

OPZ *Geel*

Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum

Brochure met teksten en verslag
Zevende Studiedag Klinische psychotherapie

donderdag 1 december 2011

Walter Krikilion (red.)

het lichaam in therapie



Inleiding

Onder ruime belangstelling ging de zevende jaarlijkse Studiedag Klinische psychotherapie op 1 december 2011 door in het Cultuurcentrum de Werft in Geel. De thematiek van het lichaam in therapie wist immers velen te boeien: zorgverleners uit de diverse klinische disciplines, leidinggevenden en zorgcoördinatoren, beleidsmedewerkers, stafmedewerkers en docenten. De vraag om een uitwisselingsforum rond deze belangwekkende en maatschappelijke relevante thematiek en rond de vele vragen die ermee gepaard gaan, blijft immers groot.

Op de studiedag werd de thematiek vanuit diverse perspectieven en invalshoeken onderzocht. Aansluitend biedt deze brochure een terugblik: aan de hand van verslaggeving en uitgebreide citaten uit relevante publicaties van de sprekers, aan de hand van toelichtingen bij of samenvattingen van de betreffende keuzesessies, of bij een bepaalde keuzesessie aan de hand van twee breder uitgeschreven teksten.

De volgorde van de bijdragen volgt in grote mate de opbouw van de studiedag zelf. Eerst komen de plenaire sessies aan bod: situering van de globale thematiek met aandacht voor diverse verbanden (dagvoorzitter Walter Krikilion), een praktijkmodel vanuit de drie O's van stress (organisme, omgeving, omgang; psychiater Edel Maex), het behandelen van conversiestoornissen in een groepstherapeutisch klimaat (klinisch psychologe en psychotherapeute Chaja Kaufmann), en een model om vanuit onverklaarde klachten toe te werken naar een nieuw evenwicht (psychiater Boudewijn Van Houdenhove). Vervolgens de keuzesessies: twee bijdragen in het kader van de wisselwerking tussen de psychomotorische en de somatische aspecten van de lichaamsbeleving, een bijdrage over de effecten van aromatherapie voor het psychisch welzijn van cliënten vanuit de concrete praktijkcontext van het werken met ouderen die aan dementie lijden, een bijdrage over 'het afgezonderde en gefixeerde lichaam' in het kader van het project 'zorg voor ongedwongenheid', en een bijdrage over het lichaam en het Metabool Syndroom tegen de achtergrond van het klinisch pad dat voor de behandeling ervan in het OPZ Geel werd uitgewerkt.

Aansluitend bij deze Brochure kunnen de presentaties van de sessies verder geraadpleegd worden op de OPZ Geel-website: www.opzgeel.be (Nieuws & Agenda, Studiedag 2011, Presentaties).

Situering van de thematiek met aandacht voor diverse verbanden

Walter Krikilion, doctor in theologie en psychotherapeut, stafmedewerker patiëntenzorg met aandachtsgebieden zingeving, ethiek, cliëntenparticipatie en kenniscentrum OPZ Geel, auteur onder meer van "Geestelijke gezondheidszorg in het licht van zingeving en spiritualiteit" (Antwerpen/Apeldoorn: Garant, 2012).

'Het lichaam in therapie' werd op de studiedag belicht vanuit verschillende invalshoeken en behandelmodellen. Het thema brengt dit uit zichzelf mee, met name vanuit de complexe samenhang van geest/psyche en lichaam. Om recht te doen aan deze complexiteit zijn verschillende benaderingen nodig. Daarbij gaan we ervan uit dat diverse benaderingen aanvullend kunnen werken en dat ze samen het meerdimensionale karakter van de verhouding geest-lichaam tot uitdrukking brengen.



Het gaat ook om een thema dat verbindend werkt. Juist vanwege de complexe samenhang liggen er zo diverse opportuniteiten voor de samenwerking tussen verschillende sectoren en disciplines. Daarbij kan gedacht worden aan de mogelijke samenwerking tussen huisartsen, algemene ziekenhuizen, psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen, centra voor geestelijke gezondheidszorg en psychiatrische ziekenhuizen.

In dit kader van samenwerking is het ook belangrijk om aangaande het thema van het lichaam in therapie voldoende aandacht te besteden aan preventie en psychoeducatie, en aan de wisselwerking tussen preventie en zorg.

Daarbij is het eveneens van belang om het overleg met cliënten en cliëntverenigingen een volwaardige plaats te geven vanuit het oogpunt van patiëntenparticipatie.

Ieder van ons is in zekere zin een 'ervaringsdeskundige' inzake de thematiek. Ook al nam iedereen aan de studiedag deel vanuit een bepaalde functie in een organisatie of vanuit een bepaalde werking, toch was iedereen ook 'met het eigen lichaam' aanwezig.

'Dat lichaam' van ieder van ons is mogelijk kwetsbaar, vermoeid, angstig of energiek. Mogelijk voelen we een balans met onze psyche, of hebben we het gevoel hier goed mee bezig te zijn. Maar, ook is het mogelijk dat we een grote afstand voelen tussen ons lichaam en onze mentale processen. Wat onze gemoedsgesteltenis of de beleving van ons lichaam op een bepaald moment ook zijn, ze kleuren de manier waarop we met de thematiek omgaan en ze bepalen voor een stuk de klemtonen die we hierbij leggen.

Met datzelfde lichaam bejegenen we cliënten; en enkel, wanneer we voeling hebben met onze eigen lichamelijkeheid en dit voldoende doorwerken, kunnen we onze cliënten begeleiden of coachen in lichaamsklachten of in psychische klachten met een lichamelijke weerslag of component.

Als zorgverlener of therapeut zijn we steeds met ons lichaam aanwezig bij onze cliënten. Het is uiteindelijk vanuit onze lichamelijkeheid dat we therapeutisch interveniëren. Bovendien is de cliënt op een heel basaal-lichamelijke wijze aanwezig in de therapie. We moeten dit voldoende beseffen, ook al is het thema van de lichamelijkeheid niet rechtstreeks aan de orde en zijn er op het eerste gezicht geen lichaamsklachten.

Ik heb de indruk dat in het algemeen de specifieke aandacht voor deze lichamelijke dimensie de laatste tijd soms wat naar de achtergrond verschoven wordt. Niet doelbewust, maar eerder als een neveneffect van de klemtoon op evidence-based behandelen en op behandeldoelen en -strategieën, en op het samenwerkingscontract met de cliënt. Deze klemtonen zijn zeker terecht, maar soms is er het gevoel dat we nogal hoog-'rationeel' aan de slag gaan, en dat de lichamelijke dimensie een klein detail in het geheel wordt of teruggebracht wordt tot de meer fysiek-somatische kant. We moeten er dus de nodige aandacht aan besteden.

Hierbij moeten we in de positieve zin aanstippen dat er in het actuele therapielandschap wel uitdrukkelijk aandacht is voor het lichaam onder meer via de integratie van mindfulness in cognitieve gedragstherapie en via focusing in de experiëntiële psychotherapieën.

Op de studiedag werd het lichaam centraal gesteld en ook de manier waarop het in therapie een plaats kan krijgen. Bij therapie denken we aan een breed continuüm dat zich uitstrekt van de bejegening in de meer somatische zorg tot en met psychotherapie die de lichamelijke dimensie integreert.

Daarbij gaat het steeds weer om het vinden van een aanpak die cliënten helpt om:

- meer eenheid te vinden
- meer samenhang tussen wat ze emotioneel ervaren en beleven, en wat ze denken
- meer samenhang tussen de grenzen van hun lichaam en de hoge vlucht die gedachten en mentale processen soms kunnen nemen
- meer samenhang tussen de eigen gedachtewereld en de concrete omgeving en de relaties met anderen.

Daar zit het immers nogal eens 'fout': daar waar er een scheiding of een incongruentie is tussen het idee dat wij mensen over onszelf hebben – het zelfconcept – en de stroom van lichamelijke ervaringen of het basale gewaarworden.

Wat kan therapie dan tot doel hebben? Globaal wil ik dit als volgt omschrijven: het versterken van cliënten in hun eigen zoektocht naar meer evenwicht in zichzelf en naar een grotere mate van samenhang tussen het mentaal-psychische domein aan de ene kant en aan de andere kant het lichamenlijk-emotionele terrein. Daarin gaat het ons om empowerment van cliënten met het oog op meer welbevinden in zichzelf, in hun lichaam, en in hun relaties met de anderen en de omgeving.

Belangrijke items daarbij zijn bijvoorbeeld:

- het vinden van een taal voor een meer bewuste verhouding tot het eigen lichaam
- het bevorderen van de kwaliteit van leven vanuit een meer vloeiende interactie tussen de mentale processen en het lichamenlijk gewaarzijn.

In het totaalconcept van het programma werd aandacht besteed aan de nodige balansen:

- tussen het aanreiken van referentiekaders en methodieken en het bieden van handvatten voor de praktijk;
- tussen eerder somatisch-gerichte thema's en eerder psychotherapeutisch-georiënteerde items;
- en verder tussen wat je er als professionele begeleider en als 'persoon in de begeleider' zelf kunt aan hebben.

De globale klemtoon lag bij dit alles op de dialoog vanuit de klinische praktijk, veeleer dan op discussie over concepten en verschillende meningen hieromtrent. Dit vormde uiteraard een uitdaging, aangezien er rond de thematiek diverse gevoeligheden bestaan en deze ook wel eens leiden tot heftige discussies in de pers.

Trouw aan het opzet van de studiedag werd dus gestreefd naar dialoog met de praktijk en het aanreiken van handvatten voor het werk als zorgverlener of therapeut. De toetsing aan evidence-based inzichten en wetenschappelijke uitgangspunten vormde daarbij bij de diverse sprekers een vanzelfsprekende reflex, maar lag niet in eerste instantie op de voorgrond.

De drie O's van stress: een eenvoudig model voor de praktijk

Edel Maex, psychiater in het ZiekenhuisNetwerkAntwerpen (ZNA), oprichter van de Stresskliniek in ZNA Sint-Elisabeth, waar hij werkt met mindfulness-training, auteur van diverse boeken waaronder "Mindfulness, in de maalstroom van je leven" (Lannoo 2006) en "Open Mind" (Witsand 2010).

Voor het programmaboekje omschreef Maex zijn bijdrage als volgt: "We hebben een fantastische geneeskunde. We kunnen dingen die geen enkel geneeskundig systeem in geen enkele cultuur waar ook ter wereld ons voorgedaan heeft. Toch vertrouwde een huisarts mij onlangs toe dat misschien maar 10% van zijn nieuwe patiënten 'iets hebben'. Dat betekent niet dat deze mensen niet lijden, maar onze geneeskunde mist de modellen om over deze problematiek te denken en er goed mee om te gaan. Het drie O's-model is een eenvoudig model om reeds lang bekende wetenschappelijke evidentie te ordenen, naar de patient toe te communiceren, en samen met hem of haar een behandelstrategie uit te zetten."



Met het drie O's-Model (organisme, omgeving, omgang) ontwerpt Maex een referentiekader dat uitgaat van de overtuiging dat lichaamsklachten vaak te veel en te eenzijdig benaderd worden vanuit een medisch model dat te smal vanuit het organisme denkt. Vanuit deze overtuiging houdt hij een pleidooi voor het behandelen van klachten in een breder kader van interactie met de omgeving en de context. Daarbij acht hij het belangrijk dat ook stilgestaan wordt bij de manier van omgaan met klachten binnen specifieke contexten. Om deze manier van omgaan ermee te faciliteren, wordt mindfulness-training aangewend; zo bijvoorbeeld via de vraag 'hoe voelt mijn lichaam nu na een vermoeiende werkdag?'.
Het drie O's -model is een eenvoudig model om wetenschappelijke evidence te ordenen, naar de patient toe te communiceren, en samen met hem of haar een aangepaste behandelstrategie uit te zetten.

In de uitwerking van zijn lezing besteedde Maex veel aandacht aan de vraag 'over wiens lichaam gaat het?' en aan het perspectief van de persoon zelf hierbij. Juist op dit punt situeren zich namelijk de valkuilen van de klassieke geneeskunde. De arts-behandelaar heeft namelijk de neiging om – goed bedoeld – te vertrekken vanuit een algemeen perspectief dat objectieve informatie aanreikt over wat goed kan zijn voor de cliënt. Valkuilen hierbij zijn: 'goede raad' (bijvoorbeeld 'het wordt hoog tijd dat je einde maakt aan je relatie'), 'dooddoeners' (bijvoorbeeld 'je zult er moeten mee leren leven'), 'angst voor vraagtekens' (vanuit de houding van 'ik weet wat goed is voor jou').

Maex hield tegen de achtergrond van deze meer objectiverende algemene aanpak een pleidooi voor een geneeskunde die vertrekt van het perspectief van de cliënt; anders gezegd, voor een *participatory medicine*. Dit houdt in dat men consequent mét de cliënt op zoek gaat naar antwoorden die aansluiten bij het verhaal van het eigen lichaam en bij de eigen levenscontext. Het gaat daarbij niet zozeer om 'het lichaam dat een ziekte heeft', maar meer om het lichaam dat een bepaalde beleving heeft en zich gestresseerd en ziek weet.

Vanuit deze basishouding van participatief handelen, gaf Maex vervolgens een presentatie van een aanpak die ondersteunend kan werken, namelijk het stressreductieprogramma zoals onder meer aangeboden in de Stresskliniek van het ZNA Sint-Elisabeth in Antwerpen. Voor verdere informatie kan hier verwezen naar een boek van Maex, met name *"Mindfulness, in de maalstroom van je leven"* (Lannoo 2006). Zowel de training in groep als het zelf oefenen thuis hebben elk hun belang, en werken aanvullend. Verder vullen de voorziene formele oefeningen en de meer informele oefeningen elkaar aan. Informele oefeningen betreffen kleine momenten tussendoor waarin je bijvoorbeeld gedurende enkele ogenblikken op je ademhaling let en enkele keren diep en rustig in- en uitademt. Maex ging bij de voorstelling van het programma nader in op de drieslag van stoppen-kijken-handelen. Stoppen is een noodzakelijke voorwaarde om met aandacht stil te staan. Daarbij is het hier-en-nu van dit ogenblik belangrijk en het bewust richten van de aandacht op de ademhaling. Telkens opnieuw vormt dit een uitdaging, aangezien emoties, indrukken en verwachtingen vaak met ons aan de haal gaan en het basisgevoel van geleefd te worden, installeren. Kijken is oog hebben voor al wat zich aandient: het prettige en het mooie, maar ook schaduwkanten als onrust en ergernis, en moeilijke gevoelens die zich aandienen. Handelen betreft de volgende stap. Het gaat om het handelen voorbij de routinematige

vanzelfsprekende reactiepatronen. Meditatie neemt de vanzelfsprekendheid namelijk weg en geeft de gelegenheid om met aandacht een specifiek antwoord op een specifieke situatie te geven.

Om Maex' inzichten en aanbevelingen wat kleur en vorm te geven, volgen hier enkele markante citaten uit het zopas genoemde boek:

"Toen ik – ondertussen alweer een hele tijd geleden – als psychiater afstudeerde, zat ik zelf met één grote vraag: hoe overleef ik de dagelijkse confrontatie met zoveel menselijk lijden, met het verdriet, de angst, de trauma's, het verlies ... ? Ik moest zien te varen tussen twee klippen. Aan de ene kant het risico om zelf overspoeld te raken door alle pijn en emotie, en op te branden. Aan de andere kant het gevaar om af te stompen en gevoelloos te worden, objectiverend, ontoegankelijk, niet meer te raken door het lijden van mijn patiënten." (p. 11)

"Natuurlijk komen er in mindfulness-training momenten voor van rust en ontspanning, van vreugde, misschien zelfs van extase (waarom niet eigenlijk), maar zoals alle momenten zijn die ervaringen vluchtig. Meditatie zet je snel weer met beide voeten op de grond. Dan ben je weer in de dagelijkse, soms mooie, soms rauwe werkelijkheid. 'Back on Boogie Street', zoals Leonard Cohen zingt. Het is die werkelijkheid waar het in mindfulness-training om gaat." (p. 109)

"Mindfulness-training leert je dat je uiteindelijk niet aan de soms mooie, soms rauwe werkelijkheid ontsnapt, maar dat anderzijds mildheid, respect en waardigheid het leven in de realiteit van 'Boogie Street' mogelijk maken." (p. 110)

"De Nederlandse taal heeft niet echt een woord voor mindfulness. Het woord betekent ook in het Engels allang niet meer wat het volgens het woordenboek zou moeten betekenen. Het is een grensoverstijgend begrip geworden en is het beste te definiëren als: een milde open aandacht. Alle woorden zijn hier belangrijk. ... Mindfulness is een open aandacht. Dat wil zeggen dat we met dezelfde aandacht het mooie meisje en de oude man gadeslaan, dat we gelijke aandacht geven aan prettige en onprettige gevoelens en gedachten." (p. 49)

"In een gesprek van een aantal westerse psychologen en neurowetenschappers met de Dalai Lama bracht een van de psychologen het probleem aan bod van het gebrek aan zelfwaardegevoel waar veel mensen mee kampen. Tot ieders verrassing was dit een voor de Dalai Lama totaal vreemd concept. Het is zelfs in het Tibetaans niet vertaalbaar. Het feit dat bijna alle westerlingen in meerdere of mindere mate in een soort innerlijke dialoog zichzelf zitten te bekritisieren en zichzelf niet goed genoeg vinden, was voor hem onbegrijpelijk." (p. 81)

"Niet oordelen, respect en mildheid maken een wezenlijk deel uit van mindfulness. Wat zich ook voordoet, alles wordt in meditatie met respect en mildheid behandeld. Het maakt daarbij niet uit of het gaat om dingen die je aan jezelf toeschrijft of aan iets of iemand anders, die je ervaart als binnen jezelf of als buiten jezelf. Op papier is dat heel vanzelfsprekend. Weinig mensen zullen bezwaar maken tegen respect en mildheid als basishouding. In de praktijk van de meditatie verliest dit meestal snel zijn vanzelfsprekendheid. Als je jezelf voortdurend zit te veroordelen om je eigen tekortkomingen en onvolkomenheden, is het niet zo eenvoudig om uitgerekend daar met respect en mildheid naar te kijken. ... Als je merkt dat mildheid je op een bepaald ogenblik heel moeilijk valt, blijft er niet anders over dan ook naar dat feit mindful, dus met mildheid en respect te kijken." (pp. 81-82)

'Wie vangt mij op?': behandelen van conversiestoornissen in een groepstherapeutisch klimaat

Chaja Kaufmann, klinisch psychologe, psychotherapeute, en lichaamsgericht therapeute, supervisor en leertherapeute van de Vereniging voor Cliëntgerichte Psychotherapie (VCgP), tevens groepspsychotherapeute en systeemtherapeute, werkzaam als chef de clinique/beleidspsychotherapeute in COLK (Centrum voor onverklaarde lichamelijke klachten)/Yulius te Gorinchem, Nederland.

In haar lezing nam Kaufmann ons aan de hand van filmfragmenten mee in de behandeling van een cliënt met een conversiestoornis, en dat vanuit het perspectief van het interdisciplinair team binnen de behandelsetting van het COLK in het Nederlandse Gorinchem. In haar workshop in de namiddag gaf ze een heel concrete illustratie van het groepstherapeutisch werken in deze behandelsetting. Een aantal deelnemers werden uitgenodigd om specifieke rollen hierin op te nemen. Andere deelnemers namen de rol op van toeschouwer. Zo kon men concreet en vrij tastbaar ondervinden op welke wijze een dergelijke groepsessie verloopt en vanuit welke optiek er in de praktijk gezocht wordt naar oplossingen.



In de lezing werd aan de hand van filmfragmenten (uit de film 'Onverklaarbaar' van Patrick Bisschops) uitleg gegeven over het werken met conversiestoornissen in behandel-, zorg- en kenniscentrum COLK/Yulius (visie, methodiek, concrete aanpak). In de filmfragmenten ging het daarbij om de behandeling en het levensverhaal van een bepaalde cliënt met een conversiestoornis. Daarbij was er onder meer aandacht voor: het perspectief van het interdisciplinair team, de begeleiding door zorgprofessionals uit diverse disciplines, de familie van de betrokkene, en ook zijn ruimere leefwereld en zijn sociaal netwerk.

Kaufmann gaf haar lezing tegen de achtergrond van haar jarenlange belangstelling voor de verbinding tussen psyche en soma, de samenhang met beweging en de invloed op emoties. De ontwikkeling van een groepspsychotherapeutische aanpak voor cliënten met conversiestoornissen is in dit licht een belangrijk professioneel speerpunt. Bijkomend vindt ze inspiratie in tango-dansen. Tango biedt namelijk vele mogelijkheden om aansluitend bij therapie op creatieve wijze te werken met de boven vermelde thema's. Concreet heeft ze op dit punt een methodiek ontwikkeld ten behoeve van echtparen die hun relatie willen verdiepen.

In het groepstherapeutisch rollenspel werd in de namiddag dan verder verdiepend en concreet ingegaan op de lezing. De deelnemers konden aan den lijve ondervinden hoe oplossingen gezocht worden in een groepsessie. Ze kregen de kans om te ervaren op welke wijze vanuit pijnklachten, hindernissen in het zich concentreren en andere beperkingen samen openingen gevonden worden. Daarbij werd nader ingegaan op de diverse mogelijkheden om hiermee als psychotherapeut om te gaan.

Over de thematiek publiceerde Kaufmann onder meer het volgende artikel: *Onverklaard maakt onbemind: het werken met onverklaarde lichamelijke klachten in de groep*, in *Tijdschrift Cliëntgerichte Psychotherapie* 49 (2011/1) 38-53.

Conversiestoornis en therapeutisch perspectief

In haar lezing omschreef Kaufmann een conversie als volgt:

- Een verandering in of het verlies van een lichamelijke functie.
- Verstoorde bewuste controle over de motoriek, zintuigfunctie en bewustzijn.
- Associatie met psychologische stressoren.
- Geen simulatie of nagebootste stoornis.

In het COLK te Gorinchem werkt men met cliënten vanuit een therapeutische optiek waarin vanuit een cliëntgericht perspectief grote aandacht gegeven wordt aan het eigen verhaal van de persoon. Vanuit verschillende disciplines zoekt men naar afstemming op de biografie en op de context waarin iemand

leeft, werkt en in relatie tot anderen staat. In dialoog met de persoon gaat het in de behandeling ook om de zoektocht naar de wijze waarop hij of zij het contact met het eigen lichaam negeert of de manier waarop dit verstoord is geraakt. Daarbij wordt ruimte gegeven aan traumatische gebeurtenissen in de levensgeschiedenis en naar de manier waarop hij of zij ermee is omgesprongen. De eigen waarde van persoon zelf primeert hier, en ook de manier waarop hij of zij het verleden in het hier-en-nu een plek geeft; en niet de duiding die eraan gegeven kan worden vanuit psychologische verklaringsmodellen. In plaats van het vinden van sluitende antwoorden, gaat het eerder om de beleving van de persoon en om de betekenis die vanuit het hier-en-nu aan de levensgeschiedenis gegeven wordt.

Mentaliserend vermogen en hoop

Een van de uitgangspunten betreft het onvermogen van OLK-cliënten tot lichaamsmentaliteit en de bijdrage die de groepstherapeutische setting op dit punt kan bieden.

OLK-cliënten hebben het moeilijk om de eigen lichaamssignalen waar te nemen, en ook deze van de anderen. Het kost hen grote moeite om er ontvankelijk voor te zijn en verbinding te maken met onderliggende mentale inhoud.

Groepspsychotherapie kan een helende en corrigerende functie vervullen. Vaak zijn er namelijk bij OLK-cliënten ook kwetsuren op het punt van 'erbij horen'. Men heeft vaak een geschiedenis van zich niet begrepen voelen, zich verstoten voelen en te weinig erkenning krijgen. Groepspsychotherapie kan dan een belangrijke rol spelen, met name in de beleving van nieuwe, positieve ervaringen. Ook kunnen de groepsleden de rol vervullen van spiegel te zijn voor elkaar: men ziet dat anderen vergelijkbare problemen hebben. Ook kan men hoop putten uit het gegeven onderdeel van een groep te zijn en van anderen te leren. Men treedt uit het isolement van de eigen onmacht. En men leert in zekere zin van elkaar in de zoektocht naar handvatten om met het onvermogen tot lichaamsmentaliteit om te gaan. Dat geeft hoop en ruggensteun.

Om Kaufmanns betoog wat kleur en nuance te geven, volgen hieronder enkele treffende citaten uit het genoemde artikel.

Onveilige hechting

"Bij cliënten met onverklaarbare lichamelijke klachten zien wij verschillende gevolgen die ontstaan kunnen zijn door onveilige hechting terug. Er was onvoldoende geruststelling en het gevoel dat ouders het 'onder controle' hadden ontbrak. Er was onvoldoende aandacht voor de wereld van het kind. De broodnodige 'vertaling' die het kind nodig heeft om de 'grote mensenwereld' te begrijpen werd niet gemaakt. Door het tekort aan emotionele aandacht bouwen deze cliënten van jongs af aan al een tekort op waarin zij soms verbazingwekkend lang een soort van balans kunnen houden. Immers, ze leren zich al vroeg sterk te maken en staande te houden. Vaak wordt deze balans verstoord door een herhaalde traumatische gebeurtenis, een ongeluk of overlijden van een dierbare, waardoor het lichaam alle tekortkomingen 'ineens' lijkt te voelen en op 'eigenwijze' reageert." (p. 41)

Verstoring van de balans

"De verstoring van balans zien wij ook in het autonome zenuwstelsel terug. Er ontstaat een disbalans van het sympathische en parasympathische zenuwstelsel. Bij kinderen die onvoldoende gerustgesteld zijn maakt de sympathicus 'overuren'. De werking van de parasympathicus die het lijf juist ondersteunt in rust (spijsvertering, vertraging hartslag) werkt onvoldoende. Deze kinderen beginnen als het ware met een tekort waardoor zij onvoldoende leren hun eigen lichaam te kalmeren in tijden van spanning. Dit zorgt voor een voortdurende staat van paraatheid." (p. 41)

Groepstherapie

“Mijn ervaring is dat juist deze groep cliënten veel profijt heeft van deelname aan een groep. Veel cliënten voelen zich niet gezien en gehoord en zijn bang zich te openen. Zij zijn vaak teleurgesteld in de ander, hebben aan sociale contacten ingeboet en hebben de hoop opgegeven begrepen te worden. Dit maakt dat het aanbieden van een behandelgroep in eerste instantie tot veel weerstand kan leiden, maar de winst is des te groter als het de cliënt lukt zich in de groep wel open te stellen en respons van medegroepsleden te krijgen. Het motiveren van de cliënt tijdens de intakefase is belangrijk en het blijft steeds de vraag of de cliënt zich zal willen storten in het avontuur van een groepstherapie. Mijn ervaringen daarin zijn overwegend positief.” (p. 42)

Interdisciplinaire aanpak en experiëntiële benadering

“... deze cliënten hebben een grote portie wantrouwen tegenover hulpverleners aangezien ze vaak zijn afgewezen. Transparantie en empathie en het creëren van een veilig klimaat, een *holding environment*, biedt hen de mogelijkheid als nog een *corrective emotional experience* op te doen en biedt een opening om anders met hun klachten en omgeving om te leren gaan.

De combinatie van verbale en non-verbale technieken sluit op een voorbewust niveau aan en reikt cliënten ‘gereedschap’ aan om eigen lichaamsobservaties te beschrijven en deze vervolgens beter te begrijpen.

Deze meer experiëntiële benadering sluit aan bij het tekort dat deze cliënten hebben opgedaan. Dit is een andere houding dan die men vaak tegenkomt en die van een cognitief, gedragstherapeutisch standpunt uitgaat. Daarbij hoopt men dat het leren omgaan met klachten voldoende is.

Onze overtuiging is dat een combinatie van leren begrijpen en betekenis geven de meeste aanknopingspunten biedt. Cliënten begrijpen meestal niet waardoor hun klachten zijn ontstaan en waardoor deze in stand worden gehouden.” (p. 46)

Het lichaam uit balans: van 'onverklaarde' klachten naar 'een nieuw evenwicht'

Boudewijn Van Houdenhove, psychiater en emeritus-hoogleraar medische en gezondheidspsychologie aan de Katholieke Universiteit Leuven, auteur van onder meer "Herwin je veerkracht: omgaan met chronische pijn en vermoeidheid" (Lannoo, 2009), "Stress, het lijf en het brein: ziekten op de grens tussen psyche en soma" (LannooCampus, 2007), en van "Luisteren naar het lichaam: waarom het 'verhaal' van de CVS-patiënt belangrijk is", in B. Van Houdenhove, P. Luyten en J. Vandenberghe (red.), "Luisteren naar het lichaam: het dualisme voorbij", LannooCampus, 2010, pp. 139-146.

In de plenaire slotlezing reikte Boudewijn Van Houdenhove een referentiekader aan dat ons helpt om psychosomatische klachten beter te begrijpen en te behandelen. Vertrekkend van chronische pijn- en uitputtingssyndromen (CVS/fibromyalgie), ging hij nader in op de moderne neurobiologische stresswetenschap, en de klinische bruikbaarheid van het stressconcept als basis voor een acceptabele en werkbare ziekte-theorie die zorgverleners en therapeuten handvatten geeft voor de begeleiding van deze patiënten. Motiveren tot zelfwerkzaamheid, realistische inschatting van de eigen draagkracht, en hulp bij de zoektocht naar een nieuw evenwicht staan hierbij centraal.



Zelfwerkzaamheid, realistische inschatting van de eigen draagkracht, en de zoektocht naar een nieuw evenwicht staan centraal in de begeleiding.

Van Houdenhove vertrok van de stelling dat "lichamelijke klachten en syndromen waarvoor bij medisch onderzoek geen duidelijke somatische verklaring wordt gevonden, frequent voorkomen in alle medische settings" (Presentatie) en ook dat "daaronder er heel wat mensen zijn die lijden aan 'onverklaarde' chronische uitputting én snelle vermoeibaarheid, meestal gepaard gaande met verspreide pijn en pijn/prikkel-overgevoeligheid" (Presentatie).

Zijn lezing kreeg de volgende indeling:

1. Relevantie van het stress-adaptatiemodel voor de diagnostiek van uitputtings- en pijnsyndromen (CVS/fibromyalgie).
2. Relevantie van het stress-adaptatiemodel voor het onderzoek naar de oorzaken van CVS.
3. Relevantie van het stress-adaptatiemodel voor de behandeling van CVS.

Bij de uitwerking van zijn lezing legde Van Houdenhove een aantal treffende accenten. Zo hield hij een pleidooi voor een 'dynamisch-diagnostische' visie, waarin het stressconcept centraal staat en waarbij de inspannings- en stressintolerantie als hoofdcriterium bij de screening opgenomen wordt. Verder maakte hij een duidelijk onderscheid tussen het ethologisch en het pathofysiologisch onderzoek. Het onderscheid kan onder andere heel wat misverstanden voorkomen rond de 'oorzaak' van CVS. Het ethologisch onderzoek betreft het nagaan van 'het waardoor' van de klachten en van het in stand houden ervan. Het pathofysiologisch onderzoek betreft het detecteren van de ziektemechanismen.

De ethologische dimensie betreft: kwetsbaarheid, uitlokkende factoren, en onderhoudende factoren. Tegen die achtergrond accentueerde hij het gegeven dat "diverse fysieke en psychosociale 'stressoren' bij CVS een cruciale rol spelen als uitlokkende, kwetsbaarheidsverhogende en/of in stand houdende factoren" (Presentatie).

Uitlokkende factoren zijn: "virale infecties, fysieke trauma's, operatieve ingrepen, slaapstoornissen, zwangerschap, en/of negatieve levensgebeurtenissen, chronische psychosociale stress en (soms) acute psychische trauma's" (Presentatie).

Kwetsbaarheid betreft: "het genetische aspect; negatieve affectiviteit, perfectionisme; voorafgaande depressie; een overactieve levensstijl; een 'slechte start' in het leven" (Presentatie)

Onderhoudende of herstelbelemmerende factoren kunnen zijn: "fysieke deconditionering, bijkomende depressie of angst, slaapstoornissen, onvruchtbare attributies, periodische overactiviteit, gebrek aan sociale steun, iatrogene factoren, chronische virale/bacteriële infecties" (Presentatie).

Hij beklemtoonde daarbij dat "het relatieve aandeel van psychosociale en/of fysieke stressoren bij elke CVS-patiënt verschillend is en dat er vaak combinaties optreden" (Presentatie).

De pathofysiologische dimensie heeft betrekking op de ziektemechanismen en op het onderliggende stress-systeem. Hiermee richtte hij de focus op de neurobiologie van stress en hij stelde dat "onze evolutionaire geschiedenis ons voorzien heeft van een stress-systeem, dat ons helpt om in evenwicht te blijven, ondanks steeds wisselende fysieke en psychische omstandigheden" (Presentatie). Dit kan met het concept 'allostasis' getypeerd worden. Hierbij vermeldde hij B.S. McEwen als grote inspiratiebron. Van hem is het gezegde: *stability through continuous change*.

"Het stress-systeem ondersteunt en beschermt, maar kan ook beschadigen. Bijvoorbeeld: bij fysieke of mentale druk/belasting helpt het stress-systeem ons om ons evenwicht te vrijwaren; maar, datzelfde systeem kan zich in bepaalde omstandigheden tegen ons keren en ons ziek maken" (Presentatie). Dit betreft vooral omstandigheden waarbij de stress heel intens is en/of te lang duurt, en dat gekoppeld aan het gegeven dat we er niet goed mee omgaan (bijvoorbeeld door een negatieve levensstijl te hanteren). In een dergelijke situatie geraakt het stress-systeem uit evenwicht. Dit kan getypeerd worden als een 'langdurige hyperfunctie' van het stress-systeem. Psychische en lichamelijke stoornissen ontstaan als gevolg ervan ('stressgebonden aandoeningen'). Zo slaat allostasis om naar 'allostatische (over)belasting', waardoor het risico op ziekte toeneemt.

Specifiek wat CVS-patiënten betreft, stelde hij "dat er vrij veel evidentie is gevonden voor de hypothese dat bij chronische uitputtings- en pijnsyndromen het stress-systeem onvoldoende reageert op belasting" (Presentatie). De 'overdrive' of hyperfunctie van het stress-systeem slaat dan om in 'underdrive'. Zo melden CVS-patiënten regelmatig dat "hun lichaam op 'belasting' reageert met griepachtige symptomen die hun 'dwingen' de activiteit stop te zetten" (Presentatie). Het gaat dan om een "abnormale prikkel- en pijngevoeligheid (hyperalgesie en mechanische allodynie), die berust op een 'centrale sensitisatie'; en dat via verhoogde cytokine-productie en via verstoring van centrale pijninhiberende systemen" (Presentatie).

Samenvattend stelde hij dat bij CVS-patiënten het stress-systeem door te langdurige of intense belasting verstoord is en dat het allostatisch of adaptief vermogen zoek geraakt is. Hierdoor is men niet meer in staat om de normale regelende en adaptieve functies te vervullen, ook wanneer de voorafgaande chronische belasting weggevallen is.

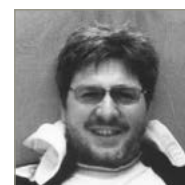
Wat therapeutische aanpak betreft, merkte Van Houdenhove het volgende op:

- Snelle, curatieve therapie is niet beschikbaar.
- Wel kunnen de symptomen verlicht worden door medicatie.
- Maar, er kan een aanzienlijke verbetering optreden van de levenskwaliteit en het functioneren, en er kan zich een progressief herstel van de belastbaarheid en van de pijn/prikkel-gevoeligheid voordoen, op voorwaarde dat de CVS-patiënten goed met hun ziekte leren omgaan.
- Goed omgaan met de ziekte betekent:
 - De ziekte en de beperkingen accepteren.
 - Activiteiten zorgvuldig doseren.
 - Belastbaarheid geleidelijk verhogen door voorzichtig opgebouwde oefeningen.
 - Levensstijl en levensdoelen op lange termijn aanpassen.
 - Met als doel: een 'nieuw evenwicht' waarbij de allostatische adaptatiemechanismen terug normaler functioneren.
 - Zelfredzaam en zelfwerkzaam worden vanuit het zelf kaderen van het eigen klachtenpatroon; en wel vanuit het zelf vinden van 'een plausible ziekte theorie', die helpt om het contact met het lichaam te herstellen en om zelf aan verandering te werken.

Het lichaam in Psychomotorische Therapie - met aandacht voor de wisselwerking tussen de psychomotorische en somatische aspecten van de lichaamsbeleving

Hugo Peeters, licentiaat in de motorische revalidatie en kinesithérapie, psychomotorisch therapeut divisie Volwassenen (Psychosezorg en Structurerende zorg) OPZ Geel.

Binnen de huidige context moeten de therapeutische interventies beantwoorden aan de matrix van 'evidence-based practice'. Wanneer we het lichaam hierin willen centraal stellen, dan vragen we eigenlijk: "Hoe komen we het best tegemoet aan de hulpvraag van onze cliënt(en), patiënt(en) voor zijn lichamelijke klachten ten gevolge van zijn aandoening?" Laten we enkele voorname psychiatrische ziektebeelden onder de loep nemen en kijken hoe 'het getroffen lichaam' de ziektesymptomen ondergaat of er tegen revolteert.



Psychiatrische ziektebeelden en het getroffen lichaam

Bij het ziektebeeld van schizofrenie verwachten we een opsomming van de klassieke positieve en mogelijke negatieve symptomen, maar onze interesse gaat eerder uit naar de invloed van de symptomen op het lichamenlijk functioneren. In de beginfase worden deze patiënten geconfronteerd met een verlies aan realiteit. Het al dan niet of meer onder controle krijgen van hun leven leidt tot angsten, een aanhoudende alertheid, met een nefaste invloed op hun energiebalans, op de fysieke activiteiten en uiteindelijk op hun lichamenlijke gezondheid. Bovendien ontstaat er bij mensen met schizofrenie een beperkt repertoire aan copingsvaardigheden om met stressgevoelens om te gaan, hetgeen de levenskwaliteit aanzienlijk vermindert.

Een andere groep betreft patiënten met stemmingsstoornissen. Hier denken we onmiddellijk aan de bipolaire stoornissen, waar men in de manische fase de lichamenlgrenzen volledig overschrijdt en de energiebalans volledig uitput. Wanneer het lichaam niet meer kan, volgt de depressieve periode met interesseverlies en verdere inactiviteit. Het lichamenlijk welzijn is dan verdwenen.

De groep van mensen met een mentale beperking wordt ruimer bekeken dan verstandelijk gehandicapten in de striktere zin; het gaat hierbij om mensen die baat hebben bij sociale vaardigheidstraining en assertiviteitstrainingen.

Deze groep van mensen met een mentale beperking heeft het moeilijk met de kritische reflecties uit de omgeving; ze zijn vatbaar voor suggestieve beïnvloedingen en ze hebben doorgaans een gebrek aan zelfstandigheid. Hierdoor komen ze regelmatig in conflictsituaties terecht, vertoeven ze frequent in 'vechtvlucht'-situatie; ze blijven verstrikt in het relationele en gaan vereenzamen; hetgeen de lichamenlijke gezondheid helemaal onderuit haalt.

Tenslotte bekijken we de groep van mensen met angststoornissen. De lichamenlijke fenomenen die we gewaarworden tijdens een angstaanjagende situatie, bijvoorbeeld tijdens het bekijken van een film, of de lichamenlijke sensaties als we verschieten, behoren tot de beleving van vele mensen. Maar, wanneer onzekerheden, angsten en paniekaanvallen zich op heel regelmatige basis voordoen of als een constante ondertoon - gespannen blijven en gestresseerd zijn - aanwezig blijven, dan gaat het om een specifiek psychisch probleem, waarbij de lichamenlijke gezondheid volledig onderuitgaat, en waarbij extra-aandacht nodig is.

'Benefit of sports'

De voordelen van regelmatige lichaamsbeweging, ook bekend als 'duursporten', voor ons welzijn zijn voldoende wetenschappelijk onderbouwd. De laatste jaren wordt lichaamsbeweging door

verschillende welzijnsinstanties en commerciële organisaties dan ook gepromoot ter bevordering van de lichamelijke gezondheid of ter vermindering van bepaalde risicofactoren. Spijtig genoeg, maar ook hier plukken meestal vooral de 'actievelingen' de gezondheidsvruchten.

Anderzijds kunnen we ons afvragen 'wat' ons drijft en motiveert om onze lichamelijke gezondheid, welzijn te behouden of te verbeteren. Dat kan een gezondheidsmotief zijn, zoals fitter willen zijn, of stressongevoelig zijn, of ook het minimaliseren van de invloed van sommige psychofarmaca; terwijl anderen gaan bewegen om een beter psychisch evenwicht na te streven, zich te ontspannen, plezier te beleven en zelfs hun eigenwaarde te verhogen. Bovendien kan men in het sporten moeilijk het competitieve element wegdenken, waardoor zich kunnen uitleven en wedijveren eveneens een drijfveer kunnen worden. Voor sommigen is het dan weer gewoon om hun lichaamsgewicht onder controle te houden.

Samenvattend, kunnen we zeggen dat we willen fit zijn, mogelijke somatische risicofactoren verminderen, stressbestendiger zijn, en minder vatbaar zijn voor ziekten.

Volgens welke strategie lichamelijk gezond worden?

Het model van Bandura leent zich ertoe om via twee invalspoorren te werken. Zo hangt het al of niet tot een goed resultaat brengen van een fysieke opdracht af van het bezitten van de vereiste vaardigheden om deze opdracht tot een goed einde te brengen en van het bereiken van het verwachte resultaat. Op het niveau van de vaardigheden kunnen we interveniëren door stap per stap de vaardigheden aan te leren en te trainen. Het al of niet bereiken van het verwachte resultaat berust op het kunnen vrijmaken van de nodige energie om de fysieke opdracht te realiseren. Het motiveren en overtuigen zijn ingangspoorren voor onze interventie om het resultaat te behalen.

De belangrijkste vorm om tot een gedragsverandering te komen, is 'het zelf doen' door zich stapsgewijs te wagen aan fysieke activiteiten en daarbij succeservaringen te beleven. Het komt er op aan om te starten met fysieke activiteiten die in het begin zo weinig mogelijk belastend zijn, zodat stramheid of spierpijnen zo minimaal mogelijk optreden. Gaandeweg gaat men er plezier aan beleven en wordt men fitter en vaardiger. Als we bijvoorbeeld bij een zwaarlijvige cliënt het uithoudingsvermogen kunnen verhogen, zal door de vetverbranding ook het lichaamsgewicht verminderen en zal de perceptie omtrent fysieke conditie en aantrekkelijkheid verbeteren.

Het verbeteren van de lichamelijke zelfwaardering door fysieke succeservaringen zal ook invloed hebben op andere aspecten van het zelfbeeld, namelijk via de driehoek: 'cognitief – motorisch – sociale affectie/zelfwaardering' (Simons, 1988). De doelgerichte fysieke interventies van de therapeut dragen eveneens bij tot een verbeterde algemene zelfwaardering (Shavelson e.a.): ze kunnen de drempel verlagen voor het opdoen van andere leerrijke, cognitieve ervaringen.

Hoe lichamelijke gezondheid systematisch verhogen?

Fitness beantwoordt het best aan het criterium van een systematisch aangeboden en goed gedoseerde fysieke activiteit. Fitness is een gebeuren in groep en toch individueel, namelijk samen bezig zijn op verschillende toestellen volgens individuele doelstellingen en volgens parameters. Fitness geeft de mogelijkheid om verschillende toestellen te combineren, zich even af te zonderen, de buikspieren te trainen, en zich te integreren in een groep die aan het 'poweren' is.

Individueel trainingsprogramma

Voorafgaandelijk kan men een bewegingsanamnese afnemen om de nodige aanknopingspunten te vinden en een eerste beeld te bekomen over de lichamelijke conditie, maar ook over de fase van de medicamenteuze behandeling. Van belang is het afnemen van een submaximale inspanningsproef aan het begin van het revalidatieprogramma. Een 5-minuten-fitheidstest zit dan weer standaard in het programma op de ergometriefietsen of de loopband.

De meeste submaximale inspanningsproeven gebeuren bij ons op een ergometriefiets met of zonder zender. De aanvang-belasting of -arbeid worden via een tabelletje in de handleiding bepaald, namelijk: voor sedentaire mannen level 4-6 en voor vrouwen level 2-4. Deze waarden zeggen niet veel, maar zijn bruikbaar om de weerstand te bepalen bij de start van het trainingsprogramma. De submaximale inspanningsproef laat ons eveneens toe om de nodige recuperatietijd in te schatten. De herstelpols geeft een beeld over de aërobe conditie. Voor een goede tot zeer-goed-conditie moet de hartfrequentie tijdens de eerste minuut na de inspanning teruglopen met 30 à 50 slagen. Bij ongeveer 30 slagen kunnen we spreken van een goede conditie. Om de zwaarte van een trainingssessie na te gaan, kunnen we in rust de hartslagen na 1 minuut, na 3 minuten en na 5 minuten optellen; deze moeten onder de 350 slagen blijven, anders was de inspanning te zwaar.

Ieder individu heeft een andere recuperatietijd. Deze verschilt onder andere in functie van de leeftijd en is afhankelijk van de energievoorraden in de spier en lever, en van de verstoring van het chemische evenwicht door eventueel geleden beschadiging bij vorige fysieke inspanningen op het niveau van spierweefsel en/of spierbindweefsel. Anderzijds variëren de recuperatietijden in functie van de intensiteit van de inspanning: bijvoorbeeld bij duurtraining van minder dan één uur en een $VO_{2\max}$ kleiner dan 65 procent kan de recuperatietijd oplopen tot 24 uur; terwijl een duurtraining langer dan één uur en met uitputting van de energievoorraden de recuperatietijd tot 48 uur kan bedragen. Bij krachttraining door op heuvels te lopen, duurt de recuperatie tussen 48 en 96 uur.

De aangehaalde recuperatietijden gelden voor actieve mensen en kunnen richting geven bij het inschatten van de recuperatietijden van recreanten in de GGZ.

De recuperatietijd wordt verder eveneens bepaald door emotionele, relationele invloeden.

Een goed gedoseerd revalidatieschema houdt rekening met de energiebalans van de cliënt. Het lichamelijke welbevinden speelt hierin een belangrijke rol. Het zou beter zijn om de fitness-sessies dagelijks aan te bieden, zodat de cliënt in functie van zijn lichamelijk aanvoelen de trainingen kan spreiden of doseren over de ganse week.

Cruciaal is dat het revalidatieschema in overleg wordt opgesteld en dat het, wanneer dit nodig is, wordt bijgesteld.

Opbouw van een revalidatieschema

De opwarming moet voldoende lang zijn, namelijk minimum 15 minuten, aan een matige intensiteit en met zo veel mogelijk spiergroepen. Belangrijk hierbij is dat men zo lang mogelijk in het zuurstofrijke metabolisme blijft oefenen, zeker wanneer gewichtscntrole of gewichtsverlies zijn geïndiceerd.

Bij het verbeteren van de lichamelijke fitheid wordt met een duurtraining gestart aan de hand van een intensiteit tussen de 50 en 80 procent van de $VO_{2\max}$. De sessie duurt, doorgaans volgens intervaltraining, 30 à 45 minuten en wordt 2 à 3 keer per week herhaald. Wanneer de $VO_{2\max}$ niet gekend is, werken we met de hartslagreserve. De hartslagreserve is de spreiding tussen de maximale hartslag (220), verminderd met de rusthartfrequentie; deze geeft een betere voorspelbaarheid van het maximale zuurstofverbruik in vergelijking met enkel een percentage van de maximale hartfrequentie. De trainingsintensiteiten zijn voor een lichte inspanning tussen 45 en 55 procent van de rusthartfrequentie (HRR) en voor een rustige duurloop bij een recreatieve jogger tussen 55 en 65 procent van de HRR; terwijl tussen 65 en 85 procent van de HRR de belangrijkste zone voor aërobe duurloop ligt. Sedentaire personen beginnen best aan 40 procent van de HRR.

Regelmatig evalueren en bijsturen

De schaal van Borg kan gebruikt worden om de zwaarte van het revalidatieschema na te gaan. Verder dringen aanpassingen in functie van de gezondheidstoestand - zich slecht voelen of minder energie hebben - van de cliënt zich soms op. In bepaalde gevallen moeten we onze cliënt behoeden voor een te snelle progressie. Het best is het om de trainingsomvang nooit met meer dan 10 procent per week te verhogen.

Referenties

- Bandura, *Self-efficacy* (1977), in M.P. van de Steen en A. Vermeer, *Competentie en bewegingsbeïnvloeding*, in *Bewegen & Hulpverlening*, 1987/2.
- Borg G., *Borg's perceived exertion and pain scales*, Leeds: Human Kinetics Publishers, 1998.
- De Brauer D. en Konsten L., *Relationele lichaamsbeelden*, Leuven/Amersfoort: Acco, 1994.
- De Morree J.J. e.a., *Inspanningsfysiologie, oefentherapie en training*, Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2011.
- Goethals M., *Belang van fysieke activiteit in de preventie en behandeling van chronische aandoeningen*, in *Vlaams Tijdschrift voor Sportgeneeskunde en Wetenschappen*, 2001.
- Probst M. en Bosscher R.J., *Ontwikkelingen in de Psychomotorische Therapie*, Cure & Care Publishers, 2001.
- Shavelson e.a., *Self-concept: validation of construct interpretations*, in *Review of Educational Research*, jg. 46, 1976.
- Simons, J., *Het lichaamsbeeld en het zelfbeeld vanuit een psychomotorisch perspectief, literatuurstudie*, in TOKK, 1991/4, 167-180.
- Takken, T., *Inspanningstests*, Elsevier gezondheidszorg, 2007.
- Vlaamse Vereniging van Psychomotorische Therapeuten, *Studiedag "Lichaamsbeleving en zelfbeleving"*, 15 december 1992.

Hyperventilatie: psychische trigger met uitgesproken somatische repercussies

Fernand Saelen, licentiaat in de motorische revalidatie en kinesitherapie, centrale dienst kinesitherapie OPZ Geel, en verder werkzaam in Woon- en Zorgcentrum (WZC) Ter Vest (Balen) en in een eigen praktijk.

De term 'hyperventilatie' werd als dusdanig voor het eerst omschreven in 1930 als een specifiek syndroom. Toch was dit syndroom reeds veel vroeger bekend, maar werd de nauwe band tussen de psychische component en het somatisch lichaam toen nog niet gelegd. In de literatuur wordt vermeld dat naar schatting tot 11% van de consultaties bij huisartsen kunnen gerelateerd worden aan een of andere vorm van het hyperventilatiesyndroom. Bovendien komen de meeste hyperventilatieklachten voor in de professionele periode van een mensenleven (tussen 25-50 jaar) met als gevolg frequent absentisme en daarbij horende negatieve economische impact.



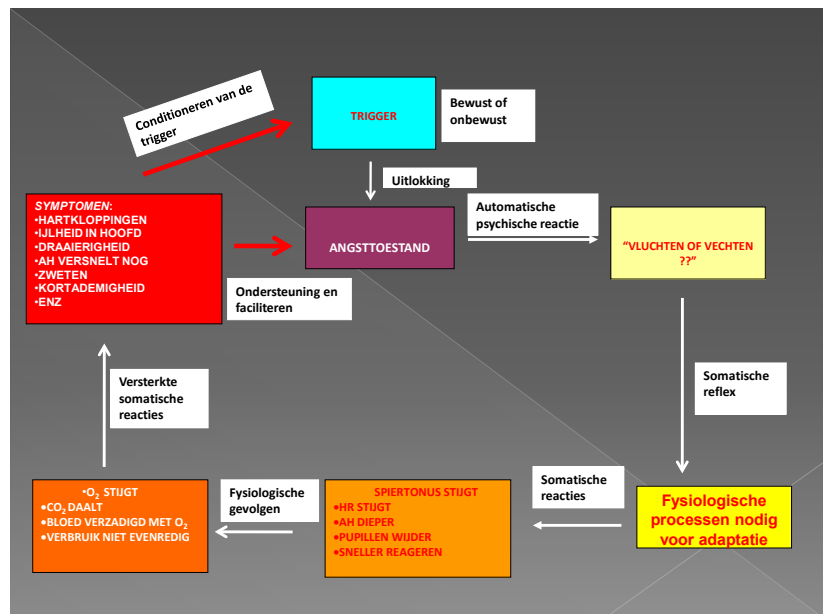
Het hyperventilatiesyndroom

Het mechanisme van hyperventilatie past als item goed in de globale thematiek van de studiedag. Eigen aan hyperventilatie zijn de verscheidenheid van optreden, de wisselende intensiteit, het voor de persoon niet kunnen vatten van de oorzaak, de duur en de uiteindelijke angst om een nieuwe aanval door te maken. Uiteindelijk ontwikkelt de persoon geleidelijk aan 'angst voor de angst'.

Een eerste aanval wordt door de persoon als zeer ingrijpend beleefd en hij/zij heeft het gevoel te sterven aan een hartaandoening. De symptomen bij een acute hyperventilatieaanval gelijken hier wel op en versterken dit gevoel. Enkele van deze symptomen zijn: benauwdheid, versnelde ademhaling en hartritme, hartkloppingen, gevoel van flauwvallen, zwaar gevoel in de borststreek, droge mond, tintelingen in de ledematen, enzovoort. Steeds is er een onderliggende factor van stress aanwezig die deze overdreven somatische gevolgen uitlokt met somatische dysfunctie tot gevolg.

De oorzaak bestaat bijna altijd uit een psychische trigger (bijvoorbeeld claustrofobie, agorafobie, angst voor grote massa's en dergelijke, kan op zichzelf staan of een onderdeel zijn van een ander ziektebeeld. De persoon is zich - zeker bij een eerste aanval - niet bewust van deze trigger en kan hem niet duiden. Dit kan tot gevolg hebben dat de persoon evolueert naar een vorm van een 'chronische hyperventilatie-toestand' waar de onderliggende angst steeds aanwezig is en een aantal somatische symptomen aanstuurt, zoals chronische hoofdpijn, slapeloosheid met vermoeidheid tot gevolg, veralgemeende gewrichtspijnen, maar zonder aanwijsbare concrete oorzaak.

Uiteindelijk gaat de persoon de uitgelokte symptomen onbewust koppelen aan de oorzaak en trachten de oorzakelijke situatie te vermijden. Wanneer deze situatie zich dan toch opnieuw voordoet, worden de overdreven somatische reacties opnieuw uitgelokt en gaat de persoon het verband tussen oorzaak en gevolgen nog versterken. Zo komt de persoon uiteindelijk in een vicieuze cirkel terecht van oorzaak, gevolg en onbewust versterken van de oorzaak. We kunnen dat samenvatten in onderstaand schema.



Uit dit schema blijkt dat de trigger in eerste instantie onbewust is, maar geleidelijk aan wordt de persoon zich bewust welke trigger de oorzaak is. De persoon zal dan proberen de uitlokkende situatie te vermijden, en indien dit niet kan, zal de persoon opnieuw een aanval doormaken.

Psychosomatische mechanismen

1. Algemeen

Uit het bovenstaande blijkt dat men een hyperventilatieaanval kan beschouwen als een vorm van leerproces. Een leerproces dat negatief ervaren wordt door het individu. Een trigger of een specifieke situatie leiden tot een overdreven somatische reactie die door de persoon als negatief ervaren wordt, gevolgd door feedback die de angsttoestand en de uitlokkende trigger versterkt.

Het primaire doel van ieder organisme is: overleven en zorgen voor het voortzetten van de soort. Dit geldt tevens voor het menselijk organisme. Essentieel hiervoor zijn continue adaptatie aan de omgeving en probleemoplossend vermogen/handelen. Op basis van de feedback die het organisme ontvangt van het resultaat van zijn eigen denken, handelen en bijsturen, is dit een continu leerproces. De evolutie van het zenuwstelsel en van de hersenen van de mens is in die zin tekenend: aanvankelijk primaire hersencentra waaraan later centra voor bewustzijn, psychische functies, emoties en uiteindelijk cognitieve functies aan werden toegevoegd. Deze evolutie heeft aan de menselijke soort steeds verfijndere instrumenten geleverd om zich gaandeweg beter aan de wisselende omstandigheden aan te passen. Deze centra vertegenwoordigen zowel de somatische als de psychische component van de mens. Men moet daarbij steeds voor ogen houden dat al deze centra met elkaar verweven zijn en in hun functioneren nooit gescheiden van elkaar kunnen beschouwd worden.

Voor een optimale adaptatie aan de omgeving en dus ook voor een optimaal leerproces is een zinvolle samenhang tussen deze somatische en psychische component vereist. De steeds snellere evolutie in deze moderne tijden is vaak de oorzaak van het verloren gaan van deze zinvolle samenhang. Een voorbeeld:

- Wanneer een organisme in een normale situatie in een stresssituatie terecht komt (bijvoorbeeld gevaar) wordt het psychische domein alert en anticipeert het hierop met een aantal somatische aanpassingen - snellere ademhaling, hartritme stijgt, bloeddruk stijgt enzovoort - die zinvol zijn voor deze situatie. De reactie die volgt (wegvluchten) is hiervan een gevolg. Het lichaam verbruikt een hoger zuurstofgehalte, het hartritme is aangepast aan de situatie, en dergelijke. Het organisme (van mens of dier) heeft een positief leerproces ondergaan voor toekomstige gelijkaardige situaties.

- In een situatie die we als niet aangepast kunnen beschouwen (bijvoorbeeld gehaast en in de file), worden de psychische en de somatische component als het ware ontkoppeld. De persoon is psychisch alert, het lichaam past zich somatisch aan aan deze psychische opdracht, maar er volgt geen reactie. Psychische stress brengt lichaamsfuncties op een niveau dat anticipeert op *lichamelijke actie* die echter *achterwege* blijft.

Naargelang de situatie en de prikkels die de hersenen via de zintuigen bereiken, worden specifieke kernen in de hersenen gestimuleerd en deze lokken tegengestelde – al naargelang van de prikkels – psychosomatische reacties uit die elkaar wederzijds inhiberen, namelijk *ergotrope* of *trofotrope* reacties. Deze reacties uiten zich somatisch langs drie grote wegen.

2. Ergotrope versus trofotrope reacties

- Een *ergotrope* reactie bereidt het lichaam voor op actie en maakt het slagvaardiger. Enkele somatische uitingen hiervan zijn onder meer: het stijgen van bloeddruk en hartritme, het stijgen van de spiertonus, het dieper worden van de ademhaling, het mobiliseren van meer glucose en het alerter worden van de persoon door prikkeling van de hersenschors. Vroeger beschreef men dit als een prikkeling van het *sympatisch* zenuwstelsel. De globale reactie van het individu naar deze alertere toestand wordt geïnduceerd door specifieke kernen in de hersenen; deze zijn gelegen in de meer naar achter gelegen kernen in het hypothalamus- en lymbisch systeem.
- Een *trofotrope* reactie is de antagonist van de ergotrope reactie en is gericht op herstel van het organisme naar rust en energieopbouw toe. Deze reactie wordt geïnduceerd door kernen in de hypothalamus en lymbisch systeem die meer vooraan gelegen zijn; ze werden vroeger beschreven als *parasympatisch*.

Beide reacties zijn reciprook inhiberend, hetgeen betekent dat bij prikkeling van de ergotrope kernen de trofotrope kernen automatisch gehinibeerd worden en omgekeerd. Een evenwichtig individu dat door bepaalde stimuli naar ergotroop evolueert, inhibeert automatisch de antagonistische kernen. Wanneer de somatische reactie adequaat aangepast is aan de psychische toestand evolueert het individu terug naar trofotroop en inhibeert het automatisch de ergotrope kernen.

In het geval van hyperventilatie keert het individu na een zeer uitgesproken ergotrope stimulus niet dadelijk terug naar trofotroop, omdat:

- a. de trofotrope kernen sterker dan normaal gehinibeerd worden, en
- b. de negatieve feedback van de somatische reactie de negatieve prikkel versterkt en de inhibitie langer doorgaat, waardoor de somatische reactie nog sterker wordt.

Dit proces gaat door tot de persoon de uitgesproken somatische reactie onder controle krijgt en de trofotrope kernen de inhibitie kunnen omkeren.

3. Wegen die leiden tot psychosomatische reacties

Het is zeker niet de bedoeling van deze tekst om te belanden in een neurofysiologische uiteenzetting. Verondersteld wordt dat de lezer voldoende neuro-anatomische en neuro-fysiologische kennis bezit om dit onderdeel zelf aan te vullen. Daarom geven we een kort overzicht van de belangrijkste wegen die in een evenwichtig functionerend individu aangesproken worden en die in het geval van hyperventilatie de wegen zijn die leiden tot de hyperventilatieaanval.

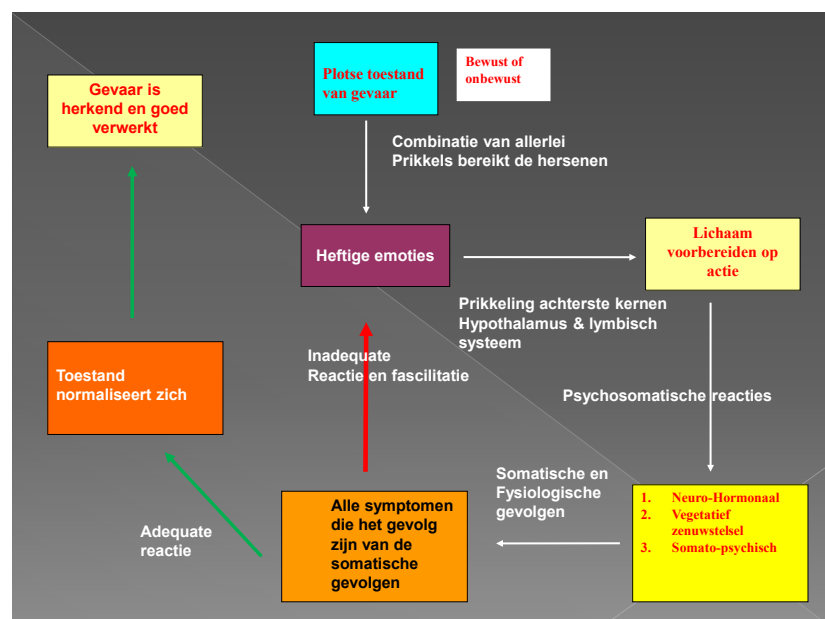
- *Neuro-hormonale weg*: allerlei prikkels bereiken via de zintuigen de hersenen en prikkelen bepaalde kernen in het hypothalamus- en lymbisch systeem; gevolg: via afgifte van specifieke hormonen door hypofyse, bijniemerg, enzovoort, worden een aantal organen gestimuleerd tot het nastreven van een ergotrope toestand.
- Het *autonome zenuwstelsel* wordt eveneens door deze hogere hersencentra gestimuleerd ofwel via het sympatische zenuwstelsel naar ergotroop ofwel via het parasympatische naar trofotroop. Neuro-hormonale en vegetatieve reacties kunnen nooit los van elkaar gezien worden en zijn meestal niet controleerbaar door de wil.
- *Psychisch-somatisch-psychisch*: soms hebben emoties een directe impact op het somatisch systeem en die impact leidt dan weer tot andere emoties. Bijvoorbeeld: wie kent niet het gevoel bij

het onverwacht horen van een mooi liedje uit de kindertijd dat hij/zij hevig ontroerd wordt, soms tot tranen toe en daarbij met allerlei herinneringen aan mooie tijden. Dit is een zuiver samenspel waarbij een somatische prikkel invloed heeft op de psyche die op haar beurt invloed uitoefent op het somatische.

Een chronische ergotrope toestand van het individu kan leiden tot chronisch lijden zoals onder meer spanningshoofdpijn of chronisch rug- of neklijden door chronische hypertonie. Acute psychische situaties leiden tot meer plotse reacties zoals bijvoorbeeld: aan de grond genageld staan van angst, een adembenemend schouwspel, enzovoort.

Het onderstaande schema toont hoe een heftige prikkel de specifieke kernen in de hersenen prikkelt en een reactie op gang brengt naar ergotroop via de drie hoger beschreven wegen. Tegelijkertijd worden de trofotrope kernen geïnhibeerd. Linksonder in het schema is te zien dat na het optreden van de somatische reactie er twee mogelijkheden zijn:

- ofwel past het lichaam zich adequaat aan aan de psychische toestand en normaliseert de toestand zich naar trofotroop. Dit gebeurt bij een evenwichtige reactie;
- ofwel worden de trofotrope kernen overmatig geïnhibeerd, het somatische lichaam past zich niet adequaat aan aan de psychische toestand, en door de somatische feedback maakt het individu een negatief leerproces door. De uitlokkende stimulus wordt versterkt en de ergotrope reacties nemen toe in intensiteit. Na verloop van tijd dooft de trofotrope inhibitie uit en normaliseert de toestand. Onbewust heeft de persoon de uitlokkende prikkel gelieerd aan de overmatige reactie en is de kiem voor een potentiële volgende aanval gezaaid.



Hoe en waar ingrijpen?

Belangrijk is dat de persoon inzicht verkrijgt in zijn/haar problematiek. In welke situatie treedt een aanval steeds op? Wat is de prikkel? Hoe ga ik daarmee om? Hoe kan ik er beter mee omgaan? Hoe kan ik dit in de toekomst vermijden of op zijn minst goed opvangen? Op deze en andere vragen die de persoon zich stelt, dient hij/zij een antwoord te krijgen, zodat de persoon leert bewust om te gaan met de prikkel en hij/zij snel kan anticiperen.

Het is daarbij ook nuttig dat de persoon zich beter bewust wordt van zijn/haar lichaam, en de signalen die zijn/haar lichaam uitzendt - eventueel als alarmsignalen - leert herkennen en correct plaatsen in de huidige situatie. Een goede beheersing van de ademhaling kan hierbij een grote hulp zijn, evenals het leren relaxeren in een stresssituatie.

Uit het voorgaande blijkt dat het behandelen van hyperventilatiepatiënten best in teamverband gebeurt, namelijk:

- inzichten worden aangebracht door psychiater/psycholoog;
- relaxatie door de PMT-therapeut;
- ademhalingsoefeningen worden uitgevoerd door de kinesitherapeut, eventueel zelfs gelijktijdig met een van beide.

Besluit

Hyperventilatie is een complex syndroom, zowel wat ontstaan betreft, als ook wat uitingsvormen, intensiteit, frequentie en behandeling betreft. Daarbij mogen we niet vergeten dat bij iedere persoon de symptomen kunnen verschillen en een individuele aanpak aangewezen is. De persoon inzicht laten verwerven in zijn/haar specifieke probleem is essentieel, waarbij ondersteuning door somatische therapeuten en relaxatietherapeuten een aan te bevelen optie is.

Referenties

Bourret P. en Louis R., *Anatomie du système nerveux central*, Paris: L'expansion scientifique Française, 1986.

Chusid J.G., *Correlative Neuroanatomy & Functional Neurology*, Los Altos (California): Lange Medical Publications, 1982.

De Weerd W., *Patiënten met neurologische aandoeningen: handleiding voor het functioneel onderzoek*, Leuven/Leusden: Acco, 2001.

Langman J., *Inleiding tot de embryologie*, Utrecht/Antwerpen: Bohn, Scheltema & Holkema, 1987.

Lenaerts C., *Hyperventilatie ontmaskerd*, Roeselare: Roularta Books, 2008.

Lenaerts C., *Hyperventilatie actief loslaten*, Roeselare: Roularta Books, 2008.

Van Cranenburgh B., *Schema's fysiologie*, Utrecht: De Tijdstroom, 1987.

Websites

www.cm.be/nl/100/klachten.../hyperventilatie/hyperventilatie.jsp
www.gezondheid.be
www.angstcentrum.be/hyperventilatie.htm
www.neurologiecontact.be

Het lichaam en de effecten van aromatherapie

Liesbeth Van Eynde, sociaal-cultureel werker, werkzaam als animator in WZC Lindelo in Lille, lid van de Werkgroep Verlieservaringen in OPZ Geel.

In deze keuzesessie werd nader ingegaan op het belang en de plaats van aromatherapie in begeleiding en behandeling van cliënten in de (geestelijke) gezondheidszorg. De focus werd specifiek gericht op de effecten van aromatherapie voor het psychisch welbevinden van cliënten.

Aromatherapie opent een wereld van geuren, die ten behoeve van diverse cliëntgroepen, en in het bijzonder bij ouderen die aan dementie lijden, een therapeutische meerwaarde geeft, omdat deze therapievorm op creatieve wijze de bejegening van deze cliënten verrijkt.

Aansluitend bij de gegeven informatie en voorstelling van de manier van werken, was er ruimte voor vragen, voor uitwisseling, en voor contact met collega's die op vergelijkbare wijze werken met creatieve methodieken in de bejegening van cliënten.



Aromatherapie opent een wereld van betoverende geuren. In hun veelvoud geven planten, kruiden, bomen en bloemen hun geurstoffen, hun eigen levenskracht aan ons mensen. Een aromatische behandeling kan een weldaad voor de huid zijn, een balsem voor de geest en brandstof voor de ziel. De ontvanger kan via een aromatische behandeling het gevoel krijgen dat zijn of haar lichaam nog de moeite waard is om bejegend te worden en dat hij of zij als persoon nog waardevol is.

Met aromatherapie is het mogelijk via de geurzenuw om functies zoals honger en dorst, agressie en angst, genot, slaap-waakcyclus, motivatie, emotionele geheugen, en andere te beïnvloeden. Aromatherapie prikkelt en activeert de hersenen en kan de persoon een prettig of ontspannen gevoel geven.

In de presentatie kwamen onder andere volgende items aan bod:

- De kern van aromatherapie, een tak uit de kruidengeneeskunde of fytotherapie, met aandacht voor de centrale doelstellingen ervan: het herstellen van het evenwicht en/of het bevorderen van lichamelijke, emotionele of geestelijke gezondheid.
- Het belang van het gebruiken van producten van goede kwaliteit.
- Concrete tips rond het aanschaffen van de producten.
- De werking van essentiële of etherische oliën, en wel op volgende niveaus: farmacologisch met effecten die vergelijkbaar zijn met de werking van bepaalde geneesmiddelen; fysiologisch (evenwichtsbevorderend, kalmerend, opwekkend); en psychologisch (directe werking wat gemoedstoestand en emoties betreft).
- Het feit dat iedere specifieke olie een dominante eigenschap heeft.
- Diverse toepassingsmogelijkheden (inwendig, luchtwegen, via de huid).
- Toepassingsgebieden bij de doelgroep ouderen op volgende vlakken: medisch, therapeutisch (bijvoorbeeld: ten behoeve van ontspanning, als interval bij agitatie/angst/verwardheid, met het oog op de bewuste ervaring van een aangenaam- 'rustvolle' zijnstoestand), en palliatief.
- De werking van aromatherapie op psychisch vlak, met aandacht voor de neurologische aspecten hiervan en voor de toepassing bij specifieke psychische problemen (bijvoorbeeld angst, milde depressie, slapeloosheid).
- Het gegeven dat aromatherapie een therapievorm is die enerzijds haar belang heeft bewezen als een aanvullende geneeswijze op basis van empirisch-wetenschappelijke gegevens, en die anderzijds blijvend onderzoek nodig heeft, onder meer in functie van acute medische zorg.

Het lichaam in afzondering en fixatie

Nick Mariën, *gegradueerd psychiatisch verpleegkundige Forensische K-dienst OPZ Geel en referentiepersoon Agressiehantering, en Peter Alderweireldt, gegradueerd hoofdverpleegkundige, teamcoördinator CKB-team (Crisis- en Kortdurende Behandeling) Netwerk GGZ Kempen.*

In het belang van de patiënt en de betaalbaarheid van de gezondheidszorg, verschuift het gewicht van de zorgverlening verder naar de thuissituatie. In het ziekenhuis verschuift het zwaartepunt van de zorgverlening naar crisisopvang, observatie en oriëntatie, en de behandeling van acute, zware en/of complexe pathologie. Deze evolutie maakt het werk van de intramurale professionele hulpverleners intensiever en stelt hogere eisen inzake veiligheid en conflicthantering.



Het omgaan met crisissituaties gebeurt vaak via de toepassing van dwangmaatregelen zoals afzondering en fixatie. Nochtans perken afzondering en fixatie de vrijheid van een individu in en worden deze maatregelen vaak door alle betrokkenen als ingrijpend of zelfs als traumatiserend ervaren. Bovendien is er een negatieve invloed op het therapeutisch proces en dragen afzondering en fixatie niet bij aan herstel.

In de workshop vertrokken de sprekers vanuit het OPZ Geel-project 'Zorg voor ongedwongenheid'. Tegen die achtergrond werd voornamelijk interactief gewerkt. Daarbij was er ruimte voor het belevingsaspect.

Aansluitend bij de sessie stond in de hal van de congresruimte de hele dag een grote 'kijk-box' opgesteld, waarmee de nieuwsgierigheid van de deelnemers gewekt werd. Via een groot aantal 'deursleutel-openingen' kon men kennismaken met diverse foto's en teksten, die een goed beeld gaven van de evolutie in het gebruik van dwangmaatregelen in de geestelijke gezondheidszorg van de afgelopen eeuwen.

Het thema betreft de verpleegkundige ethische besluitvorming en mogelijke dilemma's op dit punt. Vaak wordt een beslissing tot afzondering/fixatie genomen in chaotische omstandigheden, waarbij het niet eenvoudig is om alle aspecten snel en volledig te overzien. Daarbij kunnen verpleegkundigen met zichzelf in conflict komen, vanuit waarden en normen, maar ook vanuit hun rol om enerzijds een therapeutisch milieu op de leefeenheid te creëren en anderzijds om een individuele therapeutische relatie aan te gaan. Daarom is het belangrijk om in intervisie en training praktijkervaringen grondig met elkaar te bespreken en om samen te zoeken naar handvatten die bruikbaar zijn met het oog op toekomstige casussen.

In de presentatie kwamen onder andere volgende items aan bod:

- Preventieve maatregelen in het kader van het project 'Zorg voor ongedwongenheid'.
- Cijfermateriaal inzake dwangmaatregelen.
- Operationele doelstellingen, zoals bijvoorbeeld: preventie van agressie, gebruik van beleidsinformatie, cultuurverandering, in gebruik nemen van *comfortrooms*, de waarde van nabesprekingen.
- De vraag of 'het lichaam in afzondering en fixatie' wel 'in therapie' is.
- De verschillende perspectieven van respectievelijk de zorgverlener en de cliënt.
- Het reële risico op traumatisering bij het gebruik van dwangmaatregelen.
- Het onderscheid tussen het behandelingsperspectief en het belevingsperspectief.
- Diverse 'uitspraken' vanuit getuigenissen van cliënten en zorgprofessionals.
- De sensibiliseringsfilm gerealiseerd in het kader van het project 'Zorg voor ongedwongenheid'.

Het lichaam en het Metabool Syndroom: voorstelling van het klinisch pad en van de concrete toepassing in de leefeenheid Open Opname Volwassenen

Tom Teulingkx, huisarts OPZ Geel, en Christel Theunis en Hanne Caeyers, gegradueerd psychiatrisch verpleegkundigen Open Opname divisie Volwassenen OPZ Geel.

In deze keuzesessie werd het in het OPZ Geel recent ontwikkelde klinisch pad van het Metabool Syndroom gepresenteerd. Aandacht werd gegeven aan het globale kader, het medische luik en het verpleegkundige luik. Het klinisch pad werd concreet toegelicht vanuit de implementatie ervan op de leefeenheid Open Opname Volwassenen. Daarbij werd aandacht besteed aan de samenwerking tussen arts en verpleegkundige, aan de therapeutische behandelvisie die ermee samenhangt, aan de begeleiding van risico-patiënten en aan het geven van psycho-educatie. Ook was er aandacht voor de opvolging van het voedingspatroon van de patiënt en voor de link met bewegingstherapie.



Uitgangspunt is dat de screening van het Metabool Syndroom in een psychiatrische behandelsetting bijdraagt tot een verhoogde alertheid voor risico-patiënten en tot een meer optimale behandeling.

Het Metabool Syndroom is een aandoening die op lange termijn kan leiden tot ernstige hart- en vaat-aandoeningen en diabetes. Concreet gaat het om een cluster van symptomen, gekenmerkt door een vergrote buikomvang in combinatie met minstens twee van volgende factoren:

- verhoogd cholesterolgehalte of medicamenteuze behandeling hiervoor
- verhoogde bloeddruk of medicamenteuze behandeling hiervoor
- verstoord bloedsuikergehalte of medicamenteuze behandeling hiervoor
- verhoogd triglyceridengehalte of medicamenteuze behandeling hiervoor

Vooraf overgewicht met te veel lichaamsvet en te weinig lichaamsbeweging bevorderen de ontwikkeling van het Metabool Syndroom. Bijkomend kan het gebruik van psychofarmaca eveneens leiden tot een verhoogd risico voor de patiënt.

Met het oog op verdere informatie voegen we hieronder het abstract toe, dat werd gerealiseerd in het kader van de deelname van het OPZ Geel aan de Vierde Prijs Klinische Paden 2011 (een initiatief van het Netwerk Klinische Paden, in samenwerking met enkele partners):

Organisatiebreed zorgpad voor Somatische screening en opvolging van Metabool Syndroom (MetS)

Situering: Het OPZ Geel bestaat uit vier Divisies (Jongeren, Volwassenen, Ouderen, Rehabilitatie), heeft 320 erkende bedden/plaatsen en 538 plaatsen voor Gezinsverpleging. In 2010 bedroeg het aantal rechtstreekse opnames N= 1040. In 2009 beslisten artsen en directie om de 'Screening en opvolging van MetS' organisatiebreed uit te werken via de zorgpad-methodiek. Het destijds bestaande proces somatische screening was onvoldoende gecoördineerd. Daarnaast is de patiëntenpopulatie van OPZ een risicopopulatie voor de problematiek MetS.

Problematiek: MetS is een cluster van de meest gevaarlijke cardiologische risicofactoren, met een geschatte prevalentie van 20 tot 25 % bij de volwassen wereldbevolking. Sterfte door hartaanval en beroerte blijkt dubbel zo hoog. Personen met een psychiatrische problematiek vormen een extra risicogroep. Ze hebben vaak een slechtere algemene gezondheid en verminderde levensverwachting door hoger risico op cardiovasculaire risicofactoren (obesitas, roken...). Bijkomend kunnen antipsychotica

(en andere psychotrope medicatie) gewichtstoename induceren en cardiovasculaire risicofactoren negatief beïnvloeden. Onderzoeksgegevens bij de psychiatrische populatie tonen een hoge geschatte prevalentie van MetS: 37 tot 63%! Evidence Based (inter)nationale richtlijnen voor screening en behandeling bestaan, maar blijken onderbenut in de dagelijkse patiëntenzorg.

Doelstelling → patiënten met MetS tijdig screenen, adequaat behandelen en opvolgen door:

- Uitzetten van een haalbaar, geïnformatiseerd en transparant proces voor screening en opvolging MetS, mét duidelijkheid over beste klinische evidentie (EBM) en sleutelinterventies:
 - Tijdige screening en adequate behandeling bij MetS, met evaluatie van risicovolle medicatie
 - Weergave van multidisciplinaire aanpak in behandelplan patiënt
 - Transmurale communicatie aan huisarts van screeningsresultaten bij ontslag van patiënt
 - Patiënt(systeem) is maximaal betrokken en geïnformeerde zorgpartner
- Streefdoel: 100% tijdige screening bij rechtstreekse opnames en 100% opsporing bij verblijfspatiënten
- Opvolging en bijsturing van zorgpad via multidimensionele indicatorenset: Klinisch Pad Kompas (PDSA-cyclus)
- Kennisverhoging van MetS bij zorgverleners, met borging van proces- en projectdocumentatie in procedureboek

Methodiek: via de 7 fasen methodiek voor zorgpaden ontwikkelde het multidisciplinaire projectteam in 1^{ste} fase het zorgpad voor patiënten van Divisies Volwassenen, Ouderen en Rehabilitatie. Dit werd op 1 juni 2011 geïmplementeerd. Zomer 2011 startte de 2^{de} fase met doorvertaling naar Divisie Jongeren, PVT, Dagklinieken en Dagactiviteitencentra.

Procesmatige resultaten:
<ul style="list-style-type: none"> • Na selectie van EBM richtlijnen opteert OPZ voor de IDF-definitie (International Diabetes Federation).
<ul style="list-style-type: none"> • We ontwikkelden flowcharts en time-task matrix met integratie van EBM sleutelinterventies en multidisciplinaire taakafstemming. Het screeningsformulier werd geïnformatiseerd in het EPD, met automatische groen/rood kleuraanduiding van het screeningsresultaat én automatische berichtgeving aan psychiater indien MetS positief.
<ul style="list-style-type: none"> • Procesindicatoren tonen de opstart van het zorgpad: bij ± 70 % van rechtstreeks opgenomen patiënten startte de screening (1^{ste} meting). Sommige processtappen verlopen zeer goed: bij 87 % van de positief MetS gescreende patiënten werd de informatie verstuurd aan verwijzer. Bij 76 % van de patiënten met verblijfsduur van min. 14 dagen was de screening volledig in orde. Andere processtappen moeten nog verbeteren, bijvoorbeeld bij slechts 28 % van de patiënten die positief MetS testten, was de behandelplanpak uitgeschreven in het behandelplan.
<ul style="list-style-type: none"> • Alle documentatie van het zorgpad werd geborgd in het elektronisch procedureboek en is steeds raadpleegbaar.
Resultaten t.a.v. patiënt en zorgpartners:
<ul style="list-style-type: none"> • We ontwikkelden de patiëntenfolder, met expliciete aandacht voor betrekken/informeren van patiënt(systeem).
<ul style="list-style-type: none"> • Via de jaarlijkse tevredenheidsmeting bij patiënten Divisie Volwassenen, volgen we de items die door het zorgpad beïnvloed worden. Kortelings (najaar 2011) vergelijken we de resultaten voor en na het zorgpad.
<ul style="list-style-type: none"> • Bij ontslag krijgen huisartsen systematisch het screeningsresultaat indien hun patiënt positief testte op MetS.
<ul style="list-style-type: none"> • We vernieuwden samenwerkingsafspraken met AZ St.-Dimpna m.b.t. frequentie van versturen laboresultaten.

Klinische resultaten:
<ul style="list-style-type: none"> • Meetresultaten van aantal rechtstreeks opgenomen patiënten die positief testten op MetS tonen een trend van ± 20 tot 25 % (voormeting, proefmeting en 1^{ste} meting na implementatie). Dit sluit aan bij de literatuur met prevalentiecijfers van 20 tot 25 % MetS bij volwassen wereldbevolking.
<ul style="list-style-type: none"> • Vanuit veiligheidsperspectief gebeurt opvolging van hoog-risico-patiënten, d.w.z. positief MetS + gebruik van Olanzapine. De medicamenteuze behandeling van deze patiënten wordt extra geëvalueerd door psychiater.
<ul style="list-style-type: none"> • Benchmarking toont dat in 2010 het aantal verbruikte eenheden antipsychotica in OPZ Geel vergelijkbaar was met het nationaal gemiddelde van de Psychiatrische Ziekenhuizen (PZ). In 2008 en 2009 lag dit verbruik in OPZ Geel lager.
Resultaten op vlak van teamwerking en –effectiviteit:
<ul style="list-style-type: none"> • ZP-ZET resultaten tonen na de projectfase een toegenomen tevredenheid over het zorgproces.
<ul style="list-style-type: none"> • We organiseerden ± 15 informatiesessies voor de diverse zorgverleners/ doelgroepen.
<ul style="list-style-type: none"> • 1/4 van alle verpleegkundigen en 1/3 van alle teamcoördinatoren participeerden aan de algemene vormingen Zorgpad MetS. De tevredenheid over deze vormingen scoorde hoog.

Contact:

Nancy Steurs, Kwaliteitscoördinator
nancy.steurs@opzgeel.be
tel (+32) 014 57 93 34

Dr Tom Teulingkx, Huisarts
tom.teulingkx@opzgeel.be
tel (+32) 014 57 91 11

Dr Sandra Geys, Psychiater
sandra.geys@opzgeel.be
tel (+32) 014 57 91 11

Inhoud

Het lichaam in therapie

Inleiding

1 *Walter Krikilion*

Situering van de thematiek met aandacht voor diverse verbanden

3 *Walter Krikilion*

De drie O's van stress: een eenvoudig model voor de praktijk

5 *Edel Maex*

'Wie vangt mij op?': behandelen van conversiestoornissen in een groepstherapeutisch klimaat

7 *Chaja Kaufmann*

Het lichaam uit balans: 'onverklaarde' klachten naar 'een nieuw evenwicht'

10 *Boudewijn Van Houdenove*

Het lichaam in Psychomotorische Therapie - met aandacht voor de wisselwerking tussen de psychomotorische en somatische aspecten van de lichaamsbeleving

12 *Hugo Peeters*

Hyperventilatie: psychische trigger met uitgesproken somatische repercussies

16 *Fernand Saelen*

Het lichaam en de effecten van aromatherapie

21 *Liesbeth Van Eynde*

Het lichaam in afzondering en fixatie

22 *Nick Mariën*
Peter Alderweireldt

Het lichaam en het Metabool Syndroom: voorstelling van het klinisch pad en van de concrete toepassing in de leefeenheid Open Opname Volwassenen

23 *Tom Teulingkx*
Christel Theunis
Hanne Caeyers