

# Een dagje SOLK op het COLK

*Eendaagse deeltijdbehandeling bij somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten*

Jaco Wineke is klinisch psycholoog/psychotherapeut.

Annechien Koch is psychosomatisch fysiotherapeut.

Anneke Eggink is beeldend therapeut.

Félice Michels is psychomotorisch therapeut.

Margriet van der Woude is groepswerker.

Dit artikel staat, in iets andere vorm, ook in de congresbundel van COLK naar aanleiding van het congres *Vallen en opstaan: de conversiestoornis te lijf* van 25 oktober 2012. Samen met het volgende artikel in dit tijdschrift vormt het een tweeluik over de behandeling van patiënten met OLK.

## Inleiding

Het Centrum voor Onverklaarde Lichamelijke Klachten (COLK) maakt onderdeel uit van GGZ Yulius. Binnen COLK worden cliënten met een (ernstige) somatoforme stoornis behandeld. De afdeling kent een klinische, deeltijd- en ambulante behandeling. De eendaagse behandeling valt onder het deeltijd-aanbod van COLK. In dit artikel willen we allereerst een algemene beschrijving geven van de theoretische achtergrond omtrent deze doelgroep en vervolgens de opzet van de groepsbehandeling beschrijven. De beschrijving van de groep zullen we doen aan de hand van de taakstructuur, zoals beschreven door De Haas (2010).

## Populatie en theoretische achtergrond

Somatoforme stoornissen worden in de DSM-IV (APA, 1995) gedefinieerd als stoornissen die de vorm aannemen van een lichamelijke aandoening, hoewel ze niet worden verklaard door een organisch ziekteproces of pathofysiologisch mechanisme, maar berusten op een psychische stoornis. Meestal hebben deze stoornissen een chronisch verloop. Somatoforme stoornissen moeten onderscheiden worden van lichamelijke klachten en symptomen in het kader van andere psychiatrische syndromen, met name van angst en depressie, lichamelijke ziekten die beïnvloed worden door een psychische factor, nagebootste lichamelijke stoornissen en simulatie. De somatoforme stoornissen worden in de

DSM-IV onderverdeeld in zes categorieën: de somatisatiestoornis, conversiestoornis, hypochondrie, stoornis in de lichaamsbeleving, pijnstoornis en de restcategorie onge-differentieerde somatoforme stoornis.

In de literatuur wordt het begrip somatisatie gedefinieerd door Lipowski (1987): somatiserende patiënten ervaren en communiceren in de eerste plaats somatische, niet psychische klachten, en zoeken hulp voor deze somatische symptomen. Deze definitie is ook van toepassing op patiënten met angst- en stemmingsstoornissen die last hebben van de lichamelijke symptomen in plaats van de affectieve symptomen. De beschrijving van Lipowski geldt ook voor patiënten met een primaire diagnose binnen het gebied van de somatoforme stoornissen die zelden emotionele problemen erkennen, ook al liggen psychologische conflicten voor de hand. Krystal (1997) beschouwt somatoforme stoornissen als een gevolg van verstoringen in de bewuste ervaring van emoties, die ontstaan ten gevolge van traumatische ervaringen of vroege verstoring in de hechting. Lane (2008) biedt een theoretisch model dat het bestaan van cognitieve tekorten in emotieregulatie verbindt aan somatisatie. Volgens dit model ontstaat het vermogen om gevoelens bewust te ervaren volgens een ontwikkelingsproces. De auteurs beschrijven vijf niveaus van emotioneel bewustzijn, die ontstaan in de loop van de ontwikkeling. Zij stellen dat de mate waarin een individu zich bewust is van zijn emoties parallel loopt aan de complexiteit van cognitieve schemata voor de verwer-

king van emotionele informatie. Bij de cognitieve schemata van een lager niveau blijft het ervaren van emotionele reacties beperkt tot het niveau van somatische ervaringen of het niveau van actietendensen. Patiënten kunnen bijvoorbeeld iets over hun innerlijk vertellen, maar met hun lichaam iets anders uitdrukken. Dit ligt op het niveau van het ervaren van somatische ervaringen. Of ze reageren gespannen en onrustig, zonder dat dit overeenkomt met wat zij beschrijven op emotioneel gebied (niveau van actietendensen). Meer complexe schemata worden geassocieerd met de mogelijkheid om emotionele arousal uit te werken in gevoelens die bewust worden ervaren en het niveau waarop mengvormen van emoties kunnen worden ervaren. Met andere woorden, bij de hogere niveaus is er meer emotionele differentiatie, terwijl de lagere niveaus gekenmerkt worden door meer impliciete verwerking van emotionele ervaringen.

De hogere niveaus van emotioneel bewustzijn kunnen worden gezien als de basis voor wat door Allen e.a. (2008) wordt omschreven als *reflective awareness*. Voor deze reflectieve functie (of metacognitie) is een representatie van de ervaring noodzakelijk. Mentalisatie of de reflectieve functie is het vermogen om het gedrag van jezelf en anderen te interpreteren in termen van onderliggende psychische toestanden. Spaans e.a. (2009) spreken over een verminderd vermogen van (lichaams)mentalisatie bij cliënten met OLK: het vermogen om eigen en andermans lichaamssignalen waar te nemen, er ontvankelijk voor te zijn

en verbinding te ervaren met onderliggende mentale toestanden. Dit sluit aan bij bevindingen van Subric-Wrana e.a. (2010; 2005) waarin naar voren komt dat de klinisch opgenomen patiënten hun emoties op een lager niveau verwerken, waardoor ze lichamenlijk gevoelde emoties geen (cognitieve) betekenis kunnen geven en deze emotionele signalen verkeerd interpreteren als lichamenlijke signalen. Klinisch opgenomen patiënten blijken een verminderde Theory Of Mind te hebben (Subic-Wrana e.a., 2010), hetgeen aansluit bij het verminderd mentaliserend vermogen. Verder komt uit de literatuur naar voren dat mensen met somatoforme stoornissen hun affecten overcontroleren, terwijl er juist sprake is van hoge niveaus van negatief affect (Waller & Scheidt, 2006; Noyes e.a., 2001).

In ons klinisch werk valt op dat cliënten moeite hebben met het integreren van de verschillende aspecten van de behandeling. Een inzicht of ervaring die ze in therapie opdoen, lijkt voor hen los te staan van andere ervaringen. Dit zou er op kunnen wijzen dat er bij cliënten met OLK sprake is van gebrekkige integratieve vermogens. Mogelijk is dit gerelateerd aan de overregulatie van affect die bij mensen met somatoforme stoornissen vaker voorkomt en die mogelijk gerelateerd is aan een gereserveerde gehechtheidstijl (Van Dijke, 2010). Kenmerkend voor de gereserveerde gehechtheidstijl is dat mensen zich beschermen tegen afwijzing door anderen door intiem contact met anderen uit de weg

te gaan en zo door middel van een gevoel van onafhankelijkheid en onkwetsbaarheid een positief zelfbeeld proberen te handhaven. Dit is in lijn met de bevindingen van Wineke e.a. (submitted) dat er bij somatoforme patiënten vaker onderliggende narcistische persoonlijkheidspathologie voorkomt dan bij andere psychiatrische patiënten en dat zij zich presenteren met een illusie van mentale gezondheid zoals beschreven door Shedler e.a. (1993). Een cliënte uit de groep presenteerde zich, ondanks forse fysieke beperkingen, bijvoorbeeld dermate sterk in het contact met instanties die haar moesten beoordelen, dat ze steeds afwijzingen kreeg voor hulpmiddelen of een parkeervergunning. Dit versterkte vervolgens haar overtuiging dat ze niet veel behoefde te verwachten van anderen en voedde haar gevoel vaak niet begrepen te worden.

Samenvattend kan gezegd worden dat cliënten met somatoforme stoornissen:

- moeite hebben om lichamenlijke signalen te symboliseren en hier emotionele betekenis aan te geven, waardoor ze de lichamenlijke sensaties op een concreet niveau beleven en geneigd zijn deze signalen als louter somatisch te ervaren en/of geneigd zijn om deze lichamenlijke sensaties om te zetten
- neigen hun affecten te overcontroleren, terwijl er juist sprake is van hoge niveaus van negatief affect. Dit lijkt voor een deel gerelateerd aan onveilige gehechtheid.

In dit artikel willen we een vignet van een cliënt presenteren, waarbij we per therapieonderdeel nader ingaan op deze casus.

*Barbara (38 jaar) wordt door de neuroloog van een ziekenhuis aangemeld bij het COLK met de vraag of cliënte aan een conversiestoornis lijdt. Cliënte rapporteert kracht- en controleverlies over ledematen, vooral rechts, alsook terugkerende afonie (niet meer kunnen of vertraagd spreken, soms stotteren), schouderpijn, buikpijn en verkramping van de slokdarm en een heel scala aan klachten, zoals druk op het hoofd en concentratiestoornissen. Verder heeft cliënte verschillende medisch verklaarde klachten (schildklierproblemen, een zwelling in haar hypofyse en verkalking van een voetpees). In de intake wordt vastgesteld dat cliënte ondanks jarenlange individuele en relatietherapie in verband met seksueel misbruik door een leraar in haar puberteit nog veel stress heeft van onverwerkte ervaringen (verstoorde hechting met ouders in gezin van herkomst en belasting door spanningen tussen haar ouders) en overige stresserende factoren die herstel in de weg staan. Eén van de belangrijke stresserende factoren is de zorg voor de vier kinderen waarvan er drie uiteenlopende ziektes hebben en één gedragsproblemen vertoont. Daarnaast vertelt cliënte dat er in het gezin gedurende vier jaar een pleegzorgpubermeisje heeft gewoond dat na verloop van tijd blij gaf van pathologisch liegen en hun gezin bedrogen heeft. Het lijkt er op dat cliënte van jongs af aan alleen op een zeer hoog stressniveau heeft leren functioneren. Verder heeft cliënte de neiging om negatieve emoties binnen te houden en is er sprake van vooral internaliserende problematiek. De diagnose conversiestoornis (van*

*het gemengde type met het motorische type en uitvalsverschijnselen) wordt na intake gesteld. Verder is er sprake van een depressieve episode, recidiverend, matig. Ook zijn er problemen in de primaire steungroep. De GAF-score ten tijde van de intake is 50. Cliënte wil op het COLK inzicht verkrijgen in hoe het komt dat er uitvalsproblemen zijn. Ze wil meer balans krijgen en stabiliteit bereiken tussen haar handelen en het gevoel wat er bij hoort. Ze wil vanwege de gezinssituatie niet voor behandeling naar de kliniek van COLK, waarop we uitkomen op een kliniekopname van vier weken voor haar rust en voor naderde diagnostiek. Daarna volgt cliënte de Eendaagse Deeltijdbehandeling. Doelen in de behandeling waren: 1) ik herken mijn lichaamssignalen en onderzoek welke betekenis deze voor mij hebben 2) ik ga prioriteiten stellen 3) ik vergroot mijn eigenwaarde.*

### **De opzet van de groep en het programma**

Omdat cliënten met somatoforme stoornissen er toe neigen emoties te ervaren op lagere niveaus van cognitief bewustzijn, is de opzet van de behandeling dusdanig dat er steeds afwisseling is tussen verbale en non-verbale therapievormen. Doel hiervan is om cliënten meer in contact te brengen met de psychische en emotionele betekenis van wat ze lichamelijk voelen.

#### *Doelgroep*

De doelgroep bestaat uit cliënten met een somatoforme stoornis die voldoende fysieke draagkracht hebben om een hele

dag therapie vol te houden. De hulpvraag van veel groepsleden is vaak gericht op het verminderen van de lichamelijke klachten, zodat ze beter kunnen functioneren. Voor veel van onze cliënten bestaat dit doel er uit dat ze willen functioneren zoals ze deden in de periode voordat de klachten ontstonden. In de fase van de indicatiestelling onderstrepen wij het doel van klachtenvermindering, maar noemen we wel altijd dat er ook een deel van de cliënten is waarbij dit niet het geval is en waarbij de behandeling zich uiteindelijk richt op het beter leren omgaan met de beperkingen die de klachten met zich meebrengen.

#### *Groepsdoel*

Het groepsdoel is dat cliënten leren hoe ze hun klachten kunnen beïnvloeden. Dit kan zijn door te zoeken naar predisponerende en in stand houdende factoren. In ons werk valt op dat onze cliënten veelal ervaren dat de klachten hen overkomen en dat ze minder geneigd zijn om verbanden te leggen tussen hun levensgeschiedenis, persoonlijkheid en gedragingen die tevens van invloed zijn op (hoe ze omgaan met) de lichamelijke klachten.

In de indicatiefase bespreken we persoonlijke leerdoelen die de cliënt wil bereiken. In de regel bewaken wij als team vooral het groepsdoel en dragen cliënten zelf relatief meer verantwoordelijkheid voor de persoonlijke doelen.

#### *De taak van de groep*

De taak van de groep is om cliënten meer verbinding te laten ervaren tussen lichame-

lijke, emotionele en psychologische aspecten van hun functioneren. Ze zoeken hulp voor de onverklaarde lichamelijke klacht en neigen er toe om de klachten vooral lichamenlijk te attribueren. Per groepsonderdeel wordt weliswaar gewerkt vanuit een verschillende discipline en werkwijze en wordt verschillend gebruikgemaakt van groepsdynamiek, maar overkoepelend is de gewenste interactie tussen de cliënten en therapeuten erop gericht om de cliënten te helpen te zoeken naar andere betekenissen van de lichamelijke klachten en signalen.

#### *Werkwijze*

De eendaagse groep is een open groep, met maximaal acht deelnemers. Het is in principe een gemengde groep, maar de groep bestaat grotendeels uit vrouwen. In ieder onderdeel van het programma wordt gewerkt met materialen of werkvormen die passen bij de discipline. De meeste cliënten nemen zes tot negen maanden deel aan het programma.

Wij werken met het Strategisch Tweesporrenmodel zoals beschreven in Moene & Rümke (2004). Dit model richt zich op het bewustmaken van lichamelijke en psychologische processen en hun onderlinge samenspel. Een belangrijk aspect is het koppelen van het psychologische en lichamelijke functioneren van de cliënt door registratie en observatie van reacties op gebeurtenissen in de behandeling en daarbuiten.

Omdat cliënten zich vaak weinig bewust zijn van hun lichamelijke signalen en de

mogelijke psychologische betekenis, is het hiermee oefenen in het behandelprogramma een belangrijk onderdeel. Via non-verbale therapieën wordt groepsleden mogelijkheden geboden om op ervaringsniveau (nog) woordeloze aspecten van zichzelf gewaar te worden. Bovendien brengen de non-verbale onderdelen ruimte met zich mee om spelenderwijs nieuwe ervaringen op te doen. Veel groepsleden hebben vanuit hun hoge eisen en perfectionisme juist moeite met spelen en spontaniteit.

Het helpen signaleren van wat er met de cliënt gebeurt door onze observaties van de cliënten te spiegelen en (vragend) van betekenis te voorzien is een rode draad in alle programmaonderdelen.

Het behandelprogramma is als volgt opgebouwd:

- 9.00 Opstarten met koffie en thee
- 9.30 Groepswerk: tevreden/ontevreden
- 10.30 Rust
- 11.00 Alternerend: beeldende therapie of combinatie psychomotorische therapie (PMT) en psychosomatische fysiotherapie (PSF)
- 12.00 Rust
- 13.00 Lunch
- 13.30 Groepspsychotherapie
- 14.30 Evaluatie in de groep
- 15.00 Afsluiting
- 15.30 Einde programma

Binnen de behandeling leggen wij veel nadruk op de rustmomenten binnen het programma. Aangezien veel cliënten er toe neigen over hun eigen grenzen heen te

gaan, zien we vaak ook dat ze dit binnen het programma doen. Ze gaan door met oefenen of met het onderdeel, ondanks dat er duidelijke tekenen van overbelasting waarneembaar zijn. Er zijn speciale rustruimtes met bedden en relaxstoelen waar cliënten tijdens rustmomenten gebruik van kunnen maken. Rust, en wat rust eigenlijk betekent voor de afzonderlijke groepsleden, is een regelmatig terugkerend gespreksonderwerp binnen de verschillende groepsonderdelen.

Hieronder zullen de overige programmaonderdelen inhoudelijk afzonderlijk worden toegelicht.

#### *Groepswerk: tevreden/ontevreden*

Dit is een gestructureerd onderdeel van een uur waarbij cliënten inbrengen waar zij tevreden en ontevreden over waren de afgelopen week. Het onderdeel is als volgt opgebouwd. Als eerste worden de mededelingen gedaan, zowel door groepsleden als door therapeuten. Hieronder vallen mededelingen over hoe cliënten er op dit moment bij zitten of zaken van huishoudelijk aard. Vragen met betrekking tot medicatie kunnen hierbij ook aan bod komen (bijvoorbeeld herhaalrecepten of een afspraak met een arts).

Iedere week wordt er een voorzitter gekozen, die dit onderdeel leidt. De voorzitter bewaakt de tijd en zorgt ervoor dat iedereen een eigen inbreng heeft. Ook probeert de voorzitter de interactie te bevorderen door actief een beroep op de groep te doen.

Tijdens tevreden/ontevreden brengt ieder groepslid een situatie in waarover de cliënt tevreden is en een situatie waarover de

cliënt ontevreden is. Er wordt gekeken naar het eigen aandeel hierbij en het gedrag in deze situatie. Dagelijks schrijven cliënten een tevreden/ontevreden op en voor dit onderdeel maken zij daaruit een keuze om een tevreden- en een ontevredenonderwerp in te brengen.

Het doel van dit onderdeel is dat:

- groepsleden leren formuleren in de actieve vorm,
- groepsleden leren om negatieve ervaringen te specificeren,
- groepsleden leren om positieve ervaringen te onderkennen en te benoemen,
- groepsleden leren luisteren en feedback geven op elkaar.

Hierbij is het belangrijk dat ieder groepslid leert stil te staan bij de eigen mogelijkheden om een situatie naar tevredenheid af te ronden.

In de praktijk blijkt dat cliënten de ‘ontevredens’ veel gemakkelijker waar kunnen nemen dan de ‘tevredens’. Een gemene deler is de ontevredenheid over wat ze vooral niet meer kunnen en wat ze kwijtgeraakt zijn. Vaak gaat dit om situaties waarin hun lijf hen in de steek laat.

Daarnaast wordt er iedere week een concrete weekopdracht geformuleerd, die thuis uitgevoerd of voorbereid moet worden. Er wordt aandacht besteed aan het SMART formuleren van deze doelen. De algemene doelstelling van deze zitting is om te leren denken in stappen. Daarnaast heeft dit tot doel dat groepsleden hun eigen oplossingsstrategieën leren kennen en leren deze verder te ontwikkelen. De opdrachten

worden zoveel mogelijk afgeleid van de behandeldoelen. Aan de hand van een kort verslag geeft iedereen weer hoe aan de opdracht gewerkt is en wat het heeft opgeleverd. Een veel voorkomend voorbeeld van een weekopdracht van een beginnend groepslid kan zijn om dagelijks rust te nemen.

Wat verwachten we van de cliënt tijdens dit onderdeel:

- dagelijks een tevreden en ontevreden opschrijven,
- het uitvoeren van de weekopdracht,
- actieve inbreng en uitwerking van de tevreden/ontevreden- en de weekopdracht,
- actieve deelname binnen de groep.

Tijdens dit onderdeel vindt er veel interactie plaats: cliënten ervaren veel herkenning bij elkaar, bevragen elkaar, denken met elkaar mee en geven adviezen. Cliënten voelen doorgaans feilloos aan wat er bij de ander speelt. Opvallend is dat ze dit minder of soms nauwelijks bij zichzelf kunnen. In tevreden/ontevreden wordt aan de taak gewerkt door gebruik te maken van gestructureerde vormen van interactie. Cliënten geven elkaar feedback aan de hand van de inbreng van de cliënt die op dat moment inbreng heeft en de groepsleden helpen elkaar om een weekdoel vast te stellen.

*Bij Barbara viel in de eerste periode van dit onderdeel op dat haar lijst van zaken waar ze ontevreden over is zeer lang is en dat ze nauwelijks iets kan benoemen waar ze*

*tevreden over is. Hierin lijkt soms de kritische stem van haar moeder door te klinken. Aanvankelijk ligt de nadruk vooral op de balans tussen in- en ontspanning.*

*Ontspanning hangt voor haar nauw samen met uitvalsverschijnselen. Juist op momenten van lichamelijke rust (bijvoorbeeld in bed liggen of het zitten tijdens een kerkdienst) resulteert bij haar in uitvalsverschijnselen. Het wordt duidelijk dat ze om uitvalsverschijnselen te vermijden een hoog activiteitsniveau nastreeft. Door dagelijks tijd voor zichzelf vrij te maken en te onderzoeken wat er aan de klachten voorafgaat, leidt dit uiteindelijk tot momenten waarvan ze ook voelbaar kan genieten, zonder uitvalsverschijnselen. Een hoogtepunt is geweest dat ze vertelt dat ze met haar jongste zoon was gaan fietsen en gestopt was bij een speeltuintje, waar ze heeft zitten kijken hoe haar zoon speelde en hoe bijzonder het voor haar was om hier van te kunnen genieten. Trots en verwondering leken haar ervaring te kleuren. Ze kan dit moment ervaren zonder hier kritiek op te leveren, zonder iets van zichzelf te moeten en zonder klachten te krijgen.*

#### *Beeldende therapie*

In de eendaagse groep is de beeldende therapie een ervaringsgerichte, steunende en soms inzichtgevende therapie. Er wordt afwisselend gewerkt met groeps- en individuele opdrachten, afhankelijk van de fase waarin de groep zich bevindt en de thema's die spelen. Beeldende therapie wordt aangeboden met als doel op emotioneel, cognitief, sociaal of lichamelijk gebied een

wenselijke verandering, ontwikkeling, stabilisatie of acceptatie bij de cliënt te bewerkstelligen.

Het proces van beeldend vormen (schilderen, tekenen, kleien etc.) en de tastbare producten die hier uit voort komen, worden gehanteerd als middel binnen de therapeutische relatie (Schweizer, 2009). In de groep wordt zowel over als via het werk contact gemaakt, maar het accent in de eendaagse groep ligt op het contact over het werk. Beeldende werken zijn het voornaamste middel om ervaringen op te doen, adequate uitdrukkingvormen hiervoor te vinden en hierover in gesprek te gaan met de andere groepsleden.

Thema's die regelmatig voorkomen zijn het onderzoeken of ontdekken van eigen identiteit, rollen en patronen, ruimte innemen, gevoel en verstand, samenwerken, grenzen en begrenzen. Er worden afwisselend individueel gerichte werkvormen en samenwerkingswerkvormen aangeboden. Cliënten kunnen elkaar bijvoorbeeld beïnvloeden, van elkaar leren en verschil in eigenheid ontdekken.

In samenwerkingsopdrachten werken de groepsleden aan een gezamenlijk werkstuk. Hierbij komen verschillende aspecten van samenwerking aan de orde zoals: overleggen, wie wil wat, leiding nemen. Doel van deze werkvorm is om inzicht te krijgen in het eigen gedrag in de samenwerking.

Er wordt tijdens beeldende therapie op verschillende wijzen gebruikgemaakt van de groepsdynamiek. Bij individuele opdrachten ligt het accent meer op het parallel uitvoeren van een individuele taak.



Bij de nabespreking wordt dan door middel van een rondje op een gestructureerde manier gebruikgemaakt van de groepsdynamiek. Bij samenwerkingsopdrachten is de interactie relatief meer ongestructureerd, aangezien het dan de taak is om beeldend spontaan op elkaar te reageren. Alle opdrachten worden nabesproken. Tijdens de nabespreking van de werkstukken nemen de cliënten actief deel aan het bespreken van het eigen werkstuk en geven zij feedback aan elkaar. Zo kunnen ze meer zicht krijgen op hun eigen functioneren en patronen, zowel in de groep als in overige situaties. Dit komt overeen met het analoge procesmodel van Smeijsters (2008).

*Bij beeldende therapie valt bij Barbara op dat ze zich goed creatief kan uitdrukken. In het begin heeft ze veel weerstand tegen groepsopdrachten: 'ik heb genoeg aan mezelf en ik wil niet ook nog bij anderen stil staan.' Desondanks nam ze in de groep vaak een leidende, sturende rol en investeerde ze dus veel. Cliënte was zich hier niet van bewust, maar het werd zichtbaar in het materiaal. Halverwege haar behandeling blokkeert cliënte regelmatig tijdens beeldende therapie. Ze kan dan niet meer praten en niet meer handelen. Hierover reflecterend ontdekt ze, via het contact met het materiaal, dat het in stilte werken haar in contact brengt met 'diepere emotionele lagen van zichzelf'. Ze komt meer in contact met zichzelf. In de laatste fase van de behandeling kan cliënte zonder blokkades participeren.*

### *PMT/PSF*

Dit onderdeel wordt gegeven door de psychomotorisch therapeut en de psychosomatisch therapeut samen. Kort samengevat is één van de belangrijkste overeenkomsten tussen PMT en PSF de aandacht voor de samenhang tussen lichaam, gedachten, gevoel en gedrag. Een belangrijk verschil tussen beide disciplines is dat de PSF zich meer richt op het functioneren van het lichaam als bewegingsapparaat op functie-, activiteiten- en participatieniveau en de PMT meer op het intentionele gedrag dat iemand met het lichaam vertoont, alsmede hoe dit beleefd wordt.

In het groepsprogramma wordt doorgaans het eerste halfuur van het gezamenlijk uur aan PMT besteed en het tweede halfuur aan PSF.

Een belangrijk doel van PMT is dat cliënten hun lichaamsbewustzijn uitbreiden en hun lichaamssignalen leren (h)erkennen. Het kan gaan om verschillende fysieke sensaties, vage onrustgevoelens, andere (emotionele) gevoelens of gewaarwordingen, inclusief de klachten. In het PMT-deel vindt daarom meestal een lichaamswaarneming plaats, of een aandachts- of ontspanningsoefening. Soms gebeurt dit juist met een (in)spanningsoefening (in actie of fysieke nabijheid) om cliënten andere signalen te laten ervaren dan ze doorgaans ervaren. Of er wordt onderzocht wat het afleiden van de aandacht voor het lichaam en de klachten kan doen.

Ervaringen en werkvormen worden altijd nabesproken, waarbij de therapeuten ook hun observaties of indrukken kunnen terug-

geven, omdat dit past bij mentaliserend werken. Het streven is dat een cliënt minimaal één lichaamswaarnemingsoefening en één ontspanningsoefening aanleert die ook buiten de therapie ingezet kan worden.

De PSF neemt de psychosomatische educatie voor haar rekening. De cliënt krijgt uitleg over de wisselwerking tussen denken, voelen, doen en het lichaam. Daarnaast wordt uitgelegd hoe klachten kunnen ontstaan of in stand kunnen blijven. Ook wordt uitleg gegeven over de invloed van stress en trauma's op het lichaam. Van belang is dat de cliënt zelf gaat ontdekken hoe dat bij hemzelf werkt. Hierbij wordt zowel gezocht naar (fysieke) kwetsbaarheden in aanleg, de ontstaansgeschiedenis van klachten, als naar factoren die de lichamelijke klachten in stand houden. Cliënten krijgen handvatten om hun ervaringen en nieuwe inzichten in stappen aan te gaan. Middels huiswerkopdrachten en uitwisseling in de groep is er aandacht voor zowel de individuele problematiek als algemene groeps-onderwerpen die met OLK te maken hebben.

Als cliënten beter in staat zijn om te begrijpen wat zich in hun lichaam afspeelt, kunnen ze hun lichaamsignalen en de daaraan verleende betekenis beter gebruiken bij het maken van keuzes. Bijvoorbeeld aangaande het maken van een verdeling tussen rust en activiteit, of in opkomen voor zichzelf. Omdat zij andere keuzes kunnen gaan maken, verandert hun gedrag mee. Dit levert vaak weer stof tot gesprek en uitwisseling op, met ruimte

voor herkenning, steun en confrontatie, ook in dit onderdeel.

Het streven van PMT/PSF is dat de cliënt de eigen onverklaarde klacht(en) gaat begrijpen en met behulp van de verworven oefeningen, handvatten en kennis komt tot een andere, klachtverlichtende manier van functioneren.

Tijdens dit onderdeel wordt afwisselend gewerkt met de groepsdynamiek. Er zijn momenten waarin het accent van de interactie vooral ligt tussen de groepsleider en de hele groep, bijvoorbeeld als er uitleg wordt gegeven over het psychosomatisch werkingsmechanisme. Ook wordt gewerkt met gestructureerde vormen van interactie, bijvoorbeeld bij de nabespreking van een aandachtsoefening.

*Barbara krijgt tijdens dit onderdeel meer kennis over en inzicht in haar lichamelijke klachten, wat haar meer rust geeft. De klachten worden hierdoor ook milder, de aanvallen minder hevig en cliënte herstelt sneller. Cliënte is óf actief met een lichamelijke hyperarousel-reactie óf in rust juist inactief met lichamenlijk hypoarousel hetgeen zich bij haar uit door uitvalsverschijnselen en soms wegrakingen. Cliënte leert de signalen van hyper- of hypoarousel bij zichzelf herkennen waardoor ze tijdig haar maatregelen kan nemen en zodoende uitval kan voorkomen. Cliënte voelt wel meer pijn of ongemak als ze haar aandacht op haar lichaam richt. Later kan ze hier meer betekenis aan verbinden en dingen doen of laten om klachten te verminderen of ze kan*

*negatieve lichamelijke sensaties beter verdragen en raakt er minder door overspoeld. Ze ontdekt dat als ze vochtophopingen in haar benen krijgt, er vaak ook emoties (verdriet) spelen die ze binnenhoudt. Ze leert meer aandacht te schenken aan haar binnengehouden verdriet (doel 1). Ook tijdens het onderdeel zelf zoekt cliënte meer rustmomenten op (doel 2). Cliënte doorziet haar van jongs af aan opgebouwde patroon om er voor anderen te zijn en zichzelf weg te cijferen beter en begrijpt hoe dit uiteindelijk negatief uitpakt voor haar eigenwaarde. In de zaal is zij toch in staat om een keer een fijne en veilige plek te maken, liggend op de grond met dekens en kussens, terwijl anderen actiever zijn en ze het appèl van met hun meedoen ook wel voelt. Maar toch blijft ze lekker liggen en laat ze de boel de boel. Doordat ze meer rust en tijd voor zichzelf heeft leren nemen, heeft ze een positiever gevoel over zichzelf gekregen en zijn haar sociale contacten ook beter geworden (doel 3).*

### *Groepspsychotherapie*

De groepspsychotherapie is een open en vrij onderdeel, waarin cliënten uitgenodigd worden iets vanuit zichzelf te zeggen. In dit onderdeel maken we gebruik wat Berk (2005) ‘de oppervlaktehouding’ noemt en De Haas (2010) omschrijft als ‘het ontvangen met stilte’. Als therapeuten stellen we ons uitnodigend maar afwachtend op en geven we ruimte aan wat er binnen leden uit de groep leeft. Onze ervaring is dat dit door veel cliënten lastig wordt gevonden en voor innerlijke onrust zorgt. Opvallend is dat er

een neiging bestaat deze onrust om te zetten in actie: het gezellig houden door op een keuvelende manier te praten, de groepstherapeut uit te nodigen meer structuur te bieden of het maken van onderlinge afspraken vooraf om een thema vast te leggen zijn hier voorbeelden van. Cliënten nodigen de therapeuten uit om zich meer deskundig op te stellen en vinden het lastig om zich te verhouden tot een niet-wetende houding. We gebruiken onze houding in de groep ook als model van de niet-wetende houding die past bij het bevorderen van mentaliserend vermogen (Allen e.a., 2008). In dit onderdeel werken we vanuit het hier-en-nu, waarbij we vragen stellen over lichamelijke uitingen van (mogelijk) ongementaliseerde affecten. Naast het werken vanuit het hier-en-nu zoeken cliënten naar leerervaringen vanuit hun levensgeschiedenis die samenhangen met de manier waarop ze hun klachten beleven en hanteren.

Voor cliënten met somatoforme stoornissen lijkt het lastig om te differentiëren. De groep kent vaak een sterke interpersoonlijke cohesie. Men benadrukt de overeenkomsten, hoe prettig het met gelijkgestemden in de groep is. Ondanks dat dit tevens een werkzame factor is binnen de groep, zien we bij onze doelgroep relatief vaak dat de spanning in de groep laag wordt gehouden door elkaar ‘helemaal’ te begrijpen waardoor er sprake lijkt van cohesie, maar onderliggend worden confrontaties en meer intiem contact vermeden. Dit kan worden gezien als een vorm van egoregressie, waarbij sprake

is van een beweging van het gedifferentieerde en geïndividualiseerde in de richting van het minder gedifferentieerde en minder geïndividualiseerde (Berk, 2005).

Door verschillen tussen groepsleden op te zoeken, te benoemen en te valideren, roepen therapeuten nogal eens de ergernis op van groepsleden. De therapeuten worden dan ervaren als te weinig sensitief en te kritisch. Het vergt een actieve houding van de therapeuten om deze gevoelens naar zich toe te halen en te verdragen, waarna er vaak meer ruimte ontstaat om binnen de groep te differentiëren. Door transparant te zijn modelleren de therapeuten tevens dat ook in hen ervaringen en intenties bestaan, waarover zij met de groep en de groepsleden communiceren.

In de groepspsychotherapie kunnen thema's die in andere onderdelen aan bod komen verder worden uitgewerkt. Dit kan individueel zijn, maar ook interpersoonlijk. Voorbeelden hiervan zijn dat groepsleden tijdens de groepspsychotherapie onderzoeken waarom het steeds maar niet lukt om aan een weekdoel van tevreden/ontevreden te werken of waarom er spanning was tussen cliënten in het uitvoeren van een samenwerkingsopdracht bij beeldende therapie.

De interactie in de groepspsychotherapie is vrij en ongestructureerd. In ons werk met deze doelgroep valt ons op dat cliënten sterk op zoek zijn naar houvast en ze er ook toe neigen deze houvast te zoeken door therapeuten vragen te stellen. Door deze vragen niet te beantwoorden en te verbreden naar de groep proberen we aandacht

voor mentale processen van de groepsleden zelf en de ander te stimuleren.

*Bij de groepspsychotherapie viel bij Barbara op dat ze vaak actief is en inbreng heeft, ook door op anderen te reageren. Ze stelt zich steunend en kritisch onderzoekend tegenover andere groepsleden, ze kan soms de rol van co-therapeut op zich nemen. Net als in het dagelijks leven, richt ze haar aandacht op anderen en vraagt ze weinig aandacht voor zichzelf. Hiermee is cliënte meerdere keren geconfronteerd. Geleidelijk aan vraagt ze meer ruimte voor zichzelf. Op momenten dat ze vertelt, gaat het ogenschijnlijk vaak goed met haar, maar achteraf krijgt ze vaak uitvalverschijnselen (bijvoorbeeld als haar beurt voorbij is of na de zitting). Toen we dit opgemerkt hadden, hebben we haar ook vaker tussentijds stil laten staan bij haar lichaam om binnen de grenzen van haar belastbaarheid te blijven (window of tolerance). Als we lichaamssignalen bij haar waarnemen, spiegelen we deze door te benoemen wat ze bij haar zien en vragen haar of ze dit zelf ook gewaar is. Als ze iets moeilijk lijkt te vinden en ze gespannen raakt, maakt ze bijvoorbeeld vaak bewegingen met haar voeten die op ons overkomen als een loopbeweging. Cliënte is zich hier niet van gewaar en gaandeweg komt ze tot de ontdekking dat het voor haar een teken is dat dit gebeurt als ze bij iets moeilijks stil staat en een neiging heeft er voor weg te lopen of er overheen te stappen. Een andere opvallende gebeurtenis was dat cliënte vraagt of de ramen*

*dicht mogen en enige tijd later iets negatiefs over haar moeder vertelt, met wie ze een gecompliceerde relatie heeft. Ze heeft zelf aanvankelijk niet door dat ze vanuit loyaliteit moeite heeft om haar geluid naar buiten te brengen en bijna bang is dat moeder het zou kunnen horen.*

#### *Evaluatie*

Cliënten bereiden hun evaluatie voor door een standaardvragenlijst te beantwoorden aan de hand van hun doelen. De doelen worden in overleg met cliënten geformuleerd tijdens de eerste weken in de groep. De evaluatie wordt beurtelings gedaan. Op deze manier blijven de cliënten op de hoogte van elkaars doelen en vorderingen.

*Barbara laat na de behandeling een aanzienlijke klachtenreductie zien, maar is niet klachtenvrij. De klachten komen in frequentie minder voor en ze herstelt sneller. Als ze zich ontspant, leidt dit minder vaak tot aanvalsverschijnselen. Ondanks dat de zorg voor haar kinderen veel ruimte in beslag neemt, maakt ze in het dagelijkse leven meer ruimte voor zichzelf en kiest ze vaker momenten uit waarop ze iets voor zichzelf kan doen. Ze heeft een positiever gevoel over zichzelf.*

#### **Tot slot**

Omdat veel cliënten moeite hebben om ervaringen te integreren, is het van groot belang dat wij als team de verbinding vasthouden en zodoende een holding environment bieden. Tussen elk onderdeel door

dragen we informatie met betrekking tot de cliënten en de groep met het gehele team over, zodat iedere therapeut op de hoogte is wat er bij cliënten leeft. Ervaringen die cliënten in het ene onderdeel hebben opgedaan kunnen hierdoor verbonden worden aan elders opgedane ervaringen (zowel binnen de behandeling als daarbuiten). Ook komt het voor dat we werkvormen kiezen die op dat moment goed aansluiten bij wat er in de groep of bij groepsleden speelt.

In ons werk met deze doelgroep dienen we ons bewust te zijn van onze eigen lichamelijke en emotionele reacties, juist omdat het ervaringsaspect bij deze cliënten vaker ontoegankelijk is. Daarnaast is het belangrijk om cliënten steeds weer te verbinden aan de taak van de groep. Al tijdens de intakefase wordt met cliënten uitgebreid gesproken over de taak van de groep en wat we van cliënten verwachten. Bij de start van nieuwe groepsleden wordt per onderdeel een introductie gegeven aan de hand van de taak van de groep, waarin de taak steeds opnieuw wordt uitgelegd. Senior groepsleden kunnen vaak ook heel goed uitleggen aan startende cliënten wat de taak van de groep is en wat er van ze verwacht wordt. De somatische verklaringen die cliënten vaak zelf geven keren desondanks regelmatig terug in de verschillende onderdelen van het programma. Ondanks dat in de intakefase expliciet wordt vermeld dat er niet fysiek getraind wordt, komen cliënten vaak toch de groep binnen met het idee dat de behandeling meer om een soort fysieke revalidatie gaat.

De neiging van cliënten om te zoeken naar

somatische verklaringen vraagt van ons dat wij steeds weer teruggrijpen op de samenhang tussen lichaam en geest, waarbij wij zowel de psychologische als fysieke én mogelijk medische aspecten in de gaten houden.

## Literatuur

Allen, J.G., Fonagy, P. & Bateman, A. W. (2008). *Mentalizing in Clinical Practice*. Washington DC: American Psychiatric Publishing.

American Psychiatric Association (1995). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, fourth edition, international version. Washington DC: American Psychiatric Association.

Berk, T.J.C. (2005). *Leerboek Groepspsychotherapie*. Utrecht: De Tijdstroom.

Haas, W. de (2010). *Groepsbegeleiding en groepsbehandeling in de gezondheidszorg*. Amsterdam: Uitgeverij Nelissen.

Haeyen, S. (2007). *Niet uitleven maar beleven. Beeldende therapie bij persoonlijkheidsproblematiek*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Krystal, H. (1997). Desomatization and the consequence of infantile psychic trauma. *Psychoanalytic Inquiry*, 17, pp. 126-150.

Lane, R.D. (2008). Neural substrates of implicit and explicit emotional processes: a unifying framework for psychosomatic medicine. *Psychosomatic medicine*, 70, pp. 214-231.

Lipowski, Z.J. (1987). Somatization: the experience and communication of psychological distress as somatic symptoms. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 47, pp. 160-167.

- Moene, F.C. & Rümke, M. (2004). *Behandeling van de conversiestoornis*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Noyes, R. Jr., Langbehn, D.R., Happel, R.L., Stout, L.R., Muller, B.A. & Longley, S.L. (2001). Personality dysfunction among somatizing patients. *Psychosomatics*, 42, pp. 320-329.
- Schweizer, C. (2009). *Uit de verf. Handboek beeldende therapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Schweizer, C. (2001). *In Beeld. Doelgerichte behandelmethoden van beeldende therapeuten*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Shedler, J., Mayman, M. & Manis, M. (1993). The illusion of mental health. *American Psychologist*, 48, pp. 1117-1131.
- Smeijsters, H. (2008). *Handboek creatieve therapie*. Bussum: Coutinho
- Spaans, J.A., Veselka, L., Luyten, P. & Bühring, M.E.F. (2009). Lichamelijke aspecten van mentalisatie; therapeutische focus bij ernstige onverklaarde lichamelijke klachten. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 51, pp. 239-248.
- Subic-Wrana, C., Bruder, S., Thomas, W., Lane R.D. & Köhle, K. (2005). Emotional awareness deficits in inpatients of a psychosomatic ward: a comparison of two different measures of alexithymia. *Psychosomatic medicine*, 67, pp. 483-489.
- Subic-Wrana, C., Beutel, M.E., Knebel, A. & Lane, R.D. (2010). Theory of mind and emotional awareness deficits in patients with somatoform disorders. *Psychosomatic medicine*, 72, pp. 404-411.
- Van Dijke, A., Van der Hart, O., Ford, J.D., Van Son, M.J.M., Van der Heijden, P.G.M. & Bühring, M. (2010). Affect dysregulation and dissociation in borderline personality disorder and somatoform disorder: Differentiating inhibitory and excitatory experiencing states. *Journal of Trauma and Dissociation*, 11, pp. 424-443.
- Waller, E. & Scheidt, C.E. (2006). Somatoform disorders as disorders of affect regulation: a developmental perspective. *International Review of Psychiatry*, 18, pp. 13-24.
- Wineke, J. Eurelings-Bontekoe, E.H.M., Suanet, I., Moene, F.C. & Van Gool (submitted). Do patients with somatoform disorder present with illusory mental health?