

Psychomotorische therapie bij ouderen met onverklaarde lichamelijke klachten

Lindsey van Ruitenbeek

‘Hoofdpijn, duizeligheid, vermoeidheid of buikpijn, maar niet weten waar het vandaan komt. Weer naar de huisarts, weer een onderzoek en weer geen verklaring voor de lichamelijke klachten. Je partner begint je een aansteller te vinden, je dochter geeft aan dat het psychisch is, allemaal meningen en opvattingen waar je niks mee kan, want de klachten blijven aanwezig. Het belemmert je in al je dagelijkse activiteiten en je wordt er moedeloos van. Je besluit om vaker thuis te blijven en meer rust te nemen, maar niks helpt. Je voelt je onbegrepen en machteloos en bent ten einde raad.’

Inleiding

Zoals hierboven staat beschreven, zo kunnen cliënten met onverklaarde lichamelijke klachten zich voelen. Ze voelen zich vaak wanhopig. Artsen hebben ook geen oplossing meer voor ze en uiteindelijk kunnen ze in een vicieuze cirkel belanden, waarin ze keer op keer naar de dokter gaan om onderzocht te worden en constant worden ze teleurgesteld met geen verklaring. Toch is er hoop, want uit onderzoek is gebleken dat cognitieve gedragstherapie een uitkomst kan bieden (Van Megchelen, 1995; Van 't Land & De Ruiter, 2005; Van Rood & Visser, 2003; Van Houdenhove, 2001; Bühring & Spaans, 2008). In dit artikel wordt een behandelmodule beschreven voor ouderen met onverklaarde lichamelijke klachten die gebaseerd is op de cognitieve gedragstherapie. Binnen die behandelmodule worden de onverklaarbare lichamelijke klachten aangepakt door de instant houdende factoren van de klacht te door breken en daarbij wordt gebruik gemaakt van het gevolgenmodel. Het doel van de behandeling is dan ook het doorbreken van de instant houdende factoren, waardoor de cliënten vervolgens minder of helemaal geen last meer van de onverklaarde lichamelijke klachten ervaren. Binnen de module wordt gebruik gemaakt van twee therapievormen gesprekstherapie en psychomotorische therapie. Door middel van dit artikel wil ik aangegeven hoe psychomotorische therapie toegepast wordt binnen een behandeling voor cliënten van 65 jaar en ouder met onverklaarbare lichamelijke klachten en wat de essentiële waarde van psychomotorische therapie binnen de behandeling is.

1. Onverklaarde lichamelijke klachten.

We spreken van onverklaarde lichamelijke klachten als een cliënt klachten heeft waar geen somatische oorzaak voor gevonden kan worden, die niet te verklaren zijn vanwege het gebruik van middelen en ook niet toe te schrijven zijn aan een psychiatrische stoornis, zoals ernstige depressies, cognitieve stoornissen en psychotische stoornissen. De lichamelijke klachten zijn langdurig aanwezig, ondanks geruststelling van een arts. De klachten kunnen heel verschillend zijn, de meest voorkomende klachten zijn: gewrichtsklachten, rugpijn, hoofdpijn, vermoeidheid, pijn op 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, Hilderink, De Bakker, Benraad, & Speckens, 2007; Rood & Visser, 2003; Van der Gulden, 2006; Oude Voshaar, Hilderink, Van Driel, Benraad, 2008; Trimbos-instituut, 2009).

Huisartsen krijgen vaak te maken met cliënten met onverklaarde lichamelijke klachten en regelmatig krijgen die cliënten te horen dat ze niet weten waar het vandaan komt en ook niks meer te bieden hebben. Cliënten met onverklaarde lichamelijke klachten hebben daardoor vaak het gevoel dat ze zich tussen wal en schip bevinden en vaak weten deskundigen niet wat ze met deze cliënten aan moeten. De cliënten kunnen in een vicieuze cirkel terechtkomen, hun reactie op de klacht (bv. inactiviteit) kan de klacht vervolgens juist instant houden of verergeren. Voor cliënten met onverklaarde lichamelijke klachten is dit een somber vooruitzicht (Van Megchelen, 1995). In werkelijkheid is het vooruitzicht een stuk gunstiger. Uit onderzoek bij volwassenen is namelijk gebleken dat cognitieve gedragstherapie bij cliënten met onverklaarde lichamelijke klachten effectief is (Van Megchelen, 1995; Speckens &

Van Hemert, 1997; Van 't Land & De Ruiters, 2005; Van Rood & Visser, 2003). In het onderzoek werden de cliënten gemotiveerd voor de behandeling, door de focus te verschuiven naar de gevolgen van de klacht en de discussie over de verklaring van de klacht te vermijden. Op die manier werd er een consensus met de cliënt bereikt en was hij bereid deel te nemen aan de behandeling (Van Rood & Visser, 2003). In het onderzoek ondergingen de cliënten cognitieve gedragstherapie aan de hand van het protocol dat ontwikkeld is door Speckens, Spinhoven en van Rood (2004). De cliënten gaven na de behandeling aan minder lichamelijke klachten en minder functionele belemmeringen te ervaren. Helaas waren bij dat onderzoek ouderen boven een leeftijd van 65 jaar uitgesloten, het is dus onduidelijk of deze benadering ook effectief is bij ouderen met onverklaarde lichamelijke klachten. Over de prevalentie en behandeling van ouderen met onverklaarde lichamelijke klachten is weinig bekend. Het is echter wel belangrijk om meer te weten te komen over de prevalentie en behandeling bij ouderen met onverklaarde lichamelijke klachten. Het aantal ouderen in de Nederlandse bevolking is namelijk aan het stijgen van 14% in 2005 naar 21% in 2025 (Blokstra & Verschuren, 2007). Deze toename gaat gepaard met meer zorgvraag en zorgkosten. Ook zullen er meer ouderen komen met onverklaarde lichamelijke klachten. Om te kunnen anticiperen op die stijging van zorgbehoefte, van onder andere ouderen met onverklaarde lichamelijke klachten, zal er meer bekendheid moeten komen.

GGZ Nijmegen en UMC st. Radboud hebben een aantal jaar geleden een speciale polikliniek geopend voor ouderen met angststoornissen, depressie en onverklaarde lichamelijke klachten genaamd Mentalis. Mentalis bestaat uit een team van ouderendeskundigen met een geriater, een psychiater en een psycholoog. In 2007 heeft Mentalis de eerste pilotgroep gestart, waarin onderzocht werd of het protocol van Speckens, Spinhoven en van Rood (2004) ook toepasbaar is bij ouderen met onverklaarde lichamelijke klachten. Mentalis veronderstelden dat de behandeling van ouderen wel wat aanpassingen vraagt en hebben daarom vooraf wat wijzigingen aangebracht ten opzichte van het protocol. Zo hebben ze de taal vereenvoudigd, werd er minder huiswerk gegeven, meer herhalingen gedaan, zijn de thema's aangepast en psychomotorische therapie is in de behandeling geïntegreerd. Uit de resultaten van die pilotstudie kwam naar voren dat, de last die de cliënten ervoeren van hun lichamelijke klacht(en) verminderd waren, ook was er een vermindering van psychische klachten te zien en er was een verbetering op het gebied van het niveau van alledaags functioneren (Van Driel, et al., 2007). Echter kunnen we hier 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. In de volgende paragrafen van dit artikel zal de achterliggende theorie en inhoud van de behandeling voor ouderen met onverklaarde lichamelijke klachten van Mentalis beschreven worden.

2. Ouderen met onverklaarde lichamelijke klachten.

Ouderen bevinden zich in een levensfase waarin verschillende verouderingsprocessen plaats vinden en dit heeft zo zijn gevolgen op lichamelijke, intellectuele, sociale en psychisch gebied. Het risico op verschillende aandoeningen zoals, hart- en vaatziekten, reuma, diabetes, gewrichtsklachten, enz. neemt toe. Kennissen, vrienden of familie komen te overlijden (Hazelhof & Verdonchot, 2000) en zo zijn er nog veel meer veranderingen te noemen die optreden bij het ouder worden.

Die verouderingsprocessen maken de diagnostiek bij ouderen complex. De kans dat een klacht daadwerkelijk een somatische oorzaak heeft is groter. Ook is het lastig om de symptomen bij ouderen aan de juiste aandoening te koppelen, vanwege comorbiditeit van acute en chronische ziekten en ook kan de presentatie van ziekten veranderen. 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 geven ook aan of iemand een lichamenlijk klacht bagatelliseert of het 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 sociale isolatie. Ze vinden het moeilijk

om hun emoties te verwoorden. De omgeving vindt ze vaak egocentrisch en manipulatief. Vaak hebben ouderen ook een reële aandoening of fysieke beperking, daarom is het ook belangrijk dat er met veel deskundigheid naar gekeken wordt of de aandoening of beperking geen verklaring is voor de klacht (Slaets & Vanvuchelen, 2003).

3. Cognitieve gedragstherapie.

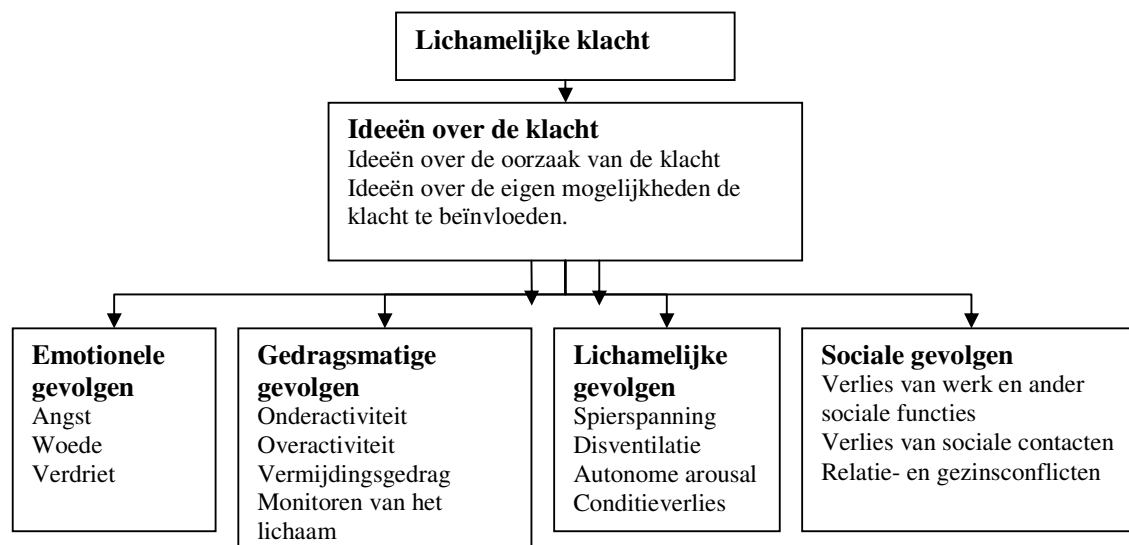
De behandelmodule is gebaseerd op de cognitieve gedragstherapie. Binnen de cognitieve gedragstherapie gaat men er vanuit dat een stoornis een denk en gedragsprobleem is en ze richten zich daarom ook op het veranderen van het denken en op het aanleren en stimuleren van nieuw gedrag (Weerman, 2006). Binnen de cognitieve gedragstherapie wordt veel tijd besteed aan het in kaart brengen van het probleem, de onverklaarde lichamelijke klacht in dit geval. Er wordt gekeken naar de factoren die het probleem veroorzaken en instant houden en aan de hand van die analyse kan er gekeken worden naar effectieve interventies (Loew, 2000; Van Rood & Visser, 2003; Weerman 2006).

Om de onverklaarde lichamelijke klacht(en) goed in kaart te brengen en aan te pakken hebben Speckens, Spinhoven en Van Rood (2004) een protocol ontwikkelt voor de diagnostiek en behandeling van cliënten met onverklaarde lichamelijke klachten. Dit protocol is gebaseerd op het biopsychosociale model. Het biopsychosociale model gaat ervan uit dat zowel de biologische, de psychologische en de sociale factoren een rol spelen op het gebied van ziekte en stoornissen (Van der Gulden, 2006; Trimbos-instituut, 2009). Binnen dit protocol hebben ze het gevolgenmodel ontwikkeld (Speckens, Spinhoven, Hawton, Bolk & Van Hemert, 1996).

3.1 Het gevolgenmodel.

Allereerst wordt in het gevolgenmodel de ideeën die een cliënt heeft over de klacht 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 als 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 defaitistische gedachten ('ik word nooit beter'). Deze gedachten over de klacht bepalen voor een groot deel de gevolgen en kunnen leiden tot een vicieuze cirkel. Zo kan iemand bijvoorbeeld bang zijn een ziekte/aandoening te hebben. De angst kan weer voor lichamelijke gevolgen zorgen zoals, hartkloppingen en transpireren. Vervolgens wordt de persoon minder actief, waardoor de conditie afneemt en waardoor er sneller hartkloppingen en transpiratie kan voorkomen (Bouman & Visser, 1998; Loew, 2000). Die niet helpende cognities, kerngedachten en de gevolgen daarvan vormen samen de instant houdende factoren.

In het gevolgenmodel wordt onderscheid gemaakt in emotioneel, gedragsmatige, lichamelijke en sociale gevolgen (Van Rood, 2007; Van Rood & Visser, 2003; Speckens, et al., 1996). Hieronder word het gevolgenmodel weergegeven.



Figuur 1. Het gevolgenmodel.

4. De behandeling.

Het protocol dat ontwikkeld is door Speckens, Spinhoven en Van Rood (2004) is het uitgangspunt van de behandelmodule voor ouderen met onverklaarde lichamelijke klachten van Mentalis. In dit protocol ligt de focus niet op de verklaring van de klacht maar op de gevolgen van de klacht. Er wordt geprobeerd door middel van cognitieve en gedragsmatige interventies de gevolgen van de klacht te verminderen of op te heffen. Door de eerder besproken instant houdende factoren te veranderen kan er voor gezorgd worden dat de cliënt minder belemmeringen ervaart en beter leert om te gaan met zijn klacht (Speckens, et al., 1996; Van Driel, et al., 2007).

De behandelmodule is een groepsbehandeling en wordt aangeboden in de vorm van een cursus, die bedraagt 10 bijeenkomsten van 3 uur lang. De behandeling bestaat uit een combinatie van groepsgesprekken en psychomotorische therapie. Het algemene doel van de behandeling is het beïnvloeden van de gevolgen van de klacht op het dagelijks leven. Daarnaast wordt er gewerkt aan het veranderen van gedachten en ideeën over de gevolgen van de klacht en het veranderen van de emotionele, gedragsmatige, lichamelijke en sociale gevolgen.

Tijdens de gesprekken en psychomotorische therapie wordt gewerkt aan deze doelen en er kan geoefend worden met de veranderde inzichten. In de volgende paragrafen wordt allereerst beschreven wat de essentiële waarde is van psychomotorische therapie. Vervolgens wordt beschreven hoe psychomotorische therapie is geïmplementeerd in de behandeling van ouderen met onverklaarde lichamelijke klachten.

5. Essentiële waarde van psychomotorische therapie binnen de behandeling voor ouderen met onverklaarde lichamelijke klachten.

Psychomotorische therapie is binnen de behandelmodule een essentieel onderdeel. Het onderscheid zich van de gesprekstherapie door het experimentele karakter en het lijfelijke, het is een non-verbale therapie. De non-verbale interventies die bij psychomotorische therapie gebruikt worden kunnen van grote kracht zijn, omdat voor een groot deel de interventies aan de rationaliteit van de cliënt voorbij gaan (Emck & Bosscher, 2005) en ze het lijfelijk ervaren.

Binnen de psychomotorische therapie kunnen cliënten met nieuw gedrag experimenteren. Het doel van psychomotorische therapie binnen de behandeling is daarom ook de cliënten de mogelijkheid te geven in een veilige setting met nieuw gedrag te kunnen experimenteren, voordat ze thuis gaan oefenen (Van Driel, et al. 2007). Echter wordt binnen de psychomotorische therapie 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 met onverklaarde lichamelijke klachten ervaren, komen tijdens de psychomotorische therapie tot uiting. Zo kan een cliënt met de kerngedachte 'ik wil dit niet', zijn lichaamssignalen gaan negeren, waardoor hij zichzelf gaat overvragen, door geen rekening te houden met wat zijn lichaam werkelijk aan kan. Met als gevolg dat hij nog meer last gaat ervaren van de klacht, omdat hij zijn lichaam overvraagt. Vaak zijn cliënten zich niet bewust van deze instant houdende factoren en bij psychomotorische therapie kunnen ze zich er bewust van worden. Vervolgens kunnen ze die instant houdende factoren gaan veranderen. Het ideale van psychomotorische therapie is dat de cliënten die instant houdende factoren tijdens de sessies stapsgewijs met opbouwende activiteiten kunnen veranderen. Daarnaast is er een psychomotorische therapeut aanwezig die hun proces in de gaten houdt en die kan voorkomen dat de instant houdende factoren weer de overhand nemen.

Het niet alleen praten maar het ook doen bij psychomotorische therapie, maakt de koppeling naar de praktijk eenvoudiger, het schept een duidelijker beeld van hoe de instant houdende factoren bij de cliënten in zijn werk gaan. Ook is de klinische indruk dat alleen gesprekken, bij met name oudere cliënten, niet voldoende beklijft en dat het lijfelijk ervaren van nieuwe inzichten sneller in het geheugen worden opgenomen. Daarnaast blijkt vaak dat tijdens de psychomotorische therapie de cliënten hun focus onbewust richten op hun omgeving, vervolgens zijn ze minder met zichzelf en de onverklaarde lichamelijke klachten bezig. Hierdoor kan een cliënt tot nieuwe inzichten komen. Zo kan een cliënt die angstig is om te bewegen, omdat hij denkt zo nog meer last te gaan ervaren van zijn klacht, erachter komen dat hij veel meer aan kan dan dat hij denkt.

Aangezien de klachten die de cliënten ervaren van lichamelijke aard zijn, speelt het lichaam een belangrijke rol. Vaak voelen de cliënten geen lichaamssignalen meer, omdat ze die negeren of ze interpreteren bepaalde lichaamssignalen verkeerd. Ondanks dat de cliënten vaak de lichaamssignalen negatief ervaren is het toch belangrijk om stil te staan bij het lichaam en het bewegen en daar ook interventies op te plegen. De psychomotorische therapeut heeft als middel het bewegen en lichamelijke (Simons, 1997) en pleegt interventies in de vorm van lichaamsgerichte en bewegingsgerichte activiteiten. De cliënten kunnen door middel van die activiteiten positieve bewegings- en/of lichaamservaringen opdoen (Emck & Bosscher, 2005) en hun grenzen verkennen. Binnen de behandeling wordt ook gebruik gemaakt van de expertise van de psychomotorische therapeut op het gebied van ontspanningsoefeningen. Uit studies is gebleken dat cognitieve gedragstherapie gecombineerd met ontspanningstraining effectief is bij cliënten met onverklaarde lichamelijke klachten. In de behandeling wordt daarom ook gebruik gemaakt van ontspanningsoefeningen die aangeboden worden door de psychomotorische therapeut (Rood & visser 2003).

Tot slot zijn er aanwijzingen dat bewegingsprogramma's in positieve zin kunnen bijdrage aan het verminderen van de lichamelijke klachten. Bewegen zorgt naast verbetering van allerlei lichaamsfuncties ook voor meer zelfvertrouwen, zelfwaardering en het gaat de schadelijke werking van stress ook tegen (Van der Stel, 2005). Bij psychomotorische therapie zijn de cliënten in beweging en worden ze gestimuleerd om ook in hun thuissituatie te blijven bewegen.

6. Implementatie van psychomotorische therapie binnen de behandeling.

Gedurende de behandelmodule worden binnen de psychomotorische therapie dezelfde thema's gehanteerd als bij de groepsgesprekken. Op deze manier staan de groepsgesprekken en de psychomotorische therapie sessies met elkaar in verband. De onderwerpen die tijdens de groepsgesprekken aanbod komen, kunnen bij de psychomotorische therapie in de praktijk worden gebracht. Zoals al eerder aangegeven zijn de thema's ten opzichte van het protocol van Speckens, Spinhoven en Van Rood (2004) gewijzigd. Mentalis veronderstelt dat deze thema's passen bij de levensfase waarin ouderen zich verkeren. Hieronder wordt per thema besproken wat er met het thema bedoeld wordt en hoe er mee gewerkt wordt binnen de psychomotorische therapie. Bij een aantal van die thema's wordt een activiteit als voorbeeld beschreven.

Sessie 1: *Thema Kennismaking*

Tijdens deze sessie komen de cliënten voor het eerst bij elkaar. Wat voor deze sessie belangrijk is, is dat de cliënten kennismaken met elkaar, met de therapeut en met psychomotorische therapie. Er wordt geprobeerd een prettige sfeer te creëren en een veilige omgeving voor de cliënten, een voorwaarde om te kunnen oefenen en experimenteren, dit wordt bewerkstelligd door simpele en speelse activiteiten waardoor ze in beweging komen en elkaar leren kennen.

Sessie 2,3,4: *Thema Herkennen van lichaamssignalen*

De onverklaarde lichamelijke klacht(en), maar ook het gehele lichaam gaan gepaard met lichaamssignalen. Lichaamssignalen zijn signalen die aangeven dat er pijn, vermoeidheid, of spanning, enz. is. Tijdens deze sessies gaan we stilstaan bij het herkennen van deze lichaamssignalen en er wordt gekeken hoe je ermee omgaat. Wat zijn nou eigenlijk lichaamssignalen, hoe voelen ze aan en hoe signaleer je ze. Hoe wordt er gedacht over en gereageerd op een lichaamssignaal. Er worden activiteiten aangeboden waarin verschillende lichaamssignalen naar voren kunnen komen. Vervolgens wordt er stil gestaan bij die verschillende lichaamssignalen en er wordt geprobeerd er achter te komen hoe die lichaamssignalen nou herkend worden en hoe ze wellicht in relatie staan tot de klachten.

'Een activiteit die bijvoorbeeld bij dit thema gebruikt wordt is vingers voelen en letters raden. Één cliënt doet de ogen dicht en de andere cliënt legt een aantal vingertoppen op bovenzijde van de hand van de cliënt die de ogen dicht heeft. De cliënt die de ogen dicht heeft moet voelen en aangeven hoeveel vingers hij op zijn hand voelt. Bij het letters raden doet één cliënt weer de ogen dicht en de andere cliënt tekent met zijn vinger een letter op de rug van de cliënt die zijn ogen dicht heeft. De cliënt die zijn ogen dicht heeft moet raden wat voor letter het is.'

Sessie 5.6: *Thema Balans tussen activiteit en rust*

Als vervolg op de sessies met het thema herkennen van lichaamssignalen, wordt er tijdens deze sessies gekeken naar hoe er adequaat met de lichaamssignalen om gegaan kan worden. De cliënten gaan door activiteiten met een verschil in intensiteit ondervinden wat het verschil is tussen ontspanning en inspanning en hoe ze daar een balans in kunnen vinden. Daarnaast zullen ze leren in te schatten wat ze qua activiteiten aan kunnen en wanneer ze rust nodig hebben. Ook wordt er stil gestaan bij het belang van zowel ontspanning, in de vorm van rust nemen, als inspanning, conditie opbouw en in beweging blijven.

‘Bij dit thema kan bijvoorbeeld een circuit van een aantal activiteiten uitgezet worden. De cliënten mogen eerst de verschillende activiteiten uitproberen. Vervolgens wordt er ongeveer 25 minuten uitgetrokken, waarin de cliënten van te voren bepalen hoe vaak ze de verschillende activiteiten gaan doen en hoeveel rust ze tussendoor nodig hebben binnen die 25 minuten. Na die 25 minuten wordt gekeken of de cliënten zichzelf goed hebben in geschat.’

Sessie 7.8: *Thema Omgaan met en acceptatie van klachten en levensfase problematiek*

De cliënten zitten in een bepaalde levensfase waarin bepaalde problematiek (verouderingsprocessen) kan voorkomen. De cliënten leren tijdens deze sessies om te gaan met en het accepteren van deze problematiek. Tijdens de psychomotorische therapie kunnen ze experimenteren met gedrag dat de cliënten helpt in het omgaan met en/of accepteren van de problematiek. Zo kunnen ze door middel van verschillende activiteiten oefenen in het hulp vragen, bedenken van alternatieve manieren die kunnen bijdragen in het functioneren en oefenen op het gebied van sociale vaardigheden.

Sessie 9: *Afsluiting en evaluatie van de psychomotorische therapie*

De 9^e sessie is de laatste psychomotorische therapie sessie. Tijdens deze sessie kijken we terug naar de thema's waaraan gewerkt is. De groep bepaalt vervolgens welk thema ze tijdens deze sessie kort nog even willen laten terugkomen. Tot slot evalueren we de groepsbehandeling met betrekking tot de psychomotorische therapie.

Bij psychomotorische therapie bij ouderen (met onverklaarde lichamelijke klachten) zijn een aantal factoren waar rekening mee gehouden moet worden en er zijn voorwaarden waar een psychomotorische therapeut aan moet kunnen voldoen. Zoals al 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, niet goed kunnen concentreren, een verminderd hoorvermogen hebben of visueel beperkt zijn (Hazelhof & Verdonshot, 2000). Een psychomotorisch therapeut moet met die verouderingsprocessen rekening houden binnen het ontwerpen, arrangeren en introduceren van de activiteiten die hij aanbiedt.

Daarnaast loopt bij ouderen het niveau op het gebied van motoriek en bewegingsvaardigheden uiteen. Dit kan ook een gevolg zijn van de verouderingsprocessen, maar kan ook te maken hebben met de bewegingservaring die een cliënt heeft. Een psychomotorische therapeut moet daarom goed kunnen differentiëren. Ouderen die nauwelijks bewegingservaring hebben kunnen psychomotorische therapie spannend vinden. Daarom is het ook van belang dat de psychomotorische therapeut bewuste keuzes maakt wat betreft kleding en materiaal, zodat de cliënten zich veilig voelen.

6. Besluit

Tot slot wil ik nog een aanbeveling doen ten opzichte van psychomotorische therapie binnen behandelmodules. Psychomotorische therapie binnen de behandelmodule voor ouderen met onverklaarde lichamelijke klachten is essentieel en wordt positief ervaren door de cliënten en behandelaren. Ik ben van mening dat psychomotorische therapie niet alleen bij deze behandelmodule, maar ook bij andere verschillende behandelmodules van essentieel waarde kan zijn. Om aan te tonen dat psychomotorische therapie een essentiële bijdrage kan leveren binnen een behandelmodule, zou ik daarom ook onderzoek aanbevelen naar de effectiviteit van psychomotorische therapie binnen behandelmodules, te beginnen bij de behandelmodule voor 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.
- Bühning, M.E.F. & Spaans, J.A. (2008) In gesprek over: onverklaarde lichamelijke klachten. Vleuten, Nederlandse vereniging voor psychiatrie.
- Emck, C. & Bosscher, R.J. (2005) Psychomotorische therapie bij chronische somatische aandoeningen.
In
Lange, J. de & Bosscher, R.J. (2005). *Psychomotorische therapie in de praktijk* (1-24). Nijmegen, wetenschappelijke uitgeverij Cure & Care publishers.
- Driel, D. van, Hilderink P., Bakker, S. de, Benraad, C. & Speckens, A. (2007) Cognitieve gedragstherapie bij ouderen met onverklaarde lichamelijke klachten, een verslag van de pilotgroep. *Directieve therapie*, jaargang 27(3),177-196.
- Gulden, J.W.J van der.(2006). *Onverklaarde chronische klachten; Verklaring, behandeling en begeleiding*. Houten, Bohn Stafleu van Loghum.
- Hazelhof, T & Verdonchot, T. (2000) *Begeleiden van ouderen met problemen*. Elsevier gezondheidszorg. Utrecht, De Tijdstroom.
- Houdenove, B. van. (2001) Somatoforme stoornissen. Tijdschrift voor psychiatrie 43 (2001) 2, 83-89.
- Korrelboom, K & Broeke, E. ten(2004). *Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie; Handboek voor theorie en praktijk*. Bussum, Uitgeverij Coutinho.
- 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
- Mechelen, W. van.(2008). Cognitieve gedragstherapie voor medisch onverklaarde klachten? *Minerva*, jaargang 7 (3), 38-39.
- Megchelen, P. van. (1995). Als de dokter niets kan vinden, helpt therapie vaak wel. *Cicero*, jaargang (18), 4-6.
- Oude Voshaar, R. Hilderink, P. Driel, D. van, Benraad, C.(2008) Academische polikliniek voor ouderen met angst, depressie en onverklaarde lichamelijke klachten; Inhoudelijke beschrijving. Nijmegen, GGZ Nijmegen &UMC st. radboud.
- Rood, Y. R. van.(2007). Zorgprogramma somatoforme en aanverwante stoornissen; stepped-care Richtlijnen voor evidenced-based behandeling.
- Rood, Y. R. van & Visser, S. (2003). Hoofdstuk 15; principes van cognitieve gedragstherapie bij patiënten met een somatoforme stoornis in de GGZ.
In
Feltz,-Cornelis, C. van der & Horst, H. van der.(red.)(2003). *Handboek Somatisatie*.(199-211) Utrecht, De Tijdstroom.
- Simons, J. (1997). *Introductie tot de Psychomotoriek*. Leuven-Apeldoorn, Garant.
- Slaets, J. & Vanvuchelen, L. (2003) Hoofdstuk 13: Somatisatie bij ouderen.
In
Feltz,-Cornelis, C. van der & Horst, H. van der.(red.) (2003). *Handboek Somatisatie*.(175 - 188). Utrecht, De Tijdstroom.
- Stel, J. van der.(2005). Pillen, praten, bewegen; Nut van fysieke activiteiten voor de geestelijke gezondheid. Amsterdam, uitgeverij SWP.
- Speckens A.E.M, Spinhoven, Ph. Hawton, K.E. Bolk, J.H. & Hemert, A.M. van. (1996) Cognitive behaviouraltherapy for medically unexplained physical symptoms: a pilot study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 1996; 24: 1-16.
- Speckens A.E.M. & Hemert, A.M. van.(1997). Psychiatrische psychotherapie bij somatiserende patiënten, Tijdschrift voor Psychiatrie 39 2
- Trimbos-instituut (2009) Multidisciplinaire richtlijn; Somatoforme Klachten en Stoornissen. Houten, Ladenius Communicatie BV.

Weerman, A. (2006) *Zes psychologische stromingen & één cliënt; Theorie en toepassing voor de praktijk van SPH en MWD*. Soest, uitgeverij Nelissen.

Over de Auteur

Lindsey van Ruitenbeek is psychomotorisch therapeute in opleiding en studeert psychomotorische therapie en bewegingsagogie in Zwolle. In het kader van haar afstuderen heeft ze dit artikel geschreven. Tijdens haar stage bij GGZ Nijmegen heeft ze twee groepen begeleid behandeld binnen de behandelmodule, ouderen met onverklaarde lichamelijke klachten, van Mentalis.

Samenvatting

Dit artikel beschrijft hoe psychomotorische therapie is geïmplementeerd in een behandelmodel voor cliënten van 65 jaar en ouder met onverklaarde lichamelijke klachten en wat de essentiële waarde van psychomotorische therapie binnen de behandeling is. De behandelmodule is gebaseerd op cognitieve gedragstherapie en heeft als uitgangspunt het protocol van Speckens, Spinhoven en Van Rood (2004), waarin gebruik wordt gemaakt van het gevolgenmodel. Tijdens de behandelmodule wordt geprobeerd de instant houdende factoren van de klacht te doorbreken, hier wordt aangewerkt door middel van gesprekstherapie en psychomotorische therapie. Bij psychomotorische therapie kunnen de cliënten zich bewust worden van die instant houdende factoren en ze kunnen proberen ze stapsgewijs te veranderen. Psychomotorische therapie zorgt ervoor dat de cliënten de nieuwe inzichten lijfelijk ervaren, vervolgens wordt onder andere de koppeling naar de praktijk eenvoudiger gemaakt en beklijven de nieuwe inzichten meer in het geheugen. De gesprekstherapie en psychomotorische therapie staan met elkaar in verband door de thema's. De thema's zijn gebaseerd op de levensfase van de cliënten. Binnen psychomotorische therapie wordt ook rekening gehouden met de levensfase waarin de cliënten zich verkeren. Tot slot wordt er een aanbeveling gedaan naar onderzoek van psychomotorische therapie binnen behandelmodules.