht) en de cliënt eigen ruimte en verantwoordelijkheid geven om wel of geen gehoor te geven aan de klacht. Uitnodigen om in actie te komen, de klacht de baas te zijn.

Hoe wordt er binnen de behandeling aandacht besteed aan het lichaam en lichaamsbeleving?

Indien nodig fysieke verzorging, lichaamsbeleving gericht op zelfbeeld, zelfbeleving en lijf is onderdeel van de PMT binnen de afdeling.

Denkt u dat wanneer er meer aandacht wordt besteed aan het lichaam binnen de behandeling dit effect heeft op zowel psychische problematiek als lichamelijke klachten?

Zou ik niet kunnen beantwoorden.

Onderdeel 2: Vragen specifiek voor beeldend therapeuten

Wat zijn indicaties en/of contra indicaties voor deelname aan de beeldende therapie bij eerder genoemde doelgroep?

Cliënten kunnen altijd deelnemen aan de beeldende therapie tenzij zij zelf zich niet in staat achten om deel te kunnen nemen.

Denkt u dat individuele of groepstherapie het meest geschikt is voor werken met deze doelgroep in de beeldende therapie? En waarom?

Mijn voorkeur heeft groepstherapie, juist omdat je de cliënten wilt uitnodigen los te komen van hun klachten, je wilt ze prikkelen, uitdagen om de strijd aan te gaan en bijvoorbeeld ondanks hoofdpijn, toch deel te nemen aan de therapie. In de groep zal er door de 'peergroup' juist ook een appèl gedaan worden op hun kwaliteiten. Zij kunnen van elkaar leren en horen andere verhalen, herkennen misschien wel worstelingen van anderen, zien verschillende manieren van omgaan met.

Uit welke fasen is de behandeling opgebouwd?

Cliënten volgen waar mogelijk het therapie aanbod van de afdeling. In opbouw zal dit zijn het ervaren van veiligheid en rust, groei naar herkennen en erkennen, groei naar meer zelfstandigheid en verantwoordelijkheid.

Welke beeldende werkvormen kunnen worden ingezet en waarom?

Mogelijk is het volgende:

- Begin fase: Activiteiten gericht op zelfbeeld versterken, succes ervaringen opdoen, plezier beleven aan.
- Midden fase: Activiteiten die ruimte geven tot het vertellen van een verhaal.
- Laatste fase: Werkvormen gericht op samenwerken.

Maakt u gebruik van verbale en non-verbale interventies, zo ja hoe?

Ik maak binnen de therapie gebruik van non- verbale interventies, maar maak geen onderscheid tussen psychosomatiek of andere groepen cliënten.

Hoe wordt het lichaam ingezet binnen de beeldende therapie bij psychosomatische klachten?

Ook in beeldende therapie maak je voortdurend gebruik van je lijf. Nadruk zal steeds liggen op mogelijkheden en niet op beperkingen als het gaat om het handelen. Inhoudelijk kan er ruimte zijn voor het verhaal over de klachten.

Wat is het effect van beeldende therapie bij deze doelgroep?

Over het algemeen raken cliënten met lichamelijke klachten uiteindelijk (na weerstand en onzekerheid) geboeid door wat ze kunnen, ze gaan eigen mogelijkheden ervaren en vaak ontstaat er ruimte om niet langer het fysieke centraal te zetten maar toe te komen aan achterliggende/onderliggende emoties.

Aanvullende/ toegevoegde informatie:

Geen eenvoudige vragenlijst. Wat het lastig maakt is dat psychosomatische klachten de doelgroep zijn, terwijl ik het meer zie als symptoom van. De oorzaak kan heel verschillend zijn en juist de onderliggende psychische problemen (in samenhang met de mogelijkheden en beperkingen van de cliënt) bepalen je plan van aanpak, de soort opdrachten en de interventies. Jullie houden zo de groep heel groot en maken het jezelf niet gemakkelijk. Ik zie wel dat jullie goed voor ogen hebben wat jullie willen onderzoeken. Mooie vragen.

Voor zover mogelijk heb ik het proberen te beantwoorden, ben benieuwd naar jullie bevindingen en hoop dat jullie hier wat aan kunnen hebben.

Het is een verschrikkelijk interessant onderwerp en heel goed om hier onderzoek naar te doen, dit vraagt om meer.

Vriendelijk groet,

Danielle Kórber

Enquête Z. Frank

Instelling: Delta psychiatrisch centrum
Functie: Dans therapeut
Doelgroep: Conversie

Onderdeel 1: Algemene vragen

In welke mate heeft u binnen uw functie te maken met psychosomatiek?

Eén op de 6 patiënten lijdt aan psychosomatische klachten.

Bij welke psychische stoornissen is er vaak sprake van somatische klachten?

Uit mijn ervaring is dat bij Borderliners, depressieve en bij getraumatiseerde patiënten.

Staan de psychische stoornissen voorop in de behandeling of de somatische klachten?

De psychische stoornissen staan meestal voorop omdat men vaak niet weten wil dat somatische klachten psychisch zijn.

Weet u of er verschillen of overeenkomsten zijn tussen psychosomatische klachten zoals deze zich voordoen bij jongeren en/of volwassenen?

Ik heb geen ervaringen met jongeren onder de 18.

Wat zijn veel voorkomende behandeldoelen bij een behandeling die zich richt op psychosomatiek?

-

Welke theoretische uitgangspunten gebruikt u als richtlijn voor de behandeling?

De Laban movement analyse, en dans therapie in het algemeen.

Welke therapeutische attitude en/of vaardigheden zijn belangrijk bij de behandeling van cliënten met psychosomatische klachten (directief, steunend, volgend, etc.)?

De belangrijke vaardigheden zijn; steunend, soms stevig confronterend.

Welke interventies zet u in bij de behandeling van psychosomatische klachten?

Inzichtgevend, paradoxale aanpak, mirroring uit de dans.

Hoe wordt er binnen de behandeling aandacht besteed aan het lichaam en lichaamsbeleving?

In mijn manier van werken ga ik in de eerste instantie niet op de somatische klachten in. Ik richt me meer op de psychische kant. Met de hoop dat de patiënt uit zichzelf erachter komen dat de problemen niet zo zeer op de somatische kant zitten maar meer op de psychische kant. Een uitspraak van een van mij patiënten was, "het kan toch niet dat ik zo'n beslessing genomen heb om niet meer te kunnen lopen". Deze Mevr. zat 12 jaar in een rolstoel terwijl ze vandaag gewoon weer lopen kan.

Denkt u dat wanneer er meer aandacht wordt besteed aan het lichaam binnen de behandeling dit effect heeft op zowel psychische problematiek als lichamelijke klachten?

Jazeker. Danstherapie is gebaseerd op het werken met het lichaam waardoor ook de psychische en de lichamelijke problematiek wordt verminderd.

Onderdeel 2: Vragen specifiek voor beeldend therapeuten

Dit onderdeel is niet ingevuld.

Bijlage 4: Roos van Leary

In de Roos van Leary kunnen de verschillende gedragsvormen (in de cirkel) en relatiewensen (buiten de cirkel) worden weergegeven. Gedraagt iemand zich onder, dan gaat de ander bijna vanzelfsprekend boven zitten. Gaat iemand echter boven zitten, dan moet de ander naar beneden. Maar let op: als de één zich samen gedraagt, dan gaat de ander zich ook samen gedragen. Hetzelfde geldt voor tegengedrag.

De boven-gedragspatronen zijn: actief, initiërend, beïnvloedend, beheersend.

De onder-gedragspatronen zijn: passief, afhankelijk, onderdanig, conformerend.

De samen-gedragspatronen zijn: aardig, sympathiek, meewerkend.

De tegen-gedragspatronen zijn: onaardig wantrouwend, intolerant.

	Tegen	Samen
Boven	aanvallen	leiden
Onder	verdedigen	volgen

Volgens Leary gelden twee belangrijke hoofdregels:

1. Symmetrie-principe: samen-gedrag lokt samen-gedrag uit en tegen-gedrag lokt tegen-gedrag uit.
2. Complementariteit: boven-gedrag roept onder-gedrag op en onder-gedrag roept boven-gedrag op.

Ofwel, in bovenstaande schematische weergave:

- aanvallen lokt verdedigen uit, en omgekeerd
- leiden lokt volgen uit, en omgekeerd (www.leren.nl).

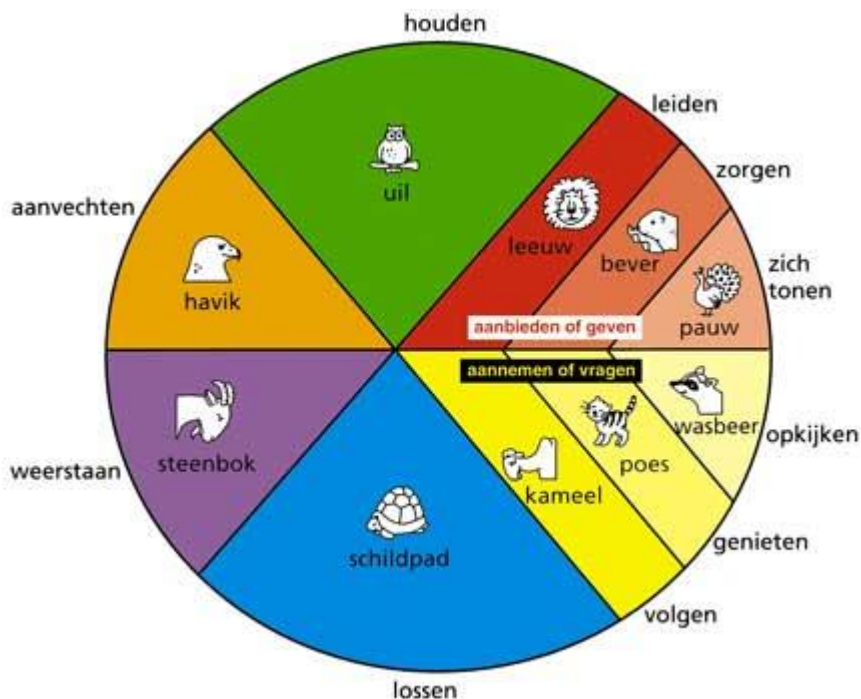


(<http://www.2reflect.nl>).

Bijlage 5: Axenroos van Cuvalier

De axenroos is een manier om de gedragingen van mensen te ordenen. In die roos is niet alleen de plaats belangrijk (pauw, uil, ...) maar vooral ook de onderlinge relaties. (wisselwerking pauw/ wasbeer - leeuw/kameel ...) Iedereen heeft eigenschappen van àlle dieren in zich of zou die althans moeten hebben, want mensen zijn pas sociaal-vaardig als ze alle axen kunnen bewandelen, m.a.w. als ze zich kunnen aanpassen aan 'de andere'. Er kan slechts worden 'gegeven' als er iemand is die wil 'krijgen'. bv. een baby lacht pas als er iemand is om naar te lachen.

We kunnen bij mensen ontelbare gedragswijzen zien, waarmee ze wel of niet in contact komen met een ander. De bedoeling van de "axen" is al deze gedragswijzen in enkele grote categorieën onder te brengen. Alle relatiewijzen (mogelijkheden bij een mens om in relatie te treden) worden samengevat in een 10-tal hoofdrelatiewijzen en dit wordt dan gesymboliseerd door 10 dieren, die we op een roos situeren. Dit noemen we de axenroos.



De tien axen:

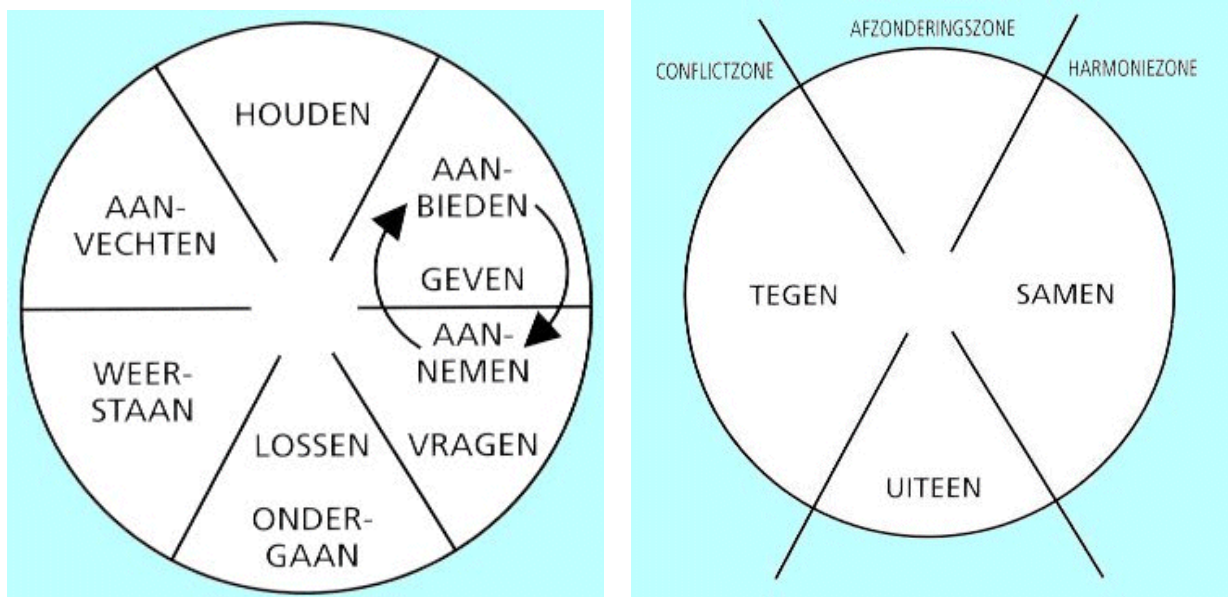
1. Zich presenteren (de pauw): persoon en bijzijn aanbieden.
2. Opkijken, waarderen (de wasbeer): persoon en bijzijn aannemen..
3. Zorgen (de bever): diensten en goederen aanbieden.
4. Genieten (de poes): goederen en diensten aannemen of vragen..
5. Leiden (de leeuw): richtlijnen en informatie aanbieden.
6. Volgen (de kameel): richtlijnen en informatie aannemen of vragen.
7. Houden (de uil): bijzijn, persoon, diensten, goederen, richtlijnen en /of informatie houden. Els speelt graag alleen.
8. Lossen (de schildpad): bijzijn, persoon, diensten, goederen, richtlijnen en/ of informatie lossen.
9. Aanvechten (de havik): bijzijn, persoon, diensten, goederen, richtlijnen en/of informatie aanvechten.
10. Weerstaan (steenbok): bijzijn, persoon, goederen, diensten, informatie en/of richtlijnen weerstaan (zich verdedigen).

De relatiewijzen, dus de manier waarop de uitwisseling gebeurt. De axenroos omvat zes relatiewijzen: aanbieden, aannemen of vragen en geven, aanvechten, weerstaan, houden en lossen.

De uitwisseling is harmonisch wanneer de ene iets aanbiedt en de ander het aangeboden aanneemt of wanneer iemand iets vraagt en de ander hem het gevraagde geeft. Aanvechten en weerstaan horen daarentegen thuis in de conflictzone. Ten slotte is het ook mogelijk dat de partners zich in het houden en/of het lossen bevinden. Tussen hen ontstaat eerder een verwijdering dan een toenadering.

De communicatiekanalen. Woorden maar ook gebaren, lichaamstaal, intonatie spelen een belangrijke rol bij uitwisselingen. We weten allemaal dat een 'ja' op veel manieren uitgesproken kan worden en wel eens als een 'neen' gehoord wordt. Een gebalde vuist of een schouderklopje hebben soms meer effect dan een lang betoog.

Door de combinatie van die drie componenten krijgen de coacten (de gedragingen waardoor een mens effectief iets doet ten opzichte van een andere mens) een plaats op een plattegrond van menselijke relatiewijzen.



(<http://www.sintrochus.be>).