

Psychomotorische therapie en cognitieve gedragstherapie

Een behandelmodule voor ouderen met onverklaarde lichamelijke klachten

Hoofdpijn, duizeligheid, vermoeidheid of buikpijn zonder een medische verklaring voor de klachten. De moedeloosheid overheerst en er is veel onbegrip vanuit je omgeving. Je hele leven staat in het teken van de lichamelijke pijnklachten waar alsmaar geen verklaring voor gevonden kan worden.

In dit artikel ...

- ... een beschrijving van een behandelmodule voor ouderen met onverklaarde lichamelijke klachten;
- ... de inzet van het gevolgenmodel in de cognitieve gedragstherapie;
- ... de verbinding tussen psychomotorische therapie en cognitieve therapie.

Inleiding

Het bovenstaande voorbeeld illustreert hoe cliënten met onverklaarde lichamelijke klachten zich kunnen voelen. Ze zijn vaak wanhopig en ten einde raad. Artsen hebben geen oplossing meer voor ze en uiteindelijk kan de cliënt in een vicieuze cirkel belanden. Om die cirkel te doorbreken blijft deze groep keer op keer een arts raadplegen voor nieuw onderzoek, met opnieuw de teleurstelling en weer geen verklaring voor hun pijnklachten. Toch is het niet zo uitzichtloos als het lijkt en zijn er mogelijkheden. Uit onderzoek is namelijk gebleken dat cognitieve gedragstherapie een uitkomst kan bieden (Buehring & Spaans, 2008; Van Houdenhove, 2001; Van 't Land & De Ruiter, 2005; Van Megchelen, 1995; Van Rood & Visser, 2003). In dit artikel wordt een behandelmodule beschreven voor ouderen met onverklaarde lichamelijke klachten. In deze module wordt gebruik gemaakt van twee groepstherapievormen: psychomotorische therapie en gesprekstherapie. Er wordt in dit artikel aangegeven hoe de psychomotorische therapie toegepast wordt en van waarde is binnen een groepsbehandeling voor cliënten van 65 jaar en ouder met onverklaarde lichamelijke klachten.

Doelgroep

De module is gericht op cliënten van 65 jaar en ouder, die met lichamelijke klachten bij de huisarts komen. Voor

deze klachten is geen lichamelijke oorzaak gevonden of de lichamelijke afwijkingen die worden gevonden passen niet bij de mate waarin de klacht wordt ervaren. Na aanmelding door de huisarts volgt er een onderzoek door drie specialisten: een klinisch geriater, een psychiater en een psycholoog.

Aanleiding van dit artikel

RCG Nijmegen (onderdeel van ProPersona) en het UMC St. Radboud hebben een aantal jaar geleden een speciale polikliniek geopend voor ouderen met angst- en stemmingsstoornissen en onverklaarde lichamelijke klachten, Mentalis genaamd. In 2007 is Mentalis een eerste pilotgroep gestart, waarin onderzocht werd of het protocol van Speckens et al. (1996) ook toepasbaar is bij ouderen met onverklaarde lichamelijke klachten. Mentalis veronderstelde dat de behandeling van ouderen om aanpassingen vraagt. Daarom is het protocol aangepast ten opzichte van het bestaande protocol. De taal is vereenvoudigd, er werd minder huiswerk gegeven en meer herhaald. De thema's zijn aangepast en er is psychomotorische therapie aan de behandeling toegevoegd.

Uit de resultaten van die pilotstudie kwam naar voren dat de last die de cliënten ervaarden van hun lichamelijke klacht(en) verminderd was. Ook was er een verbetering op het gebied van het psychisch functioneren en van het niveau van alledaags functioneren (Van Driel et al., 2007). We kunnen hier echter alleen van tendensen spreken, aangezien de pilotgroep een te kleine groep was om het effect significant aan te tonen. Naar aanleiding van de positieve resultaten van de eerste pilotgroep is Mentalis verder gegaan met nieuwe groepen en inmiddels is de behandeling voor ouderen met onverklaarde lichamelijke klachten een gestandaardiseerde behandeling waarin psychomotorische therapie en cognitieve gedragstherapie samenkomen.

Onverklaarde lichamelijke klachten

We spreken van onverklaarde lichamelijke klachten als een cliënt klachten heeft waar geen somatische oorzaak voor gevonden kan worden, welke ook niet te verklaren zijn door het gebruik van middelen of toe te schrijven zijn aan een psychiatrische stoornis, zoals ernstige depressies, cognitieve stoornissen en/ of psychotische stoornissen die langdurig aanwezig zijn.

De klachten kunnen sterk verschillen. De meest voorkomende klachten zijn: gewrichtsklachten, rugpijn, hoofdpijn, vermoeidheid, pijn in de borst, pijn in de armen of benen, buikpijn en duizeligheid. Daarnaast kan het bij onverklaarde lichamelijke klachten ook zijn dat er wel een somatische oorzaak is, maar dat de ernst van de klacht zodanig is dat het niet overeenstemt met de gevonden somatische oorzaak (Van Driel et al., 2007; Rood & Visser, 2003; Van der Gulden,

2006; Oude Voshaar et al., 2008; Trimbos Instituut, 2009). Huisartsen en medici krijgen vaak te maken met cliënten met onverklaarde lichamelijke klachten en regelmatig moeten zij die cliënten vertellen dat ze niet weten waar de klachten vandaan komen en dat ze ook niets meer te bieden hebben. Cliënten met onverklaarde lichamelijke klachten hebben daardoor vaak het gevoel dat ze niet begrepen worden. De pijnklacht moet een reden hebben: ze zijn toch niet gek! Ze willen dat er een oorzaak wordt gevonden voor hun klacht en daarom blijven ze zoeken binnen het medische circuit. Vaak weten deskundigen niet wat ze met deze cliënten aan moeten. De cliënten belanden in een vicieuze cirkel, met als gevolg dat de cliënt niet meer de deur uitgaat uit angst iemand tegen te komen en weer te moeten vertellen dat het niet goed met ze gaat.

Ouderen met onverklaarde lichamelijke klachten

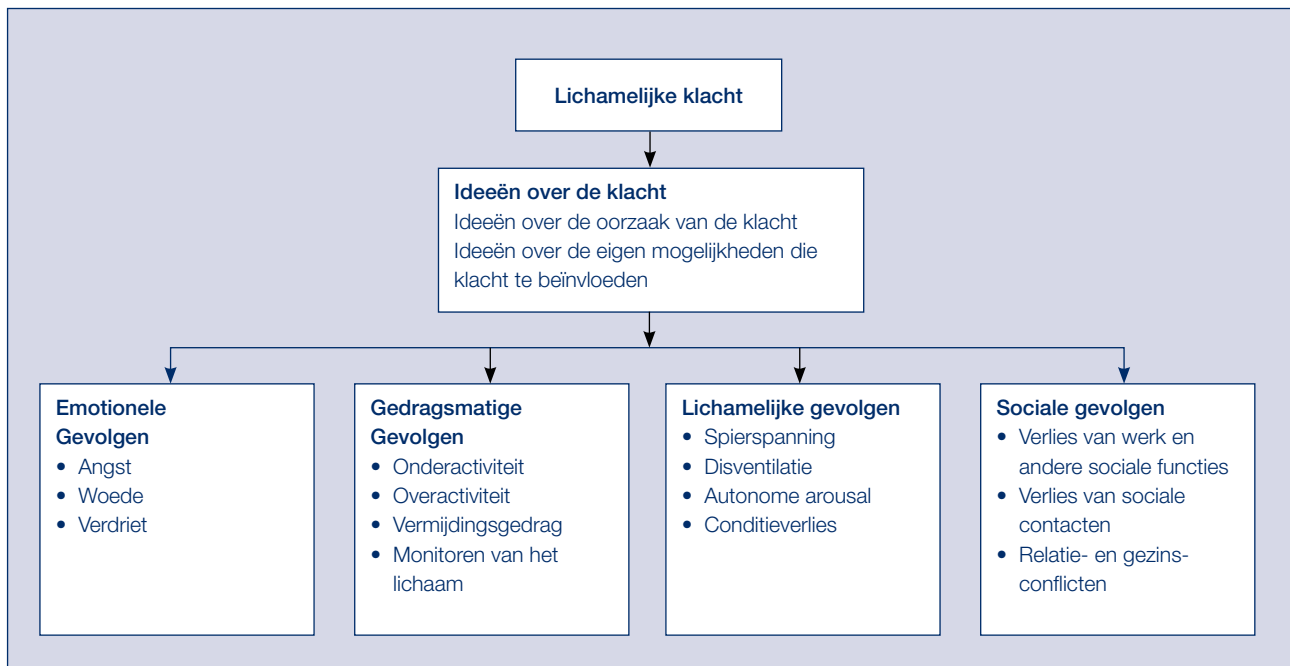
Ouderen bevinden zich in een levensfase waarin verschillende verouderingsprocessen plaatsvinden en dit heeft zo zijn gevolgen op lichamelijk, intellectueel, sociaal en psychisch gebied. Het risico op verschillende somatische aandoeningen, zoals hart- en vaatziekte, reuma, diabetes en gewrichtsklachten, neemt toe. Kennissen, vrienden of familie komen te overlijden, dus het sociale netwerk wordt klein (Hazelhof & Verdonschot, 2000).

De verouderingsprocessen maken de diagnostiek bij ouderen complex. De kans dat een klacht daadwerkelijk een somatische oorzaak heeft is groot. Ook is het lastig om de symptomen bij ouderen aan de juiste aandoening te koppelen, vanwege comorbiditeit van acute en chronische ziekten. Bepaalde symptomen kunnen bijvoorbeeld bij een aandoening uitblijven, terwijl die aandoening er wel is (Van Driel et al., 2007; Slaets & Vanvuchelen, 2003; Oude Voshaar et al., 2008).

Ouderen krijgen de taak zich aan te passen aan die verouderingsprocessen. Om zich aan te kunnen passen zal er een vorm van adaptatie moeten plaatsvinden. Hoe dit adaptatieproces verloopt, is per persoon verschillend en heeft te maken met de copingstrategieën van die persoon. De copingstrategieën bepalen of iemand een lichamelijke klacht bagatelliseert of juist vergroot en er mee naar de huisarts gaat (Slaets & Vanvuchelen, 2003).

Ouderen met onverklaarde lichamelijke klachten trekken zich vaak terug in hun eigen wereld. Ze zijn vooral bezig met hun eigen lichaam en komen terecht in een sociaal isolement. Ze vinden het moeilijk om hun emoties te verwoorden. Ze worden regelmatig als egocentrisch en manipulatief ervaren.

Over de prevalentie en behandeling van ouderen met onverklaarde lichamelijke klachten is nog weinig bekend. Kennis hierover wordt steeds belangrijker. Het aantal ouderen in de Nederlandse bevolking is namelijk aan het stijgen van



Afbeelding 1: Het gevolgenmodel.

14% in 2005 naar 21% in 2025 (Blokstra & Verschuren, 2007). Deze toename gaat gepaard met meer zorgvraag en zorgkosten.

Cognitieve gedragstherapie

De behandelmodule is onder andere gebaseerd op cognitieve gedragstherapie. Binnen de cognitieve gedragstherapie gaat men ervan uit dat een stoornis een denk- en gedragsprobleem is. De therapie richt zich daarom op het veranderen van het denken en op het aanleren en stimuleren van nieuw gedrag. Binnen de cognitieve gedragstherapie wordt veel tijd besteed aan het in kaart brengen van het probleem. Er wordt gekeken naar de factoren die het probleem veroorzaken en in stand houden. Aan de hand van die analyse kan er gezocht worden naar effectieve interventies, waarbij gebruik wordt gemaakt van het gevolgenmodel (Loew, 2000; Van Rood & Visser, 2003).

Het gevolgenmodel

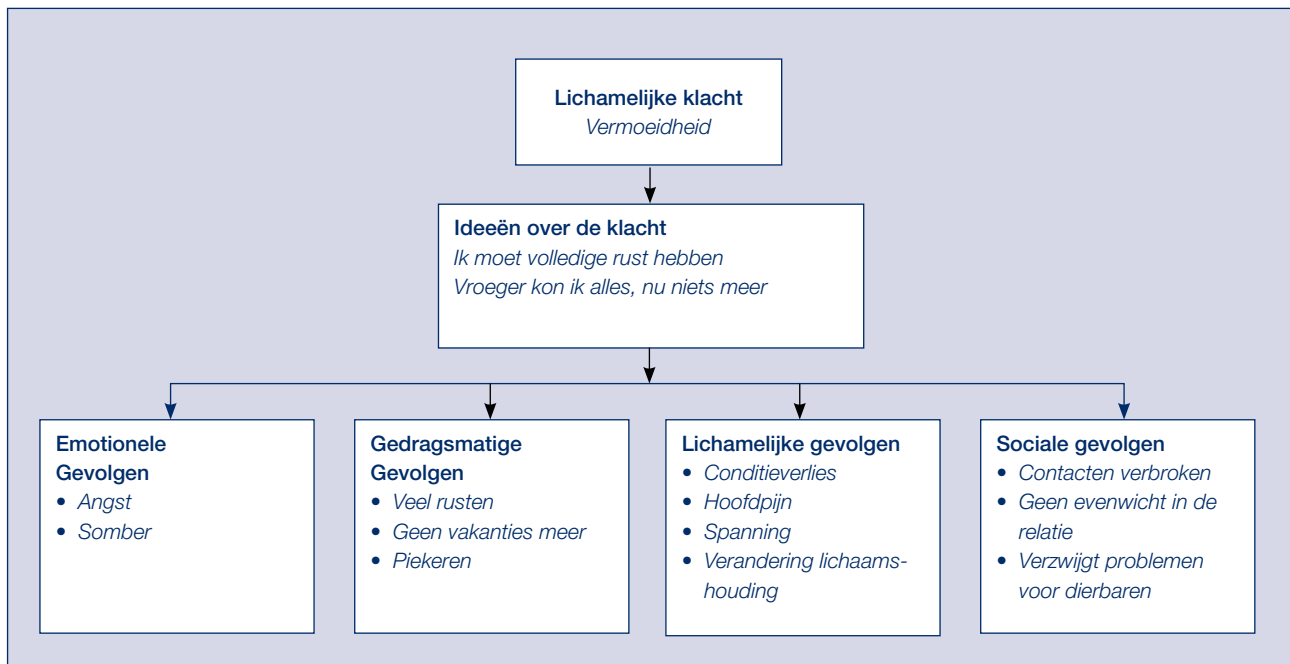
Allereerst worden in het gevolgenmodel de ideeën die een cliënt over de klacht heeft in kaart gebracht. Er wordt gekeken naar niet-helpende cognities (over ziekte en gezondheid) en kerngedachten (reactie op de klacht). Een cliënt kan bijvoorbeeld het idee hebben dat wanneer je hart sneller gaat kloppen, je een hartinfarct krijgt (niet-helpende cognitie). Vervolgens denkt hij automatisch: "Oh nee, ik ben in gevaar" (kerngedachte). De drie meest voorkomende kerngedachten bij cliënten met onverklaarde lichamelijke klachten zijn de niet accepterende ("Ik wil dit niet."), de catastroferende ("Ik ben in gevaar.") en de defaitisti-

sche gedachten ("Ik word nooit beter."). Deze gedachten over de klacht bepalen voor een groot deel de gevolgen en kunnen leiden tot een vicieuze cirkel. De angst voor lichamelijke ziekten kan zorgen voor hartkloppingen en transpireren. De persoon wordt daardoor minder actief, de conditie neemt af en er ontstaan sneller hartkloppingen en hij gaat meer transpireren (Bouman & Visser, 1998; Loew, 2000). Die niet-helpende cognities, kerngedachten en de gevolgen daarvan vormen samen de in stand houdende factoren.

In het gevolgenmodel wordt een onderscheid gemaakt tussen de emotionele, gedragsmatige, lichamelijke en sociale gevolgen (Van Rood & Visser, 2003; Speckens et al., 1996). Dit is te zien in afbeelding 1.

Psychomotorische therapie

Psychomotorische therapie is binnen de behandelmodule een essentieel onderdeel. Het onderscheidt zich van de gesprekstherapie door het experimentele karakter en de lichamelijke ervaring. De non-verbale interventies die bij de psychomotorische therapie ingezet worden hebben grote kracht omdat ze voor een groot deel aan de rationaliteit van de cliënt voorbij gaan (Emck & Bosscher, 2005). Het doel van psychomotorische therapie binnen deze behandeling is om in een veilige setting met nieuw gedrag te experimenteren, voordat cliënten thuis gaan oefenen (Van Driel et al., 2007). Er wordt echter niet alleen geëxperimenteerd met nieuw gedrag, maar er wordt ook gewerkt aan bewustwording van het eigen gedrag. De emotionele, gedragsmatige, lichamelijke en sociale gevolgen die cliënten



Afbeelding 2: Ingevuld gevolgenmodel bij de casus.

met onverklaarde lichamelijke klachten ervaren, komen tijdens de psychomotorische therapie tot uiting en worden in de thuissituatie geoefend.

Zo kan een cliënt met de kerngedachte 'Ik wil die pijn niet' zijn lichaamssignalen negeren, met als gevolg dat hij zichzelf gaat overvragen en geen rekening houdt met wat zijn lichaam werkelijk aan kan. Daardoor ervaart hij nog meer last van de klacht en het gedragspatroon blijft bestaan. De vicieuze cirkel is een feit. Vaak zijn cliënten zich niet bewust van deze in stand houdende factoren. Binnen de psychomotorische therapie worden ze hier bewust van gemaakt en leren ze hier stapsgewijs in te veranderen.

Casus bij afbeelding 2.

Een cliënte heeft de neiging om voor elke oefening aan te geven dat zij niet mee kan doen. Haar idee over haar klacht is dat ze volledig rust moet hebben. Op gedragsmatig niveau is te zien dat ze inderdaad veel gaat rusten en gaat piekeren. Door deze negatieve gedachten wil ze de opdracht het liefst vermijden.

Deze cliënte is de jongste uit de groep en dat maakt dat ze zich toch geroepen voelt om mee te doen. Ze wil zich niet laten kennen. Ze ervaart keer op keer dat ze alle opdrachten goed mee kan doen. De vermoeidheid blijft, maar ze ervaart ook dat het niet erger wordt. Door meer stil te staan bij wat ze voelt leert ze langzaam haar grens te gaan verleggen en haar activiteitenpatroon uit te breiden. Ze komt er door mee te doen achter dat ze meer kan dan dat ze denkt. Ze ervaart veel plezier in het bewegend bezig zijn, met als gevolg dat haar actieradius thuis toeneemt.

De indruk is dat alleen gesprekken bij oudere cliënten niet voldoende beklijven. Juist het aan den lijven ondervinden en ervaren van nieuwe inzichten wordt sneller in het geheugen opgenomen. Daarnaast blijkt dat tijdens de psychomotorische therapie de cliënten hun focus onbewust richten op hun omgeving, waardoor ze minder met hun eigen lichamelijke klachten bezig zijn. Hierdoor komen ze tot nieuwe inzichten.

Aangezien de klachten die cliënten ervaren van lichamelijke aard zijn, speelt het lichaam een belangrijke rol. Vaak voelen cliënten geen gezonde lichaamssignalen meer, alleen de allesoverheersende pijnklachten. Ondanks dat de cliënten de lichaamssignalen als negatief ervaren is het belangrijk om stil te staan bij het lichaam en het bewegen en daar ook interventies op te plegen. De cliënten kunnen door middel van de activiteiten positieve bewegings- en/ of lichaamservaringen opdoen (Emck & Bosscher, 2005) en hun grenzen verkennen. Binnen de psychomotorische therapie wordt ook aandacht besteed aan elementen uit de aandachtgerichte cognitieve therapie. Het blijkt dat cognitieve gedragstherapie gecombineerd met aandachtstraining werkt bij cliënten met onverklaarde lichamelijke klachten. Ze leren hierbij om niet alle energie te verspillen aan het gevecht tegen de klachten (Houtveen, 2009).

In het algemeen is het zo dat bewegingsprogramma's in positieve zin bijdragen aan het verminderen van lichamelijke klachten. Bewegen zorgt, naast verbetering van allerlei lichaamsfuncties, voor meer zelfvertrouwen en zelfwaardering en gaat de schadelijke werking van stress tegen (Van der Stel, 2005).

Behandelmodule

De behandelmodule is een groepsbehandeling en wordt aangeboden in de vorm van een cursus van tien bijeenkomsten van drie uur. Om de gesprekstherapie en de psychomotorische therapie goed met elkaar te verbinden is gekozen voor dezelfde werkthema's, aangepast aan de levensfase waarin ouderen verkeren. De thema's die tijdens de groepsgesprekken aan bod komen, worden bij de psychomotorische therapie in de praktijk gebracht. Er wordt na een overdracht van de therapeuten tussen de beide therapiemomenten direct gewerkt met gedragsexperimenten binnen de psychomotorische therapie. Elke week neemt de cliënt een praktische huiswerkopdracht mee naar huis die geformuleerd wordt in de gesprekstherapie en geoefend in het gedragsexperiment binnen de psychomotorische therapie.

Voorbeeld:

Voor een cliënt bleek hulp vragen een belangrijk thema. In de psychomotorische therapie werd er geoefend met hulp vragen bij verschillende evenwichtsoefeningen waarbij de moeilijkheidsgraad steeds meer opliep. De huiswerkopdracht voor die week en door cliënt zelf geformuleerd: hulpvragen bij het op een roltrap stappen.

■ Sessie 1. Kennismaking

Tijdens deze sessie komen de cliënten voor het eerst bij elkaar. Doel voor deze sessie is dat de cliënten kennismaken met elkaar, met de therapeut en met psychomotorische therapie. Er wordt geprobeerd een veilige omgeving en prettige sfeer te creëren. Dit wordt bewerkstelligd door eenvoudige en speelse activiteiten waardoor de cliënten in beweging komen en elkaar kunnen leren kennen. De opdrachten zijn zo gekozen dat er voor de psychomotorisch therapeut observatiegegevens beschikbaar komen, die later in de module belangrijk kunnen zijn.

■ Sessies 2 t/m 4. Herkennen van lichaamssignalen

Voor cliënten met onverklaarde lichamelijke klachten is dit een zeer belangrijk thema. Het moeilijkste is om de verschillende lichaamssignalen te herkennen en van elkaar te onderscheiden. Pijn is het meest gevoelde lichaamssignaal en daarnaast lijkt er weinig ruimte voor de meer positieve lichaamssignalen.

In de verschillende oefenvormen wordt stil gestaan bij het ervaren van de verschillende lichaamssignalen. Er wordt gestart met het leren differentiëren in wat je voelt aan materiaal, aan jezelf en in contact met een ander om daarna meer stil te staan bij de eigen lichaamssignalen. Een belangrijk onderdeel binnen de behandeling in de vierde sessie is de bodyscan uit de aandachtgerichte cognitieve therapie. (Zindel et al., 2004). De bodyscan wordt aangeboden in een

verkorte versie. Dat heeft te maken met de verminderde aandacht- en concentratieboog van de ouderen. Het doel is vooral leren stilstaan bij je eigen lijf, met aandacht voor wat er is, op dat moment, zonder oordeel en zonder iets te veranderen.

■ Sessies 5 en 6. Balans tussen activiteit en rust

Als vervolg op de sessies met het thema herkennen van lichaamssignalen wordt er tijdens deze sessies gekeken naar hoe adequaat er met de lichaamssignalen omgegaan wordt. Kenmerkend voor de cliënten in deze groep is het alles-of-niets-principe. Net zoals bij het thema lichaamssignalen lijkt er weinig nuance mogelijk en is er of overactiviteit of onderactiviteit. Er lijkt geen ruimte voor een middenweg. Door middel van bewegingsopdrachten met nuances in intensiteit wordt geprobeerd de cliënten het verschil te laten ervaren tussen inspanning en ontspanning. Hierbij is er aandacht voor het leren inschatten wat de cliënten aankunnen en wanneer ze rust nodig hebben.

■ Sessies 7 en 8. Hulp leren vragen en om leren gaan met en acceptatie van klachten.

De cliënten zitten in een levensfase waarin leeftijdspecifieke problematiek voorkomt. Een belangrijk thema is dan ook acceptatie van beperkingen en leren omgaan met veranderingen. Hierin is het leren hulp vragen belangrijk. Ervaren dat iets niet meer kan, maar dat het met hulp van een ander of op een eenvoudigere manier wel kan, staat in deze sessies centraal. Het gaat hier om te zoeken naar adequate oplossingen en aanpassingen. Binnen dit thema zie je weer het alles-of-niets-principe terugkomen. Hulp vragen wordt gezien als zeuren en dat doe je toch niet. Vaak gaan cliënten langer door en nemen ze de pijnklachten na afloop op de koop toe. De individuele bewegingsopdrachten worden zodanig gekozen dat cliënten voldoende kunnen experimenteren in het hulp vragen en in het bedenken van oplossingen.

Voorbeeld:

In de kennismakingssessie moeten cliënten samen met een parachutedoek proberen een strandbal het plafond te laten raken. De sessie nadert zijn einde en na herhaalde pogingen is de opdracht niet gelukt. Dit hoeft geen probleem te zijn maar er is één cliënt die niet kan stoppen. Hij kan/ wil de zaal niet verlaten voordat de opdracht is gelukt. Hij kan het doek niet loslaten en wil de opdracht zelfs in zijn eentje blijven proberen. Met humor lukt het de therapeut de cliënt te overtuigen om het doek uiteindelijk los te laten. Een aantal weken later in de sessies 7 en 8 blijkt hoe moeilijk het voor hem is om ergens mee te stoppen wat niet klaar of niet behaald is. Dat blijkt de kern van zijn probleem. Thuis heeft hij veel klussen en dat moet allemaal af, tegen beter weten in. Gaandeweg wordt hem duidelijk dat er

een relatie ligt tussen zijn pijnklachten en zijn niet kunnen stoppen. Terugkijkend naar deze eerste sessie zag hij de overeenkomst en werd hem duidelijk dat het belangrijk voor hem is om daarin te veranderen.

■ Sessie 9. Afsluiting en evaluatie van de psychomotorische therapie

Tijdens deze laatste sessie kijken we terug op de thema's waaraan gewerkt is. De groep bepaalt vervolgens welk thema ze kort nog willen laten terugkomen. Terughalen van een thema is voor deze cliëntenpopulatie een moeilijke vraag. Wat ze zich herinneren zijn de opdrachten of het spel dat ze gedaan hebben. Op die manier komen we uit bij het thema wat belangrijk of leerzaam is geweest. Daarna wordt de psychomotorische therapie geëvalueerd en met een passend afscheidritueel wordt afscheid van elkaar genomen.

■ Sessie 10.

In sessie 10 is er geen psychomotorische therapie. De cliënten worden dan weer gezien door de drie specialisten die bij de aanmelding betrokken waren. Hier is vooral vanuit praktisch oogpunt voor gekozen.

Psychomotorische therapie bij ouderen met onverklaarde lichamelijke klachten brengt een aantal factoren met zich mee waar rekening mee gehouden moet worden. Er zijn voorwaarden waar een psychomotorisch therapeut aan moet kunnen voldoen. Zoals eerder beschreven bevinden ouderen zich in een levensfase waarin verschillende verouderingsprocessen plaatsvinden. Die verouderingsprocessen komen ook in de zaal tijdens de psychomotorische therapie naar voren. Zo kan het zijn dat ouderen verschillende aandoeningen hebben, moeite hebben met hun evenwicht, zich niet goed kunnen concentreren, een verminderd hoorvermogen hebben of visueel beperkt zijn (Hazelhof & Verdonschot, 2000). Een psychomotorisch therapeut moet met die verouderingsprocessen rekening houden en zijn bewegingsaanbod en de bewegingsopdrachten hierop aanpassen. De bewegingsvaardigheden lopen in een groep vaak erg uiteen. De meesten hebben over het algemeen weinig tot geen bewegingservaring op het gebied van sport en beweging. Een psychomotorisch therapeut moet daarom goed kunnen differentiëren. Ouderen met weinig bewegingservaring vinden psychomotorische therapie spannend en zijn snel bang dat ze niet aan een verwachting kunnen voldoen. Het werken en leren in groepen is voor ouderen ook een hoge drempel. Ze zijn niet gewend om te praten over hun problemen en al zeker niet met anderen erbij. Dit alles maakt het belangrijk dat de therapeut van de lichamelijke conditie van de cliënten op de hoogte is en bewuste keuzes maakt voor wat betreft materiaal en sfeer. Zo zullen de cliënten zich veilig kunnen voelen en wordt er voldoende ruimte geboden om te oefenen.

Besluit

Tot slot een aanbeveling voor de psychomotorische therapie binnen deze behandelmodule. Psychomotorische therapie binnen deze behandelmodule is essentieel en wordt als positief ervaren door de cliënten en door de behandelaren. In de evaluatie geven cliënten aan dat de gesprekken moeilijk maar verhelderend zijn en de psychomotorische therapie verademend en gezellig. Wat ze vooral geleerd hebben is dat ze meer kunnen dan dat ze vooraf gedacht hadden en dat de kwaliteit van het dagelijks functioneren er op vooruit is gegaan. Ze hebben al ervarend geleerd wat anders en ook beter kan in hun dagelijks functioneren. Er wordt nauwelijks gesproken over de pijnklacht van aanmelding. De ervaring is dat het oefenen met en het herhalen van de thema's nieuwe inzichten geeft. Het thema hulp vragen en acceptatie springt er uit, omdat dit thema het moeilijkste is voor deze cliënten om in te veranderen. Het herkennen en erkennen van deze thema's lukt goed. Gedragsveranderingen, bijvoorbeeld thuis meer rust nemen en rekening houden met eigen leeftijd en lichamelijke beperkingen, zijn en blijven erg moeilijk. Het blijkt vaak niet haalbaar om gedrag in negen weken voldoende te veranderen. Daarom kan het gebeuren dat na het afronden van deze behandelmodule er nog een individueel traject aangeboden wordt waarin de psychomotorische therapie een rol blijft spelen, al dan niet in combinatie met een gesprekstherapie.

Deze behandelmodule loopt nu een aantal jaren en er is behoefte aan onderzoek. Onderzoek naar de invloed en de effectiviteit van de psychomotorische behandeling als onderdeel van deze module is gewenst, met name bij de doelgroep ouderen. Het is belangrijk, zeker met het oog op de vergrijzende toekomst, om meer inzicht te krijgen in de werkzame factoren van de therapie bij ouderen met onverklaarde lichamelijke klachten.

Literatuurlijst

- Blokstra, A. & Verschuren, W.M.M. (red.) (2007). RIVM rapport 260401004/2007. Vergrijzing en toekomstige ziektelast. Prognose chronische ziektenprevalentie 2005-2025. Bilthoven: RIVM.
- Bouman, T. & Visser, S. (1998). *Dokter, het is toch niets ernstigs? Over angst voor ernstige ziekten*. Amsterdam: Boom.
- Bühring, M.E.F. & Spaans, J.A. (2008). In gesprek over: onverklaarde lichamelijke klachten. Vleuten: Nederlandse vereniging voor psychiatrie.
- Driel, D. van, Hilderingk, P., Bakker, S. de, Benraad, C. & Speckens, A. (2007). Cognitieve gedragstherapie bij ouderen met onverklaarde lichamelijke klachten, een verslag van de pilotgroep. *Directieve therapie*, 27(3), 177-196.
- Emck, C. & Bosscher, R.J. (2005). Psychomotorische therapie bij chronische somatische aandoeningen. In J. de Lange & R.J. Bosscher (red.) *Psychomotorische therapie in de praktijk*, 1-24. Nijmegen: Cure & Care Publishers.
- Gulden, J.W.J. van der. (2006). *Onverklaarde chronische klachten; Verklaring, behandeling en begeleiding*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Hazelhof, T & Verdonschot, T. (2000). *Begeleiden van ouderen met problemen*. Utrecht: De Tijdstroom.

- Houdenove, B. van. (2001). Somatoforme stoornissen. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 43(2), 83-89.
- Houtveen, J. (2009). *De dokter kan niets vinden. Het raadsel van medisch onverklaarde lichamelijke klachten*. Amsterdam: Bert Bakker.
- Land, H. van 't & Ruiters, C. de (2005). *Nationale Monitor Geestelijke Gezondheid, Jaarboek 2005*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Loew, T. (2000). *Als je ziel je lichaam ziek maakt*. Amsterdam: De Driehoek.
- Megchelen, P. van (1995). Als de dokter niets kan vinden, helpt therapie vaak wel. *Cicero*, 18, 4-6.
- Oude Voshaar, R., Hilderink, P., Driel, D. & Benraad, C. van (2008). *Academische polikliniek voor ouderen met angst, depressie en onverklaarde lichamelijke klachten; Inhoudelijke beschrijving*. Nijmegen: GGZ Nijmegen & UMC St. Radboud.
- Rood, Y.R. van & Visser, S. (2003). Principes van cognitieve gedragstherapie bij patiënten met een somatoforme stoornis in de GGZ. In C. van der Feltz-Cornelis & H. van der Horst (red.) *Handboek Somatisatie*, 199-211. Utrecht: De Tijdstroom.
- Slaets, J. & Vanvuchelen, L. (2003). Somatisatie bij ouderen. In C. van der Feltz-Cornelis & H. van der Horst (red.) *Handboek Somatisatie*, 175-188. Utrecht: De Tijdstroom.
- Speckens, A.E.M., Spinhoven, Ph., Hawton, K.E., Bolk, J.H. & Hemert, A.M. van (1996). Cognitive behavioural therapy for medically unexplained physical symptoms: a pilot study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 24, 1-16.
- Stel, J. van der. (2005). *Pillen, praten, bewegen; Nut van fysieke activiteiten voor de geestelijke gezondheid*. Amsterdam: SWP.
- Trimbos-instituut (2009). *Multidisciplinaire richtlijn; Somatoforme Klachten en Stoornissen*. Houten: Laenius Communicatie BV.
- Zindel, V.S., Williams, J.M.G. & Teasdale, J.D. (2004). *Aandacht-gerichte cognitieve therapie bij depressie: een nieuwe methode om terugval te voorkomen*. Amsterdam: Nieuwezijds B.V.

Over de auteur

Luke Faassen is geregistreerd psychomotorisch therapeut. Ze is werkzaam binnen de afdeling ouderenpsychiatrie van GGZ-instelling ProPersona, locatie RCG Nijmegen.

Tevens is ze werkzaam als docente psychomotorische therapie aan de opleiding Creatieve Therapie, differentiatie Psychomotorische Therapie aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.

Dit artikel is mede tot stand gekomen door het afstudeerartikel van Lindsey van Ruitenbeek. Zij was in 2009 betrokken bij de module als stagiaire psychomotorische therapie en afgestudeerd aan de Christelijke Hogeschool Windesheim (2009).

E: l.faassen@propersona.nl.

Samenvatting

Dit artikel beschrijft hoe de psychomotorische therapie is geïmplementeerd in een behandelmodel voor cliënten van 65 jaar en ouder met onverklaarde lichamelijke klachten en wat de essentiële waarde van de psychomotorische therapie is binnen de behandeling. De behandelmodule is gebaseerd op de cognitieve gedragstherapie en heeft als uitgangspunt het protocol van Speckens et al. (2004), waarin gebruik wordt gemaakt van het gevolgenmodel. Tijdens de behandelmodule wordt geprobeerd de in stand houdende factoren van de klacht te doorbreken en de

kwaliteit van leven te verbeteren. Bij de psychomotorische therapie worden cliënten bewust gemaakt van de in stand houdende factoren en wordt geprobeerd deze stapsgewijs te veranderen. Psychomotorische therapie zorgt voor het opdoen van nieuwe, vooral positieve ervaringen, waarbij er een koppeling wordt gemaakt naar de thuissituatie. Juist het opdoen van deze ervaringen maakt dat het voor ouderen beter beklift. ■

advertentie



STIGGELBOU
& slagwerk

nieuw adres:
Ulgersmaweg 27
9731 BJ Groningen

tel: 050-313 73 03 info@stiggelbout.nl www.stiggelbout.nl