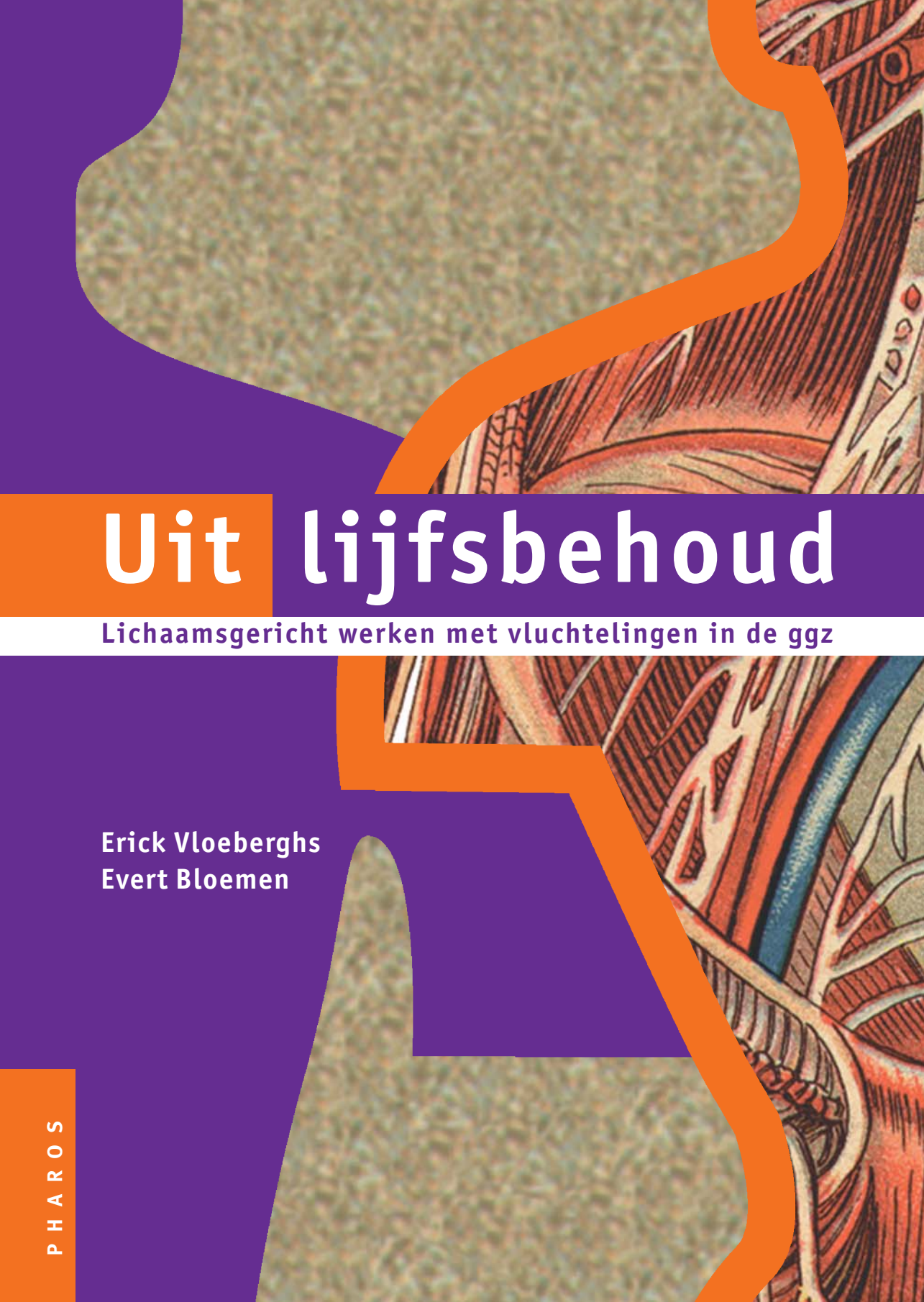




Uit lijfsbehoud

Lichaamsgericht werken met vluchtelingen in de ggz

Erick Vloeberghs
Evert Bloemen

Colofon

‘Uit lijfsbehoud. Lichaamsgericht werken met vluchtelingen in de ggz’ is een uitgave van Pharos – Kenniscentrum vluchtelingen en gezondheid.

Deze publicatie is het resultaat van een methodiekontwikkelingsproject waarbij lichaamsgerichte behandel oefeningen uit de praktijk als uitgangspunt gediend hebben. De meeste oefeningen zijn aangedragen door Rianne Coumou (spv bij Emergis), Jacomijn Koldijk (spv bij Altrecht) en Marja Zwart (pmt bij Bavo RNO). De oefeningen zijn samen met hen bewerkt en beschreven. Het methodiekontwikkelingsproject werd mede mogelijk gemaakt door financiële bijdragen van het Europees Vluchtelingenfonds (EVF) en het Nationaal Fonds Geestelijke Volksgezondheid (NFGV).



Pharos

Postbus 13318, 3507 LH Utrecht

Telefoon 030 234 98 00 Fax 030 236 45 60

E-mail pharos@pharos.nl Website www.pharos.nl

Voor eerder verschenen publicaties van Pharos zie pagina 143 en www.pharos.nl.

ISBN 90 75955 52 9

Bestelnummer 9P2005.08

Illustraties Jo Nesbitt, Amsterdam

Vormgeving Studio Casper Klaasse, Amsterdam

Druk A-D Druk, Zeist

© 2005, Stichting Pharos, Utrecht

Niets uit deze uitgave mag vermenigvuldigd worden en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie of op welke wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Uit lijfsbehoud

Lichaamsgericht werken met vluchtelingen in de ggz

Erick Vloeberghs
Evert Bloemen

P H A R O S

Inhoud

Inleiding	6
1 Lichamelijke klachten bij vluchtelingen in de ggz	10
1.1 Fysiologie van stress en trauma	12
1.2 Pijn, uitputting en herbeleving	16
1.3 Diagnostiek van lichamelijke klachten	18
1.4 Diagnostiek en psycho-educatie	20
2 Lichaamsgerichte behandelmethoden	23
2.1 Kenmerken en soorten	23
2.2 Lichaamsgerichte behandelmethoden in de ggz voor vluchtelingen	32
2.3 Vluchtelingen, pijn en cultuur	36
3 Uitgangspunten en richtlijnen voor gebruik	39
3.1 Definitie lichaamsgerichte behandel oefeningen	39
3.2 Veiligheid en stabilisatie	40
3.3 Samenwerking met een psychomotorisch therapeut	43
3.4 Bejegening en attitude	45
3.5 Individueel of groepen	48
3.6 Seksespecificiteit	52
3.7 Taal	54
3.8 Ruimte en materialen	57
3.9 Inbedding	58

4	Lichaamsgerichte behandel oefeningen	61
4.1	Leeswijzer	61
4.2	ACO-oefeningenschema	64
4.3	Behandel oefeningen	66
5	Ontwikk elproces	122
6	Werkproces (Kees van den Bos)	127
	Literatuur	135
	Aanbevolen literatuur	141

Inleiding

De titel *Uit lijfsbehoud* is een metafoor met een aantal betekenissen. Allereerst verwijst ze naar de ervaring van veel vluchtelingen. Uit dringende noodzaak, vanwege dreiging of politieke omstandigheden in het land van herkomst, vluchtten ze naar Nederland. Ze wilden het vege lijf redden. De titel verwijst in tweede instantie naar het belang van het lichamelijke bij de behandeling van getraumatiseerde vluchtelingen en asielzoekers. Bij extreem gevaar raakt het lichaam verlamd van angst. In de literatuur over posttraumatische stressstoornis (ptss) wordt gesproken over *fight* (vechtreactie), *flight* (vlucht) en *freeze* (verlamming). Deze reacties zijn primair bedoeld om zich te redden uit de benarde situatie, oftewel uit lijfsbehoud. De gevolgen van deze instinctieve reacties op het lichamelijke functioneren zijn meestal niet gering, vooral niet als de situatie voortduurt en mensen gedwongen in stressvolle leefomstandigheden leven – zoals het geval is voor veel vluchtelingen in Nederland die soms jaren wachten op een verblijfsvergunning. Hoe verstrekkend die gevolgen kunnen zijn, valt te lezen in de publicatie. De derde betekenis van *Uit lijfsbehoud* zit in het feit dat, in tegenstelling tot dieren, getraumatiseerde mensen niet machteloos hoeven te blijven ten opzichte van hun pijnlijke lichaam. Door betere copingmechanismen te ontwikkelen en met hun pijnlijke lichaam te leren omgaan kunnen cliënten een belangrijke stap zetten in hun herstel. Bewustwording en stabilisatie van gevoelens van pijn en andere lichamelijke sensaties kunnen bovendien het behandelproces op gang brengen en ervoor zorgen dat vluchtelingen zich begrepen voelen. In veel gevallen komt dit de relatie cliënt-behandelaar ten goede, zoals blijkt uit de ervaringen met de in dit boek opgenomen behandel oefeningen.

Het boek is bedoeld voor ggz-behandelaars die werken met vluchtelingen en asielzoekers, vooral wanneer ze te maken hebben met getraumatiseerde cliënten die met een psychosociale of psychiatrische diagnose of met onbegrepen lichamelijke klachten doorverwezen zijn naar een (ambulante, deeltijd- of dagklinische) ggz-voorziening. Een be-

langrijk deel van de vluchtelingen en asielzoekers in Nederland heeft last van een of meer traumatische ervaringen. Gelukkig weten veel vluchtelingen tamelijk goed om te gaan met die ervaringen. Toch is er een verhoudingsgewijs grote groep vluchtelingcliënten die de ggz-behandelaars in de behandelkamer confronteren met klachten aan het bewegingsapparaat, hoofd- en spanningspijnen, benauwdheid en hyperventilatie. Dat zij met dit soort klachten naar de ggz verwezen zijn, wordt door hen niet altijd even goed begrepen. Het boek kan voor ggz-behandelaars een hulpmiddel zijn om concreet aan de slag te gaan met het voor vluchtelingen zo belangrijke element van hun lijden, de lichamelijke problemen.

Uit lijfsbehoud komt voort uit behoeften in het veld. Er zijn in Nederland op een aantal plaatsen draaiboeken ontwikkeld door pioniers die werkzaam zijn in de ggz. De draaiboeken bevatten vaak oefeningen en technieken die de ontwikkelaar verzameld heeft uit cursussen of nevenstudies. In veel gevallen mankeert er een theoretisch kader. Door middel van deze publicatie willen de auteurs ook dat gat in de hulpverlening mee helpen dichten. Ze hebben gepoogd een zo samenhangend mogelijk theoretisch kader te schetsen waarbinnen de oorzaak van lichamelijke klachten, de wisselwerking tussen spanning, pijn, angst en depressie en het lichaamsgericht behandelaanbod voor vluchtelingen en asielzoekers een plaats krijgen.

Het boek is tot slot bedoeld om het gesprek op gang te brengen tussen verbale therapeuten en therapeuten die lichaamsgericht werken, meer specifiek de psychomotorisch therapeuten (pmt-ers) werkzaam in ggz-instellingen. Dat gesprek kan plaatsvinden aan de hand van de lichaamsgerichte behandel oefeningen die in dit boek opgenomen zijn. De auteurs menen dat door samenwerking tussen bovengenoemde disciplines het behandelaanbod verruimd wordt: de ggz-behandelaar is dan beter in staat naast het aanbod van gesprekken en medicijnen ook het omgaan met lichamelijke sensaties en klachten erin te betrekken.

In hoofdstuk 1 wordt dieper ingegaan op de lichamelijke klachten die vluchtelingen in de ggz presenteren. Over welke klachten hebben we het, hoe ontstaan ze en hoe verhouden lichamelijke en psychiatrische klachten zich tot elkaar? Ook de plaats die lichamelijke klachten (dienen) in (te) nemen in de fase van de diagnostiek en het belang van juiste en veelvuldige psycho-educatie, komen in dit hoofdstuk aan bod. Hoofdstuk 2 bevat allereerst een selectieve beschrijving van een aantal lichaamsgerichte behandelmethoden. Na dit overzicht, waarin duidelijk wordt waarin lichaamsgerichte behandelmethoden van elkaar verschillen, wordt kort ingegaan op de positie en het aanbod van lichaamsge-

richt werken binnen de ggz, al dan niet met vluchtelingen. Het hoofdstuk sluit af met enkele antropologische bespiegelingen over vluchtelingen, pijn en cultuur.

Het praktische gedeelte van het boek begint bij hoofdstuk 3, waarin de uitgangspunten en richtlijnen voor gebruik zijn beschreven. Dit hoofdstuk dient gezien te worden als de bijsluiters bij de oefeningen. Uiteenlopende aspecten die te maken hebben met het aanbod van oefeningen worden hierin behandeld: Wat beogen de oefeningen? Hoe en wanneer bied je ze aan? Waarom zou je in groepen werken? Kun je zomaar elk materiaal gebruiken? Hoe kan de samenwerking met de pmt eruit zien? Het zijn enkele van de vragen waarop in dit hoofdstuk antwoord wordt gegeven. Hoofdstuk 4 is de kern van het boek, met 26 lichaamsgerichte behandel oefeningen. Alle oefeningen zijn geïllustreerd, zodat aan de cliënt nog beter duidelijk gemaakt kan worden wat de bedoeling is. Voorafgaand aan de oefeningen wordt eerst gedefinieerd wat lichaamsgerichte behandel oefeningen zijn. Dan volgt een schematisch overzicht van de oefeningen waaruit af te leiden valt, welke oefening waarvoor gebruikt kan worden. Dat wil zeggen in hoeverre een oefening van invloed is op Activering (A), Controlebevordering (C) of Ontspanning (O) van de vluchtelingcliënt – het ACO-oefeningenschema. De oefeningen zijn volgens een vast stramien beschreven.

Hoofdstuk 5 is de methodische verantwoording van het boek en schetst het gefaseerde ontwikkelproces. Hoofdstuk 6 bevat een eerste analyse van de pilots die hebben plaatsgevonden. De behandel oefeningen zijn aan (groepen) vluchtelingen en asielzoekers aangeboden op vier locaties: Altrecht (Utrecht), Emergis (Middelburg), De Gelderse Roos (Arnhem) en GGNet (Doetinchem). Dit hoofdstuk is van de hand van Kees van den Bos, psycholoog en pmt in voortgezette opleiding die gedurende de pilots de ambulante ggz-behandelaars ondersteunde. Het hoofdstuk geeft een helder beeld van wat modelling in de praktijk inhoudt. Het boek eindigt met een lijst van aanbevolen literatuur, met summieri beschrijvingen van een aantal boeken of artikelen voor diegenen die psycho-educatie willen geven of op zoek zijn naar aanvullende informatie.

Uit lijfsbehoud was nooit tot stand gekomen zonder de hulp van veel mensen en instanties, te veel om op te noemen. Ons dankwoord gaat in zijn algemeenheid uit naar al diegenen die ons in staat stelden het project uit te voeren. Meer in het bijzonder naar Hester van Bommel die de behoefteanalyse uitvoerde en naar Kees van den Bos die aan het andere eind van het proces werkte, met het resultaat van de behoefteanalyse, de behandel oefeningen.

Er is één stel mensen waar het project enorm veel aan te danken heeft: de ontwikkelgroep. Dankzij de kritische en vooral vruchtbare in-

zet van Rianne Coumou (spv Emergis, Middelburg), Jacomijn Koldijk (spv Altrecht, Utrecht) en Marja Zwart (pmt BAVO RNO, Rotterdam) zijn we in staat gebleken om een brug te slaan tussen de verbale en non-verbale therapeuten en tussen theorie en praktijk. De oefeningen die zij inbrachten uit hun eigen hulpverlenerspraktijk en naar aanleiding waarvan we in de ontwikkelgroep spraken en elkaars professionele grenzen opzochten, zijn de basis van dit boek. Mogelijk (en hopelijk) vormt het tevens de aanzet tot verdere samenwerking. Niet onvermeld mag blijven wat de begeleidingscommissie betekend heeft voor de totstandkoming van het boek. Dankzij de expertise en inzet van Mariëlle Hordijk-Dekker, Mia Scheffers, Roman Kramer en Peter van Overmeir konden onze bevindingen, oefeningen en uitgangspunten getoetst worden en waar nodig bijgesteld. Zonder al deze mensen was het onmogelijk geweest dit boek te schrijven.

Misschien werkte ook de tijdgeest in ons voordeel. Gelukkig wordt met de dag duidelijker dat lichaam en geest onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn (integraal denken) en wordt, daarmee samenhangend, de laatste jaren meer en meer verwezen naar Spinoza. Tegenover de Fransman Descartes die halverwege de zeventiende eeuw meende dat de mens een denkend wezen was en het lichaam vaak een belemmering (men diende de geest daarom apart te zien van het lichaam), stelde Baruch de Spinoza in 1674, in *Ethics*: ‘de geest kent zichzelf niet dan voorzover hij de voorstellingen van de inwerkingen op het lichaam waarneemt’ (Eth. 11, st.23). De voorstellingen van de inwerkingen van het lichaam op de geest en hoe we daarmee in de geestelijke gezondheidszorg aan de slag kunnen, daarover gaat dit boek.

Utrecht, december 2004

Erick Vloeberghs

Evert Bloemen

Indien de auteurs in de tekst een mannelijk zelfstandig naamwoord of voornaamwoord gebruiken, verwijst dit naar mannen en vrouwen tenzij uit de context blijkt dat er een man mee bedoeld wordt.

1

Lichamelijke klachten bij vluchtelingen in de ggz

Vluchtelingen komen verhoudingsgewijs vaker dan anderen met lichamelijke klachten bij de ambulante ggz-hulpverlening. Uit onderzoek is bekend dat gemiddeld twee derde van de vluchtelingen last heeft van vijf tot twaalf psychische en lichamelijke klachten. Van de lichamelijke klachten betreft veertig procent het houdings- en bewegingsapparaat. Verder worden, soms tegelijk met bovenstaande klachten, (spannings)hoofdpijn, maag- en darmproblemen, slaapstoornissen en concentratieverlies gemeld. In veel gevallen gaat het om specifieke klachten omdat er geen organische oorzaak (weefselbeschadiging, fractuur) te vinden is. Er worden dan ook 'relatief weinig diagnoses gesteld (45%)' (Hondius & Van Willigen 1992: 93). Uit een in 2004 afgerond, maar nog niet gepubliceerd onderzoek van Gerritsen (vu Medisch Centrum) en Devillé (Nivel) onder asielzoekers en vluchtelingen uit Iran, Somalië en Afghanistan (n = 410) blijkt, dat voor wat betreft klachten aan het bewegingsapparaat en lichamelijke klachten met een duidelijke relatie tot psychische problemen de getallen niet afwijken van de bevindingen van Hondius en Van Willigen (persoonlijke communicatie).

Onderstaande tabel komt uit het onderzoek van Hondius en Van Willigen (1992: 92) onder 480 vluchtelingen. De cijfers spreken voor zich: de helft van de respondenten geeft aan én veel lichamelijke én veel psychische klachten te hebben.

Lichamelijke klachten	Psychische klachten	n =	%
Weinig	Weinig	53	11%
Veel	Weinig	96	20%
Weinig	Veel	89	19%
Veel	Veel	242	50%
Totaal		480	100%

Tabel 1 Combinatie van het aantal lichamelijke en psychische klachten

De onderzoekers concluderen dat de klachten van vluchtelingen verschillen van die van andere bevolkingsgroepen door hun hoeveelheid, diversiteit en de aard van de problemen. Vaak heeft de aard van het klachtenpatroon te maken met voor vluchtelingen specifieke psychosociale problemen. In zekere zin weerspiegelt zich de complexiteit van het vluchtelingenbestaan in het klachtenpatroon van veel vluchtelingen zelf.

Allereerst blijkt uit onderzoek dat meer dan negentig procent van de vluchtelingenpopulatie geweldservaringen doorgemaakt heeft. De meeste vluchtelingen die hulp zoeken in de ggz vertonen klachten die gerelateerd zijn aan het spectrum van traumatisering. Het bekendste psychiatrische ziektebeeld is de posttraumatische stressstoornis (ptss), waarbij als een van de weinige diagnoses een oorzakelijk verband (namelijk een traumatische levenservaring) geïncorporeerd is. Daarnaast omvat het traumaspectrum een breed scala van responses in de vorm van psychiatrische ziektebeelden: angst en depressieve stoornissen, psychotische stoornissen, dissociatieve en persoonlijkheidsstoornissen en somatoforme stoornissen. Al deze ziektebeelden kunnen gepaard gaan met lichamelijke verschijnselen of klachten. In de meeste gevallen wordt voor de klachten in eerste instantie hulp gezocht bij de huisarts. Soms is er dan nog geen sprake van psychische klachten of worden deze nog niet als zodanig beleefd of benoemd. Vandaar dat het gebruikelijk is dat een belangrijk deel van de getraumatiseerde vluchtelingen die naar de ggz worden verwezen vaak al verscheidene somatische onderzoeken hebben ondergaan. We komen hierop terug.

Verder is bekend dat de vlucht en het verblijf als asielzoeker in de meeste gevallen zeer stressvol zijn. De onzekerheid over de verblijfsstatus en daarmee de eigen toekomst (en vaak ook die van andere familieleden) maakt dat volwassen vluchtelingen lange tijd onder zware spanning staan. Bovendien is het asielzoekers niet toegestaan te werken waardoor ze soms jarenlang in een afhankelijke positie verkeren. Wanneer een vluchteling een status heeft, komen er andere problemen op hem af zoals het vinden van gepast werk, aanpassing aan de Nederlandse samenleving, maar ook gevoelens van verdriet, rouw of ontworteling. Dit wordt nog versterkt doordat een vluchteling altijd één been in het land van herkomst blijft houden en zich betrokken blijft voelen bij datgene wat 'daar' plaatsvindt.

De lange tijd die veel vluchtelingen in Nederland onder stress doormaken, afgezet tegen de achtergrond van traumatische ervaringen daaraan voorafgaand, is van grote invloed op hun beleavingswereld en incasseringsvermogen. Dit maakt hen kwetsbaarder voor een sterkere beleving van pijn. In feite komt het erop neer dat de complexe psychische en lichamelijke klachten waarmee een vluchteling zich bij de hulpverlener presenteert, vaak een samenhangend cluster vormen en stressgerelateerd zijn dan wel te maken hebben met traumatisering.

Hoe stress en trauma zo'n ingrijpende invloed kunnen hebben op het lichamelijk functioneren zal in een aantal stappen uitgelegd worden. Na een korte uitleg over de intrinsieke relatie tussen stress en hormoonhuishouding wordt ingegaan op de lichamelijke gevolgen van angst en depressie, waaronder chronische pijn en uitputting. In een daarop volgend stuk worden enkele diagnostische overwegingen gepresenteerd.

1.1 Fysiologie van stress en trauma

Een (negatieve) ervaring kan, mits de prikkel sterk genoeg is, zich nestelen in het lichaamsgeheugen: in bewegingen, sensaties (pijn, benauwdheid) en trillingen. De vorming van het lichaamsgeheugen vindt zijn oorsprong in psychologische en neurofysiologische processen. Beide 'systemen' zijn met elkaar verbonden via een complex neuropsychobiologisch feedbacksysteem. Een ggz-behandelaar van vluchtelingen die lijden onder de gevolgen van dreiging en stress, heeft te maken met deze verschillende lagen van het menselijk organisme. Hij zal daar oog voor moeten hebben en begrip voor het feit dat wat plaatsvindt op het psychologische niveau effect heeft op het neurobiologische niveau.

Het menselijk brein heeft drie subsystemen: de hersenstam en hypothalamus, het limbische systeem en de neocortex. Het eerste subsysteem is weinig beïnvloedbaar van buitenaf; het tracht het interne evenwicht (homeostase) intact te houden. Het limbische systeem is erop gericht de balans tussen het zelf en de omgeving intact te houden – het veroorzaakt onder meer de hongerprikkel en de voortplantingsdrift. Het derde subsysteem, de neocortex, is dat deel van de hersenen dat hetgeen zich buiten ons afspeelt, analyseert, beoordeelt en erop doet reageren. Hier huist bijvoorbeeld de taal. De drie subsystemen zijn volgens Van der Kolk verbonden: 'verandering in een van deze drie systemen zal automatisch gevolgen hebben voor de andere twee' (Van der Kolk 1996: 216).

In het kort komen de biologische mechanismen op het volgende neer. Bij acute dreiging reageert de hypothalamus, een klier gelokaliseerd in het centrum van de hersenen, en zorgt voor allerlei veranderingen in lichaamsfunctie via het autonome zenuwstelsel. De hypothalamus is als het ware de schakelkast tussen het lichaam en de hersenen. Hij speelt een rol in de productie van de bij stress belangrijke stoffen cortisol, serotonine en de catecholaminen. De catecholaminen maken het lichaam klaar bij opwinding en stress. Afhankelijk van de dreiging en de instinctieve reactie erop worden de daarbij noodzakelijke biologische processen in gereedheid gebracht. Zo wordt bloed onttrokken aan de huid om de spieren beter te doorbloeden. Cortisol fungeert daarbij als anti-stresshormoon dat het lichaam voorbereidt

om de effecten van stress aan te kunnen (Van der Kolk 1996: 223). Het regelt onder meer de afgifte van andere hormonen via de zogenaamde HPA-as, een biofeedbacksysteem. De productie van cortisol neemt toe in bedreigende situaties. Serotonine zorgt daarentegen voor de mate van prikkeling. Wanneer iets ondernomen moet worden, bepaalt de hoeveelheid vrijgekomen serotonine mede de mate waarin een reactie gegeven kan worden. Serotonine speelt een rol bij het monitoren van de situatie en is van invloed op onze reactie ten opzichte van de buitenwereld. De onderlinge balans en verhoudingen tussen deze stoffen bepalen de veranderingen die zich voordoen in het lichaam alsmede de respons naar buiten. Na verloop van tijd hervindt het lichaam uiteindelijk weer zijn evenwicht (homeostase), mede afhankelijk van zijn conditie en (de grootte van) de stressfactor.

Bij *langdurige* stress echter staan de verhoudingen zo lang onder druk dat het terugkoppelsysteem verstoord kan raken. Het lichaam weet zijn oorspronkelijke evenwicht niet meer terug te vinden, reageert niet meer adequaat op de omgeving en raakt ontregeld in zijn functioneren. Zo blijft het endorfine (een lichaamseigen pijnstillertje) produceren, terwijl daarvoor geen noodzaak bestaat, met verdooving (*numbing*) als gevolg. Of de vorming van cortisol stopt en er is sprake van overmatige impulsiviteit en agressiviteit. Ook slaap- en nachtritimestoornissen worden veroorzaakt door de verstoring van het delicate hormonale evenwicht door chronische stress. Wat er gebeurt is vergelijkbaar met de draaiende motor van een auto in de eerste versnelling, waarvan de bestuurder tegelijkertijd de ene voet plankgas op de gaspedaal en de andere voet op de rem heeft. De auto wil wel, maar komt geen meter vooruit, terwijl de motor staat te loeien. Dat dit niet goed is voor de auto, zal duidelijk zijn. Een soortgelijke situatie doet ook het lichaam allesbehalve goed.

Voor de werking van het geheugen zijn vooral de amygdala en de hippocampus verantwoordelijk (Bremner e.a. 1995). Ze zijn in dit kader belangrijk, omdat ze de leercapaciteit beïnvloeden en de toegankelijkheid bepalen van de traumatische herinnering die iemand heeft. Toegankelijk in de zin dat de *cognitie* van de herinnering bereikbaar en betrouwbaar is en dat iemand er iets over kan vertellen, waarmee de herinnering verbaal toegankelijk is. De amygdala en hippocampus zijn onderdeel van het limbische systeem. Waar de amygdala van invloed zijn op de emotionele betekenis die we toekennen aan de inkomende prikkel, is de hippocampus als het ware de opslag van de ruimte- en tijdsdimensie die bij die prikkel hoort – vooral de opslag in het kortetermijngeheugen. Het onvermogen om een traumatische gebeurtenis te integreren vindt haar oorsprong in de hippocampus. ‘Via de hippocampus krijgen gebeurtenissen een begin, een midden en een eind’ (Rothschild 2000: 12). Eenvoudig gezegd maakt een slecht functionerende hippocampus dat het lichaam reageert alsof de stressor nog niet weg is; het signaal ‘veilig’

wordt niet gegeven. Tegelijkertijd zorgt de overprikkeling van de amygdala ervoor dat emoties alleen nog in hun fysieke uitingen, bijvoorbeeld pijn of lichamelijke onrust, uitgedrukt kunnen worden en niet verbaal. De emoties die bij de herinnering horen, zijn dan vastgelegd in het woordeloze lichaam (zuiver zintuiglijk) en kunnen pas bewust gemaakt worden nadat ze eerst gevoeld en daarna in woorden omgezet zijn. Daarom beweert psychotherapeute Rothschild (2000) over trauma dat ‘het lichaam weigert te worden genegeerd’.

Op een levensbedreigende situatie, waarbij angst en machteloosheid beleefd worden, reageren mensen doorgaans met alertheid, activering van ademhaling en bloedsomloop, toename van spierspanning, darm- en blaasontlediging en pupilverwijding. Deze instinctieve reactie maakt hen klaar voor een gevecht (*fight*), een vlucht (*flight*) of een toestand van totale immobiliteit (*freeze*). De gevolgen van chronische stress echter zijn omvattender. Na verloop van tijd treedt er een zowel psychologisch, sociologisch als fysiologisch ‘foute programmering’ op die zich uit in veel gedrags- en geheugenstoornissen, moeite met leerprocessen, een verwrongen lichaams- en tijdsbeleving en een verstoord of ontoegankelijk gevoelsleven.

Bij chronische stress staat iemand als het ware doorlopend gereed voor een gevecht of vlucht en dan is er sprake van overprikkeling (*arousal*). Of iemand blijft hangen in totale immobiliteit met vervlakking (*numbing*) tot gevolg. In beide gevallen blijft het lichaam in een verhoogde staat van paraatheid en angst en houdt het een groot deel van zijn spieren onder continue druk. Bij de geringste prikkel komt men in een toestand die lijkt op de oorspronkelijke reactie op het extreme gevaar. In het geval van de auto met loeiende motor: even de rem loslaten betekent dat de auto als een ongeleid projectiel vooruitschiet; controle is haast onmogelijk. Ook de lichamelijke verschijnselen en reacties op een extreme prikkel worden dan chronisch – zonder dat per se de relatie met de angst van de eerdere gebeurtenis herkend wordt. In tabel 2 staat een aantal van de mogelijke, lichamelijke verschijnselen gerangschikt.

In veel gevallen vindt een vluchteling in bovenstaande klachten de aanleiding om een huisarts te raadplegen. Als na onderzoek geen lichamelijke oorzaak gevonden wordt en de klachten blijven bestaan, kan er een patstelling ontstaan: de arts beschouwt het als somatiseren of somatische fixatie en de vluchteling voelt zich niet erkend en begrepen. Het gevaar dreigt dan dat de vluchteling zijn klachten, waaronder zijn pijn, interpreteert als een teken dat er iets heel erg mis is. Hij ontwikkelt een extreme waakzaamheid, vooral ten opzichte van signalen van zijn lichaam; elk pijntje wordt gevoeld en is reden voor grote zorg

Zenuwstelsel duizeligheid bewustzijnsstoornissen wazig zien wijde pupillen	Bloedsomloop hartkloppingen pijn/druk op de borst verhoogde bloeddruk
Ademhaling benauwdheid stokkende adem	Urogenitaal stelsel frequent urineren
Maag-/darmstelsel prop/brok in de keel opgeblazen gevoel / boeren misselijkheid / braken buikkrampen diarree	Bewegingsapparaat trillingen / schokken prikkelingen in handen / voeten tandenknarsen kaakpijn spanningshoofdpijn spierpijnen, pijn aan de gewrichten transpireren 'spierzwakte' 'restless legs'
Zintuigen horen van geluiden, oorsuizen geursensaties	Huid bleek/grauw last van jeuk smaaksensaties

Tabel 2 Lichamelijke uitingen van chronische stress en waakzaamheid

('catastroferen'). Niet alleen zal de cliënt veel situaties mijden vanwege pijn, angst, verhoogde prikkelbaarheid, spierspanning of benauwdheid die wordt ervaren, hij zal ook elke inspanning uit de weg gaan. Een vicieuze cirkel dreigt, de inactiviteit neemt toe en daarmee ook de klachten.

Volgens Nijenhuis en Van der Hart (1999) weerspiegelen zich psychische effecten van trauma, vooral de dissociaties en verstoorde geheugen- en lichaamsfuncties, ook in de verstoring van het eigen lichaamsbeeld. Er is sprake van een desintegratie van de cognitie over de eigen identiteit. Deze veroorzaakt dat pijn, smaak en geur, maar ook bewegingen en gevoelens niet meer herkend worden als van zichzelf en horend bij het hier en nu. Gevoelens als: *out-of-body*-ervaringen, tunnelkijken, gevoelloosheid op bepaalde plekken of haperingen in de motoriek zijn niet zeldzaam (Nijenhuis e.a. 2004). De auteurs noemen dit fenomeen *somatoforme dissociatie*.

De basale vooronderstellingen waarmee iemand in het leven staat, raken gaandeweg verstoord, hetgeen existentiële angsten kan veroorzaken. Het voelt alsof de bestaansgrond onder iemands voeten is weggeslagen, hij 'herkent zichzelf niet meer'. Somberheid en machteloosheid komen vaak tot uiting in vragen als: Wat doe ik hier in Nederland? Waarom leef ik?

1.2 Pijn, uitputting en herbeleving

Stress verhoogt spierspanning; iemand staat, zoals gezegd wordt, 'strak van de zenuwen'. Dat veertig procent van de lichamelijke klachten het bewegings- en houdingsapparaat betreft (Hondius & Van Willigen 1992), mag niet verbazend genoemd worden. Het is immers dat deel van ons lichaam dat uitvoering dient te geven aan de *fight, flight of freeze*-reactie – of de dreiging reëel is of niet. Langdurige stress of opgekropte spanning veroorzaakt pijn. Vaak gaat het om spierpijn in de bovenste helft van het lichaam: hoofd, nek, schouders. Ook gewrichtsklachten worden frequent aangegeven. 'Pijn veroorzaakt vaak een leegte, die zich vanzelf vult met negatieve emoties' (Winter 1988: 93). Wanneer we te maken hebben met langdurige stress en chronische pijn- of andere lichamelijke klachten, gecombineerd met bovenstaande existentiële problemen, liggen depressies op de loer. Maar ook de depressieve stoornis kent een aantal lichamelijke uitingvormen. Deze staan bekend als de vitale kenmerken van een depressie en komen voor een belangrijk deel overeen met uitingen van uitputting. De klachten zijn diffuser en minder specifiek in vergelijking met de aan angst en chronische waakzaamheid gerelateerde klachten (zie hierna). Verder is er vooralsnog minder bekend over de neurofysiologische achtergronden bij depressie. Voor vluchtelingen zelf is het begrip uitputting vaak wel invoelbaar, omdat het goed uit te leggen is en weer geeft hoe het lichaam aanvoelt.

De lichamelijke uitingen van uitputting vertonen enerzijds een parallel met de depressie en anderzijds een overlap met de vermijdingscomponent (criteria c) van ptss. Deze uitingen zorgen er mogelijk ook voor dat ptss en depressie vaker wel dan niet samen gediagnosticeerd worden (hierover later meer).

Men kan zich zelfs afvragen in hoeverre chronische pijn – pijn die langer dan 3 maanden aanhoudt –, gelieerd aan langdurige en traumagerelateerde stress, niet ook als een uiting van herbeleving (*flashback*) gezien kan worden. Neurofysiologisch bestaat er volgens Van der Kolk (1996) en Rothschild (2000) een *somatisch geheugen*: dat wat opgeslagen zit in het autonome zenuwstelsel, in spieren, reflexen en synapsen. Indien lang

Geen energie hebben, moeheid
 Initiatieverlies, apathie, traagheid
 Het koud hebben
 Droge mond
 Overmatig zweten
 Geen eetlust
 Obstipatie
 Libidoverlies, impotentie
 Slaapstoornissen

Tabel 3 Lichamelijke uitingen van uitputting

durig onder bepaalde omstandigheden een zeker gedrag aangeleerd of opgedrongen is geweest, bestaat de kans dat het lichaam deze gedragingen conform de klassieke conditionering verankerd. Zo leren we onze schoenveters gedachteloos te strikken, of te zwemmen. Maar ook gebrek aan initiatief of extreme waakzaamheid kan zich in het autonome zenuwstelsel vastzetten. Een vluchteling heeft deze gedragingen dan zo lang en intens beleefd dat het een automatisme, een onbewust *lichaamseigen* houding is geworden. Het is weliswaar een houding waar de cliënt last van heeft – en dat beseft hij soms ook – maar waar hij niets aan denkt te kunnen doen.

Hetzelfde automatisme kan plaatsvinden in het geval van pijn. De pijn van martelingen of ander geweld kan als herinnering ingeprent zijn en tijdens een herbeleving of nachtmerrie weer als zodanig ervaren worden. Dat kan ook op andere momenten: ‘In onderzoek is aangetoond dat bij pijnpatiënten met psychosomatische spanningsklachten persoonlijk relevante stressoren, zoals het praten over traumatische of vervelende levensgebeurtenissen (denk aan de gesprekken van asielzoekers met de Immigratie- en Naturalisatiedienst), leiden tot een symptoomspecifieke verhoogde spierspanning, dat wil zeggen spierspanningen in het klachtengebied’ (Hordijk-Dekker 2003: 23/19). Kennelijk zorgt praten over de traumatische ervaring ervoor dat de pijn, toen ervaren, opnieuw gevoeld wordt.

Het kan bovendien ook andersom werken en dan is de pijn ‘een dwingende herinnering aan het trauma’ (Asmundson 2002: 933); vooral in de gevallen waar de traumatische ervaring gepaard gaat met fysiek pijnlijke verwondingen en ervaringen – zoals vaak het geval is bij vluchtelingen. In die gevallen is pijn ‘een somatische herbeleving van de traumatische gebeurtenis, vergelijkbaar met herbelevingen in andere vormen’ (Asmundson 2002: 934). Pijn triggert dan de herinnering aan de traumatische gebeurtenis. Asmundson maakt aan de hand van literatuuronderzoek aannemelijk dat chronische pijn in een

verhouding van wederzijdse beïnvloeding (*mutual maintenance*) staat tot ptss. Daarmee bedoelt hij dat chronische pijn en traumatisering elkaar in stand houden. Volgens Sharp en Harvey (2001), die het model van *mutual maintenance* beschreven, is er zelfs sprake van een ‘escalatie van symptomen en klachten’ (p. 857). Zij stellen dat de (neuro)fysiologische, affectieve en gedragscomponenten van ptss de cognitieve, affectieve en gedragscomponenten van chronische pijn beïnvloeden en versterken. En dat gebeurt ook andersom. Bij deze wisselwerking tussen pijn en trauma speelt gevoeligheid voor angst een cruciale rol. Met name de (generationeel overdraagbare) aanleg tot angst voor pijn maakt dat iemand eerder last heeft van de effecten van traumatische herinneringen en verhoogd kwetsbaar is wanneer hij geconfronteerd wordt met pijn. Bovendien is in die gevallen sprake van een verhoogde neiging tot vermijdingsgedrag.

Al met al is het aannemelijk dat:

- chronische pijn traumatisering en de daarbij horende angst en depressie prikkelt, in stand houdt en versterkt;
- een ‘catastrofale’ benadering van pijn geassocieerd is met meer psychische klachten en slechte coping (Sharp & Harvey 2001: 863).

Uit het bovenstaande wordt duidelijk dat lichamelijke klachten, waaronder pijn, integraal deel uitmaken van de complexe mechanismen bij traumatisering en ook dat traumagerelateerde klachten van dien aard zijn dat ze ertoe neigen zich in schijnbaar vicieuze cirkels te presenteren. Niet alleen angst en traumatisering gaan gepaard met lichamelijke klachten, maar ook depressie. Chronische waakzaamheid en uitputting zijn zowel de oorzaak als het gevolg van deze psychische en psychiatrische klachten. De vraag welke (combinatie van) behandeling(en) de voorkeur geniet, zal daarom steeds beantwoord moeten worden in het licht van deze haast onlosmakelijke samenhang.

1.3 Diagnostiek van lichamelijke klachten

In het voorgaande is de relatie tussen bepaalde lichamelijke klachten en biologische en psychologische fenomenen toegelicht. Zoals eerder al kort aangegeven, komt het bij vluchtelingen regelmatig voor dat lichamelijke klachten als uiting van angst en waakzaamheid in de eerste- en tweedelijns zorg uitgebreid somatisch worden onderzocht, zonder een verband te leggen met deze biologische en psychologische processen. Dit geldt bijvoorbeeld voor klachten als benauwdheid en misselijkheid, waarbij gedacht wordt aan astma en maaglijden als oorzakelijke ziekte. Er kan niet genoeg benadrukt worden dat het onder-

zoeken van lichamelijke oorzaken en ziekten van groot belang is. Onderzoek onder Nederlanders toont aan dat meer dan de helft van de huisartspatiënten met een depressieve of een angststoornis ook een somatoforme stoornis hebben (De Waal e.a. 2004). Daarnaast kan het een fixatie op lichamelijke klachten voorkomen, wanneer er in de eerste lijn al in een vroeg stadium een verbreding plaatsvindt van anamnese en diagnostiek naar psychische klachten en symptomen. Mogelijk helpt een meer integrale benadering de vluchteling in te zien dat klachten van lichaam en geest met elkaar vervlochten zijn.

Vanuit het perspectief van de ggz is het evenzeer van belang om behalve aan psychische klachten ook aandacht te besteden aan lichamelijke klachten. Voor een aantal vluchtelingen staan de lichamelijke klachten dermate op de voorgrond in de communicatie over hun gezondheid dat aandacht voor die klachten, ook in de ggz, een vorm is van vraaggericht werken en aansluiten bij de cliënt. Met de lichamelijke klacht als toegangspoort komt daarna makkelijker de psychische en psychiatrische problematiek in beeld.

De fenomenen chronische pijn en somatiseren worden regelmatig genoemd bij vluchtelingen. Meestal betreft dit het (hardnekkig) presenteren van lichamelijke klachten, waarvoor geen oorzaak gevonden wordt en die dus in wezen onbegrepen zijn. In de diagnostiek van lichamelijke klachten komen vooral de somatoforme stoornissen uit de DSM-IV in beeld. Daarbij worden lichamelijke klachten, waarvoor geen goede somatische verklaring of ziekte gevonden is, benoemd als psychiatrisch ziektebeeld. Bijna nooit gaat het om de DSM-IV-diagnose somatisatiestoornis, waarbij voldaan moet worden aan criteria waaronder een leeftijdsgrens bij aanvang en een aantal lichamelijke symptomen uit verschillende orgaansystemen.

De overlap tussen lichamelijke symptomen bij de somatoforme stoornissen en de gegeneraliseerde angststoornis is dermate groot dat de vraag rijst of deze psychiatrische aandoeningen niet terug te voeren zijn op dezelfde fenomenen: een mix van angst, waakzaamheid en autonome reacties op stress. Deze vraag sluit aan bij de vorige paragraaf. Ook in de literatuur wordt de relatie tussen chronische pijn en traumatisering gelegd (Sharp & Harvey 2001; Hordijk-Dekker 2003). Bij beide spelen herinnering, vermijding, (een gevoeligheid voor) angst, depressie en cognitieve strategieën een belangrijke rol in het *onderhouden* van de klachten. Het is daarom raadzaam eerst te onderzoeken of lichamelijke klachten geen uitingsvormen zijn van angst, waakzaamheid of uitputting en wellicht diagnostisch zijn onder te brengen bij een ptss en/of depressie.

In de praktijk is de sterke verbinding zichtbaar is tussen ptss en depressie: een groot deel van de vluchtelingen met een ptss hebben een

depressie (co-morbiditeit). Kaplan en Sadock's (2003) stellen dat bij twee derde van de getraumatiseerde patiënten sprake is van co-morbiditeit. De meest voorkomende stoornissen die samen met ptss optreden, zijn de depressieve stoornis, somatoforme stoornissen, andere angststoornissen en verslavingsproblematiek. Dit sluit aan bij het multidimensionale diagnostische model van de Britse psychiaters Turner en Gorst-Unworth (1990). Zij benoemen bij de diagnostiek bij vluchtelingen die gemarteld zijn, vier dimensies waar klachten optreden: incomplete verwerking (parallel aan ptss), depressie, lichamelijke klachten en existentiële dilemma's. In dit model krijgen lichamelijke klachten een aparte plaats. Terecht, want ze zijn altijd aanwezig, evenals de existentiële problematiek met veranderingen in zingeving, overtuigingen en karakter. Het werken met meerdere dimensies heeft als voordeel dat het makkelijker is de vele facetten en nuances onder te brengen in een en hetzelfde fenomeen. De systematiek van de DSM-IV biedt minder ruimte voor deze dimensies. Dit houdt het risico in dat lichamelijke klachten te weinig aandacht krijgen in de intake en niet expliciet meegenomen worden in de diagnostiek.

De andere onder de somatoforme stoornissen ondergebrachte diagnoses als conversie, hypochondrie, pijnstoornis en ongedifferentieerde somatoforme stoornis worden in de praktijk minder gezien, zeker als het bovenstaande meegenomen wordt in de diagnostiek.

De verslavingsproblematiek die ook regelmatig optreedt in relatie tot traumatisering, mag niet onvermeld blijven. Van belang in dit kader is dat middelengebruik aangewend wordt om klachten zoals slaapstoornissen, angst en pijn te verminderen (zelfmedicatie). Diezelfde middelen kunnen echter op hun beurt leiden tot klachten als angst en lichamelijke pijnen. Ook hierbij is sprake van het 'onderhouden' van klachten zoals we zagen bij de relatie pijn-ptss: stoppen met middelengebruik veroorzaakt immers overeenkomstige symptomen als de verhoogde prikkelbaarheid bij ptss (Schreuder 2003; Vos 2004).

1.4 Diagnostiek en psycho-educatie

Diagnostiek is de basis voor uitleg en psycho-educatie aan de cliënt over de klachten, hun oorsprong, mechanismen en patronen. Wat gebeurt er precies met iemand wanneer hij beangstigende dingen meemaakt? Hoe verhouden zich het lichaam en zijn processen tot wat we denken, meemaken? Wat is het nut op korte en lange termijn van het leren omgaan met pijn? Het belang van goede psycho-educatie kan niet genoeg benadrukt worden. Zo stelt pijnpsycholoog Turk (1996) dat als de pijn als onverklaarbaar wordt beschouwd, de cliënt negatief

is over het eigen vermogen om de pijn te beheersen en de eigen copingcapaciteit op pijn laag inschat. En ook: 'Het kunnen begrijpen van de pijn geeft minder stress en pijn en meer *compliance* (therapietrouw – red.) dan het niet begrijpen'. Psycho-educatie helpt om vertrouwen te winnen en mogelijke kennis- en informatieachterstand te vermindern. De uitleg betreft zeker ook het functioneren van de behandelaar en de werking van de ggz-hulpverlening. Veel vluchtelingen zijn onbekend met psychologische hulpverlening en hebben twijfels of dit wel kan helpen. Verder is psycho-educatie van cruciaal belang bij het motiveren voor een bepaalde behandelaanpak. De motivatie betreft het leren omgaan met pijn en lichamelijke klachten. Turk (1996) beweert in dit kader: 'Studies laten zien dat actieve pijn coping (doorfunctioneren, afleiding zoeken) gerelateerd is met adaptief functioneren en passieve pijn coping (afhankelijk zijn van anderen in verband met pijnbeheersing en rust nemen) met meer pijn en depressie.'

Bij het geven van uitleg over de diagnostiek kan het gebruik van metaforen helpen. Gebrek aan voldoende kennis en inzicht bij de vluchteling in de werking van lichaam en geest en de emotionele lading die bepaalde onderwerpen hebben, maken het voor de behandelaar lastig om zaken op de gebruikelijke manier uit te leggen. Als bij de uitleg de beleving of de diagnose van de behandelaar niet aansluit bij de eigen verklaring of belevingswereld van de vluchteling, zal dit gemakkelijk leiden tot het gevoel 'niet begrepen te worden'. Metaforen of vergelijkende beelden sluiten bij een deel van de vluchtelingen beter aan bij de eigen belevingswereld.

Metaforen zijn sterk psycho-educatieve *tools* omdat ze

- 1 beeldend zijn (visualisaties oproepen);
- 2 met weinig woorden een hoop verduidelijken;
- 3 complexiteit vereenvoudigen;
- 4 multi-interpretabel zijn (ieder begrijpt ze vanuit zijn/haar cultuur); en
- 5 aanzetten tot actie – zoals Lakoff en Johnson (1980) beweren.

Kortom, het verpakken van de boodschap is soms veiliger en maakt bepaalde zaken beter te begrijpen. Ze moeten echter wel aansluiten bij de belevingswereld van de cliënt. Goed bruikbaar zijn metaforen over verschijnselen die universeel zijn of beelden die vluchtelingen kennen uit hun eigen land, cultuur of gebruik.

Onderstaand vijf voorbeelden van metaforen die ingaan op het pijnlijke of verzwakte lichaam dan wel op (het verloop van) het behandelproces.

De ontwortelde boom

Als een boom verplaatst wordt, duurt het enige tijd voordat hij weer volop bladeren heeft. Omstandigheden en verzorging zijn dan belang-

rijk. Ook voor een mens die in een vreemd land komt, is verzorging belangrijk, in de zin van zelfzorg (eten, slapen, hygiëne) of de zorg van anderen. In tegenstelling tot een boom is een mens een bewegend wezen. Als een mens te weinig beweegt, krijgt hij op verschillende plaatsen pijn. Om pijn te voorkomen of te verminderen en om weer een sterker en gezonder lichaam te krijgen is het belangrijk om te bewegen en de spieren te gebruiken.

Het huis dat gestut moet worden

Uw lichaam is zo verzwakt dat het moet worden opgeknapt en geres taureerd. Maar eerst moet het worden gestut en versterkt vanwege instortingsgevaar. Uw spieren houden uw lichaam overeind en moeten worden versterkt om dit goed te kunnen doen.

De oververhitte motor

U zit in een auto waarbij de ene voet de motor hard draaiend houdt (het gaspedaal plankgas), de andere voet houdt het rempedaal ingedrukt. Indien u de auto in beweging wil krijgen en in de versnelling zet en het rempedaal maar even loslaat, zal de auto abrupt wegsurten. Dan verliest u de controle. Het lichaam, onze motor, is oververhit geraakt door stress. Dit heeft tot gevolg dat indien u vooruit wilt (actie ondernemen) het vaak niet kan, of de actie is buiten proporties, heftiger dan bedoeld. Controle herwinnen over de sensaties in het lichaam is van groot belang.

De marathon

‘Een marathon is een uithoudingsproef die een lange voorbereiding en veel oefening vereist’ (Herman 1996: 225). Verwacht niet te snel resultaat. Zowel lichamelijk als mentaal zal het genezingsproces veel inzet vragen en vooral in het begin soms zwaar zijn. Met doorzettingsvermogen en moed zal het lukken. Ik (behandelaar) zal je coachen; ik wil je trainer zijn, maar uiteindelijk moet je het wel zelf doen.

Boomwortels

De wortels van een boom dringen diep door in de grond. Wanneer ze tegenstand ondervinden, zoals een grote kei of een rotsblok, groeien ze om dat obstakel heen. Wanneer de weerstand te groot is moeten we niet het uiterste vergen van ons lichaam, maar soepelheid betrachten. Afleiding hoeft niet een teken van zwakte te zijn, het kan ook realiteitszin zijn. Het gaat erom dat de boom kan doorgroeien, ook al is er iets onherroepelijks gebeurd – zoals ook het leven door zal gaan. Let er bij het oefenen op dat je de grens hoever je kunt gaan, respecteert. Groei om de pijn heen. Leer om-gaan met de pijn in de zin van eromheen, zoals boomwortels doen.

2

Lichaamsgerichte behandelmethoden

In dit hoofdstuk komt aan de orde wat onder lichaamsgerichte behandelmethoden verstaan wordt. Eerst een kort overzicht van de bij vluchtelingen gebruikte behandelmethoden en de verschillen daartussen. De positie en het aanbod van lichaamsgericht werken in de ggz, al of niet met vluchtelingen, komt daarna aan bod. Het hoofdstuk eindigt met enkele bespiegelingen over vluchtelingen, pijn en cultuur.

2.1 Kenmerken en soorten

Al eeuwenlang werken er therapeuten met het lichaam als bron van kracht, geheugen, zingeving en heling. Vanaf de jaren vijftig van de vorige eeuw zien we dat lichaamsgericht werken gaandeweg ingeburgerd raakt. Inmiddels zijn er beroepsverenigingen voor psychomotorisch therapeuten (pmt-ers) en recentelijk ook voor lichaamsgerichte psychologen. Daarnaast is er een scala aan zogeheten alternatieve therapieën. Wekelijks staan er in kranten en tijdschriften uitnodigingen om deel te nemen aan cursussen en sessies met namen als QiGong, Focusing, Postural Integration, en dergelijke. Bij veel van deze alternatieve therapieën wordt ook lichaamsgericht gewerkt. Uit onderzoek blijkt dat het alternatieve ggz-circuit minstens even groot is als de Riagg-volwassenenzorg (Van Reenen e.a.1997). Er is kortom een waaier aan stromingen, scholen en praktijktheorieën waarin 'lichamelijkheid – bewegingen, impulsen, sensaties en spanningen – als aangrijpingspunt voor therapie dient' (De Ridder 2003: 218; Jol 1997; Van Attekum 1998). Ze werken alle in meer of mindere mate conform bovengenoemde, gangbare definitie van lichaamsgerichte therapieën.

De mate waarin het lichaam als 'aangrijpingspunt' fungeert, verschilt daarbij nogal. Aan het ene uiterste van de waaier zijn er therapieën waarbij de techniek, het inzicht en/of de verwerking van een lichamelijke ervaring centraal staat. Voorbeelden daarvan zijn de progressieve relaxatie van Jacobson, Pessó of yoga. Aan het andere ui-

terste staan therapieën waarbij maar gedeeltelijk met sensaties vanuit het lichaam gewerkt wordt.

Dit onderdeel richt zich op die scholen, stromingen en praktijktheorieën die toepasbaar zijn en toegepast worden in de ggz-hulpverlening aan vluchtelingen. Binnen dat segment is het mogelijk een tweede onderscheid aan te brengen, namelijk naar behandeldoel. De volgende doelen zijn dan te onderscheiden:

- Verwerking van problematiek.
- Inzicht in problematiek.
- Stabilisatie.
- Beweging. Hierbij fungeert het lichaam niet als *middel* tot verwerking, inzicht of stabilisatie, maar gaat het om het *bewegen op zich* als doel. Een voorbeeld daarvan is de fysiotherapie. (Subdoelen kunnen zijn: verruiming van coping, uithoudingsvermogen of weerbaarheid.)

Zonder volledig te willen zijn, mogen we stellen dat veel van wat gangbaar is in de preventieve ggz en hulpverlening aan vluchtelingen en asielzoekers, afkomstig is uit één (combinatie) van (technieken uit) onderstaande stromingen, scholen of praktijktheorieën:

- Reichiaanse psychotherapie
- Bio-energetica
- Pesso psychotherapie
- Sensory awareness
- Integratieve BewegingsTherapie (IBT)
- Yoga (houding-ademtechnieken)
- Jacobson (ontspanningstechnieken)
- Fysiotherapie (bewegings- en oefen therapie)
- Sport en andere inspanningstechnieken
- Weerbaarheidstraining (preventieaanbod).

In de volgende summiere beschrijving van elk van deze behandelmethoden wordt onder meer aangegeven welke doelen centraal staan. Dat er in een aantal gevallen overlap bestaat, mag als bekend verondersteld worden.

Veel behandelmethoden in de ggz hanteren de fasering: stabilisatie en verkenning, inzicht en ten slotte verwerking. Bij het maken van het overzicht is daarnaast meer gefocused op de verschillen dan de gelijkenissen. In de praktijk is echter vaker wel dan niet sprake van een combinatie van (sub)doelen en technieken.

REICHIAANSE PSYCHOTHERAPIE

Volgens Wilhelm Reich, leerling van Freud, ontwikkelen mensen een lichaamspantsering (*body armor*) doordat spieren zich bewust en onbewust spannen in reactie op angsten, neuroses en emoties. Dat pantser blijkt uit onderdrukte seksualiteit (het onvermogen tot het beleven van een orgasme) en een verstoring van de energiehuishouding. Het doel van Reichiaanse psychotherapie is het afbreken van het pantser via massage, spieroefeningen en ademhalingsoefeningen. Doordat bij het beïnvloeden van lichamelijke spanningen veel emotionele energie vrijkomt (ook angst), dient de begeleiding van het proces zorgvuldig te geschieden; de juiste afstand, zachtheid en een goede verstandhouding tussen cliënt en hulpvrager zijn essentieel.

Tot de neo-reichiaanse therapeuten behoren degenen die werken volgens emotioneel lichaamswerk, counseling en bodymind integration. Deze therapeuten integreren het reichiaanse gedachtegoed met psychodrama of gestalt. Omdat zij methoden hanteren die triggering van onderliggende emoties tot doel hebben – zo wordt bij de massage gewerkt met stokken en scherpe voorwerpen om *sleutelgebieden* te prikkelen – kunnen harde confrontaties en inzichten niet worden gemeden. Het gaat bij (neo-)reichiaanse psychotherapie om *verwerking* van opgedane spanningen.

BIO-ENERGETICA

Alexander Löwen die in 1945 op 35-jarige leeftijd bij Reich zijn training als therapeut beëindigde, is de *founding father* van de bio-energetica. Veel gedachten van Reich over met name de energiehuishouding zijn erin terug te vinden. Op de website www.bioenergetics-society.com/whatisbio.shtml geeft Löwen de volgende omschrijving. 'Bio-energetica is een manier om iemands persoonlijkheid te zien in termen van het lichaam en zijn energetische processen. Deze processen, met name de energieproductie door ademhaling en metabolisme en het loslaten van energie door beweging, zijn de basale functies van het leven' (vertaling red.) (zie ook Löwen & Löwen 1977). De behandelmethode, waarover in 1958 voor het eerst werd gepubliceerd, gaat ervan uit dat het begrijpen van de lichaamstaal helpt om de problemen van de geest op te lossen. Door oefeningen (ademhaling, beweging, geluid) en gemanipuleerde lichaamshoudingen maakt de cliënt contact met spanningen in het lichaam. Bij een cliënt die klaagt dat het voelt 'alsof ik een loden last op mijn schouders draag' is een gemanipuleerde lichaamshouding dat daadwerkelijk te laten voelen door hem of haar een tijd lang een gewicht te laten torsen. Op deze manier bezig moeten zijn met lijfelijke sensaties is vaak confronterend voor de

cliënt. Naast dit soort krachtige oefeningen – die de relatie tussen taal en lichaam ‘hard’ maken – zijn er ook zachtere vormen zoals gron-ding-oefeningen. Bio-energetica heeft *inzicht* en *stabilisatie* tot doel.

PESSO PSYCHOTHERAPIE

Pesso psychotherapie is een vorm van individuele psychotherapie in groepsverband. Dertig jaar terug ontwikkelden de danspedagogen Albert en Diana Pesso een behandelmethode met als basisgedachte dat de mens in feite continue bezig is zichzelf te worden. Wanneer dat eigenwordingsproces geblokkeerd wordt, bijvoorbeeld in de opvoeding, zal de gefrustreerde basisbehoefte aanwezig blijven en op zoek gaan naar bevrediging. ‘Onderdrukte emoties zijn als het ware gestolde bewegingen’ (Van Attekum 1998: 28) en komen tot uiting in sensaties (warmte, jeuk, rillingen), fysieke klachten (pijn en spanningsklachten) en beelden (herinneringen, fantasieën). In de Pesso psychotherapie wordt met groepen gewerkt met als doel weer beweging te brengen in het proces van zelfverwerkelijking. Tijdens een therapiesessie (*structure*) worden de blokkades uit het verleden één voor één in rollenspelen (*accommodations*) nagespeeld. Heftige uitingen van emoties zoals slaan, schoppen en schelden mogen naar boven komen. Het zwaartepunt in de verwerking ligt in de latere sessies op de interactie tussen de cliënt en de ideaalfiguur (de rol van de vader, moederfiguur). Deze interactie leidt uiteindelijk tot het voldoen aan de geblokkeerde basisbehoefte.

De Pesso psychotherapie wint aan invloed en wordt momenteel als cursus aangeboden door het opleidingsinstituut RINO. De Pesso psychotherapie is zoals andere behandelmethoden uit de danswereld (o.a. Mace) een *verwerkingstherapie*.

SENSORY AWARENESS

Van *awareness* (gewaar zijn) is ook bij Frits Perls (gestalt) sprake. Perls legt *awareness* zelfs aan de basis van gestalttherapie. Sensory awareness is een bij uitstek ervaringsgerichte therapie, waardoor iemand zich meer bewust wordt van zijn reactie bij het maken van contact, bewuster kiest en zijn werkelijkheid actiever vorm geeft. De oorsprong ervan ligt in Duitsland in het begin van de vorige eeuw. Elsa Gindler ontwikkelt er een werkwijze die ze *Arbeit am Menschen* noemt. Charlotte Selver, een Amerikaanse studente van Gindler, raakt gefascineerd door de werkwijze en brengt met haar echtgenoot Brooks de werkwijze in 1938 voor het eerst in de praktijk in de Verenigde Staten onder de naam sensory awareness. De behandelmethode verschilt van andere doordat ze de adem als belangrijkste bron van ingang neemt: de adem is de brug tussen de wereld binnenin (organen, spieren, hersenen) en de wereld buiten, on-

ze directe omgeving. Het is iets waar iemand – als het goed is – niets aan hoeft te doen; ademen gaat vanzelf. Sensory awareness heeft tot doel het zuivere gewaarzijn van het eigen lichaam te stimuleren en de signalen die iemand ontvangt te (h)erkennen, begrijpen en te accepteren. Sensory awareness is meditatief van aard en steeds vaker onderdeel van een behandelmethode (op boeddhistische leest geschoeide therapieën zoals Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) en cognitieve therapieën zoals RET). Ook de sensorimotor psychotherapie van Pat Ogden leunt sterk aan tegen sensory awareness. Via *contact statements* (zoals ‘merk je waar de spanning zich vastzet?’) leert de behandelaar de cliënt om zijn passieve aandacht gericht te houden op de sensaties alleen. Passieve aandacht betekent: noch de aandacht zelf noch de ademhaling richten of vasthouden. Het gaat om het louter ervaren van een sensatie, de bereidheid te voelen wat er is en de acceptatie ervan. Lichaamssensaties dienen eerst te worden opgemerkt en van emoties onderscheiden (*inzicht*), pas daarna zijn ze hanteerbaar en kan *stabilisatie* plaatsvinden.

INTEGRATIEVE BEWEGINGSTHERAPIE (IBT)

De integratieve bewegingstherapie (IBT) heeft een directe link met Perls en Reich. Zo staat Hilarion Petzold, de ontwikkelaar van de behandelmethode, aan het hoofd van het Frits Perls Instituut in Duitsland en erkent hij het adagium van Reich: elke emotie heeft een fysieke pendant. Petzold is gepromoveerd in theologie, psychologie en orthopedagogie en dat brede interesseveld maar vooral de integratie ervan wordt zichtbaar in zijn behandelmethode, die niet voor niets integratief heet. Centraal in de uitgangspunten van IBT staat het lichaam-als-geschiedenis, het geleefde *lichaam-subject*. Alle middelen die de mens gebruikt om een ervaring op te slaan, worden als ‘creatieve bronnen’ gebruikt bij de gefaseerde verwerking van een ervaring (Petzold & Orth 1997). Binnen de integratieve bewegingstherapie wordt gebruik gemaakt van psychodrama, stem, spel, sport, yoga, ontspanningsoefeningen, zelfverdedigingstechnieken, maar ook van klei en tekeningen.

Volgens Petzold ervaart ieder mens vanaf zijn geboorte een oerverbondenheid met de wereld om zich heen (*Primordiale Koexistenz*). Op basis van deze verbondenheid gaan we relaties aan. Wanneer iemand, zoals bij een traumatische ervaring, in zijn verbondenheid met anderen beschaamd wordt, wordt deze ‘integriteit’ beschadigd. Hij neemt de dingen anders waar (voelt niets meer), drukt zich anders uit (raakt verbaal verlamd) en legt de foute ervaringen vast in het lichaamsgeheugen. De IBT heeft een tweeledige integratie voor ogen: opheffen van blokkades en herstel van contact met het lichaam-subject en het weer voelen van de verbondenheid tussen hemzelf en de wereld om hem heen.

De IBT gebruikt naast de eerder genoemde lichaamsgerichte werkvormen ook de *bodychart* en creatieve werkvormen. De *bodychart* is een lichaamstekening die de cliënt maakt en in een groepsgesprek of een individuele therapie achteraf interpreteert. De anderen vertellen wat ze erbij ervaren. Ook de creatieve werkvormen (onder meer werken met klei) helpen zichtbaar te maken wat het lichaam opgeslagen heeft aan zintuiglijke en beeldende herinneringen.

In het vierfasenmodel van Petzold verloopt elke fase op zich ook weer gefaseerd. In zowel de begin-, actie-, integratie- als nieuwe oriëntatiefase dient verdieping plaats te vinden. Pas wanneer het ene niveau bereikt is (*stabilisatie, inzicht, verwerking*), kan het volgende beroerd worden. Voor wat betreft de veiligheid in de groep: pas als de cliënt merkt dat hij een eigen plek kan creëren (ook ruimtelijk) en daarin gerespecteerd wordt, is solidariteit met anderen mogelijk.

YOGA (HOUDINGS-/ADEMTECHNIEKEN)

Meestal wordt aan yoga gedaan als een manier om contact te maken met het lichaam. Yoga is een Sanskriet woord en betekent verbinding, eenheid. In de yogadarana (het systeem) worden acht stappen onderscheiden. In dit kader zijn de belangrijkste de lichaamshoudingen (*asana's*) en de ademregulerende oefeningen (*pranayama*). Indien bij de lichaamshoudingen die ingenomen worden (zwaan, lotus) ook getracht wordt op een juiste manier te ademen, worden we ons bewust van de energieknooppunten (*chakra's*); de plexus solaris of zonnevlecht is zo'n chakra. Blokkades die de energiedoorstroom verhinderen, worden gevoeld doordat de adem stukt of spieren trillen. De *asana's* (lichaamshoudingen) zijn in feite oefeningen om de energiestromen (*nadi*) in evenwicht te houden, of bij ziekte – die altijd een weerspiegeling is van de disharmonie – te beïnvloeden.

Er zijn meerdere vormen van yoga en het is eerder een stroming met verschillende praktijken dan een bepaalde behandelmethode. Als ademtechniek heeft yoga een gunstige invloed op longaandoeningen en maag-/darmklachten en als houdingstechniek werken de oefeningen in op spiergroepen, bloedsomloop, organen en het centraal zenuwstelsel. Het gaat bij yoga om *beweging* en (mogelijk ook) *stabilisatie* (hervinden van harmonie).

JACOBSON (ONTSPANNINGSTECHNIEKEN)

De progressieve relaxatie van Edmund Jacobson is een ontspanningstechniek die in de ggz-hulpverlening al ingang gevonden heeft. In het kort komt de techniek erop neer dat iemand zijn verschillende spiergroepen beurtelings spant en ontspant, waarna hij zich rustiger en min-

der angstig voelt. Al in zijn eerste publicatie (1908) geeft Jacobson aan dat hij wetenschappelijk wil aantonen dat angst gepaard gaat met verhoogde spierspanning en dat deze spiertonus beïnvloed en verlaagd kan worden waardoor de angst vermindert. Zijn eerste verklaringen over de neuromusculaire component van emoties verschijnen in 1929. De laatste jaren wordt progressieve relaxatie toegepast door huisartsen, psychologen, algemeen maatschappelijk werkers (amw-ers) en preventiewerkers, vaak in een 'verkorte versie' (het oorspronkelijke oefenschema bestaat uit drie zittingen van een uur per week). De ontspanningsoefeningen zijn ook in zwang als onderdeel van een gedragstherapeutische behandeling. De indicaties zijn: slapeloosheid, spanningshoofdpijn, rug- en nekklachten en algemene gespannenheid.

Veel adem- en ontspanningsmethoden zijn een uitbreiding of variant op de progressieve relaxatie van Jacobson. De methode Van Dixhoorn bijvoorbeeld gaat ervan uit dat bij stress de spieren toch al aangespannen zijn. Van Dixhoorn propageert minder aanspanning en meer zachte, vloeiende bewegingen en acties alsook gebruik van de stem. Voor Jacobson en Van Dixhoorn zijn adembewustwording en -regulatie van groot belang. Door oefening en passieve aandacht voor de ademhaling (zie ook sensory awareness): 'wordt men bewust van het ademen op een positieve manier: het voelt makkelijker, ruimer, moeitelozer, vrijer, rustiger dan gewoonlijk. Dergelijke gevoelens tezamen met de afname in ademspanning leiden vervolgens tot een meer algemeen ontspannen toestand' (Van Dixhoorn 1994: 80).

FYSIOTHERAPIE (BEWEGINGS- EN OEFENTHERAPIE)

Fysiotherapie hoort in zoverre in dit rijtje thuis dat ze zich van oudsher bezighoudt met door spanning veroorzaakte fysieke pijn. Massage en de heilzame werking van warmte, licht en water om spierkracht en mobiliteit te verkrijgen waren al bekend bij de Romeinen. Wanneer na de Eerste Wereldoorlog medische programma's ontwikkeld worden om de fysieke rehabilitatie van oorlogsslachtoffers te ondersteunen, wordt fysiotherapie een professie. Toen Amnesty International in 1975 in Denemarken het Rehabilitation and Research Centre for Torture Victims (RCT) opzette, was fysiotherapie een van de daarbij betrokken disciplines. In Nederland begon het onderzoek door fysiotherapeuten naar de medische gevolgen van martelingen pas vrij laat (Overtoom 1997).

In de regel verwijst de huisarts patiënten naar de fysiotherapeut, bijvoorbeeld voor de behandeling van klachten aan het houdings- en bewegingsapparaat. Pijnklachten die samenhangen met een traumatisch verleden zijn reden tot doorverwijzing. Inmiddels is er al veel praktijkervaring opgedaan met vluchtelingen. Naast de aanbidding van fysiotherapeutische technieken zoals massage en warmteapplicaties, zijn

de uitleg en de adviezen die gegeven worden, van belang. De fysiotherapeut is vaak degene die de relatie pijn-fysiologie-psychisch proces (angst, stress, verdriet) probeert duidelijk te maken. Het fitnessadvies of de opdracht thuis mobiliserende en spierversterkende oefeningen te doen, wordt voorzien van informatie over de werking ervan op het gestel en het gevoel. Een fysiotherapeut met ervaring met vluchtelingen en traumatisering houdt rekening met het verleden van de cliënt; de flash van een lichttherapie of een aanraking kan triggering veroorzaken. Het is belangrijk dat de cliënt stop kan zeggen: 'stop' of 'nee' dient geaccepteerd te worden zonder vragen, waarna vervolgens gezamenlijk oplossingen kunnen worden gezocht' (Hordijk-Dekker 2003: II 3.3.22).

Fysiotherapeuten die vluchtelingen behandelen, bieden naast hun gewone technieken ook oefeningen aan uit de hierboven besproken behandelmethoden: oefeningen die het lichaamsbewustzijn verbeteren, adem- en ontspanningsoefeningen. Ook worden elementen uit de haptonomie gebruikt. Daarbij staat de tastzin centraal, het elementaire zintuig waarmee iemand de verbinding maakt met de dingen om hem heen. Wat iemand voelt als hij iemand anders aanraakt, is bij haptonomie onderwerp van gesprek. Het kan een ingang bieden om de cliënt weer vertrouwd te maken met zijn eigen lichaam.

SPORT EN ANDERE INSPANNINGSTECHNIKEN

Sinds mensenheugenis is bekend dat sport en matige inspanning helpen bij psychische en lichamelijke problemen. Huisartsen en andere behandelaars zijn daarom vaak geneigd naast de reguliere behandeling ook een sportadvies te geven. In de meeste gevallen is zo'n advies vrijblijvend; soms wordt hulp geboden bij het zoeken naar de juiste invulling ervan. Het is mogelijk dat de behandelaar de vluchteling daadwerkelijk begeleidt bij het zoeken naar een financiële regeling (bijvoorbeeld bijzondere bijstand), zodat de cliënt in staat is te sporten of in de lokale fitnessruimte aan de slag kan.

Sinds een jaar of tien worden in de ambulante ggz loopgroepen (*running therapy*) opgezet bij de behandeling van vooral depressie. Na een *warming up* wordt tot maximaal een uur gejoegd, dan volgt tien minuten *cooling down*. Inspanning geeft ontspanning, is een belangrijke reden. Daarnaast veroorzaken lopen en andere inspanningstechnieken extra zuurstofopnamecapaciteit (vo_2), die van invloed kan zijn op angstgevoelens en mogelijk ook op slaapstoornissen. Als 'aanvullend aanbod' bij depressie is lopen en aan sport doen bovendien zinvol vanwege de contacten die het met zich meebrengt en het positieve gevoel dat capaciteiten en kracht toenemen. Inherent immers aan het doen van sport is dat grenzen verlegd worden.

De vraag of inspanningstechnieken ook goed zijn als ondersteuning bij de behandeling van angst wordt wisselend beantwoord. In de vs zijn onderzoeken die uitwijzen dat dat in zekere zin klopt (echter niet bij fobieën). In Nederland is men de mening toegedaan dat voorzichtigheid geboden is bij het aanbieden van inspanningstechnieken, omdat ze *arousal* kunnen oproepen en een paniekaanval inleiden. Maar gecontraïndiceerd zijn loopgroepen niet. Het is wel van belang dat de cliënt terdege beseft dat er een 'inspanning' van hem of haar verwacht wordt. Gezien de hoge drop-out wordt tegenwoordig meer en meer met contracten gewerkt, waarbij de cliënten aangeven wat zij willen bereiken.

WEERBAARHEIDSTRAINING (PREVENTIEAANBOD)

Weerbaarheidsoefeningen verhogen de affectieve en sociale competentie van de cliënt waardoor het gevoel van eigen kracht (empowerment) en zelfstandigheid toeneemt. Vooral op scholen en in zelfhulpgroepen voor vrouwen (in buurthuizen) worden deze oefeningen in de vorm van een training of cursus aangeboden. Tijdens zo'n training wordt aandacht besteed aan non-verbale communicatie (houding, uitstraling), zodat de cliënten leren een betere inschatting te maken of hun gedrag af te stemmen (conflictbeheersing). Er is ook een fysieke component. Vaak zijn de fysieke technieken die gebruikt worden afkomstig uit vechtsporten (*martial arts*) als judo, karate en jiu-jitsu. Uit QiGong, een zen-techniek, worden oefeningen geleerd waarbij met het stemvolume gewerkt wordt en met het uitstoten van klanken (HhaaaO!). Verder maken ook rollenspelen en visualisaties vaak onderdeel uit van een weerbaarheidstraining.

Bovenstaande behandelmethoden of bepaalde elementen eruit worden in meer of mindere mate gebruikt in de behandeling van vluchtelingen en asielzoekers.

Het aanbod van pmt-ers en andere binnen ggz-instellingen werkzame lichaamsgerichte therapeuten wordt beschouwd als aanvullend op de andere behandelvormen (gesprekken en medicijnen). Daarbij halen pmt-ers en andere lichaamsgerichte therapeuten die elementen uit verschillende scholen, stromingen en praktijktheorieën die werkzaam zijn voor een bepaald doel. Dit valt bijvoorbeeld af te leiden uit wat Zwart (pmt) schrijft over de behandeling van vluchtelingen en asielzoekers in De Vonk – onderdeel van Centrum '45, een landelijke instelling voor traumabehandeling: 'Pmt kent een onderscheid in lichaamsgeoriënteerde en bewegingsgeoriënteerde methoden. Bij de eerstgenoemde methoden doen patiënten lichamelijke ervaringen op in bijvoorbeeld 'body-' en 'sensory-awareness' (lichamelijk en zintuiglijk bewustzijn), 'grounding' (gevoel van geestelijke en lichamelijke stabiliteit), massage

en ontspanningsoefeningen. Bij laatstgenoemde methoden nemen patiënten deel aan bewegingsarrangementen, waarin zij gelegenheid krijgen leerervaringen en correctieve emotionele belevingen op te doen. (Met bewegingsarrangement wordt bedoeld (...) vormen uit spel, sport, fitness, zelfverdediging, dans, bewegingsexpressie of specifiek voor de pmt ontwikkelde vormen.)' (Zwart 2001: 14)

In De Vonk en in andere curatieve ggz-instellingen, in de eerstelijns hulpverlening, bij de MOA/GGD-en en bij preventieactiviteiten worden elementen uit bovengenoemde behandelmethoden, zoals sensory awareness en ontspanningsmethoden, aangeboden. De volgende paragraaf biedt een kort overzicht van lichaamsgerichte behandelingen in de ggz voor vluchtelingen.

2.2 Lichaamsgerichte behandelmethoden in de ggz voor vluchtelingen

In het voorafgaande deel zijn tien lichaamsgerichte behandelmethoden de revue gepasseerd met het doel een indruk te geven van wat er op dat gebied bestaat, waarin ze van elkaar te onderscheiden zijn en wat ze tot doel hebben. In dit gedeelte wordt ingegaan op wat in de praktijk van de ggz-hulpverlening aan vluchtelingen aangeboden wordt. In de huidige ggz-praktijk krijgen relatief weinig vluchtelingen een behandeling waar lichaamsgerichte behandelmethoden onderdeel van uitmaken. Het is dus eerder uitzondering dan regel. Het gaat in de meeste gevallen om pioniers die in de eigen instelling aan de slag gingen, samenwerkingsverbanden opzetten of soms zelfs een zorgprogramma uitdokterden.

Hieronder worden kort de verschillende ggz-behandelsettings besproken waarmee vluchtelingen en asielzoekers te maken hebben en het aandeel daarin van lichaamsgerichte behandelmethoden.

REGULIERE (DAG- EN DEELTIJD-)KLINISCHE GGZ

Vluchtelingen en asielzoekers met acute en ernstige psychiatrische problematiek worden, net als andere ingezetenen van Nederland, klinisch opgenomen indien daarvoor een noodzaak bestaat. Cijfers over aantallen in vergelijking met Nederlanders ontbreken. In de reguliere klinische setting draaien zij gewoon mee met het behandelprogramma.

In bijna alle klinische ggz-afdelingen zijn psychomotorische therapeuten (pmt-ers) werkzaam, die een vast onderdeel van het behandelprogramma verzorgen. Opgenomen vluchtelingen en asielzoekers krijgen daardoor met pmt te maken. Door het incidentele karakter van opnames van deze doelgroep bestaat er veelal geen specifiek behandel-aanbod. Ook pmt heeft ten aanzien van deze doelgroep (nog) geen specifieke plaats. Taal- en communicatieproblemen en onbekendheid

met de achtergronden en culturele eigenheden maken dat patiënten uit deze doelgroep vaak als ingewikkeld worden gezien. Dit leidt er nogal eens toe dat ze verwezen worden naar in de doelgroep gespecialiseerde ggz-instellingen (zie verder).

Dit alles lijkt ook te gelden voor dagklinische settings en deeltijdbehandelingen. Wel zijn er enkele reguliere ggz-instellingen die initiatieven nemen voor een apart dagklinisch- of deeltijdaanbod voor deze doelgroep. Uit een vooronderzoek van psychologe Paula Iturra (2002 - intern Pharosrapport) blijkt dat dit vooral gebeurt in de regio's waar een concentratie van asielzoekers te vinden is.

REGULIERE AMBULANTE GGZ

De spreiding van vluchtelingen en asielzoekers over Nederland heeft er in de afgelopen vijftien jaar toe geleid dat in alle ggz-instellingen ambulante behandelingen plaatsvinden voor deze doelgroep. De fusiegolf in de ggz heeft de ambulante en klinische ggz samengebracht in grote regionale ggz-instellingen. Deze transmuralisering moet leiden tot meer samenhang, afstemming en continuïteit van zorg. Voor de ggz zou dit moeten betekenen dat de ambulante en klinische zorg minder gescheiden gaan opereren. In de praktijk zijn er nog vaak de oorspronkelijke, van elkaar gescheiden locaties en wordt er weinig gebruik gemaakt van elkaars kennis, aanbod en personeel. Dit geldt ook voor de inzet van vaktherapeuten, zoals de pmt, die nog steeds voornamelijk (dag)klinisch worden ingezet en nauwelijks in de ambulante ggz.

In een aantal instellingen wordt er ambulant met vluchtelingen- of asielzoekersteams gewerkt, die zich hebben toegelegd op deze doelgroep. Soms wordt deze hulpverlening ondergebracht bij zogeheten traumateams, die zich sterk richten op de posttraumatische problematiek. Het komt voor dat er in deze wat specifiekere organisatievormen wel lichaamsgericht gewerkt wordt met inzet van pmt-ers, al dan niet in samenwerking met andere vaktherapeuten als creatief, muziek- en danstherapeuten. Waar geen speciaal vluchtelingen- of traumateam bestaat, zijn cliënten met een vluchtelingenachtergrond over het algemeen terug te vinden in het zorgprogramma angststoornissen.

Uit de behoefteanalyse die voor dit project is uitgevoerd blijkt dat er binnen de ambulante ggz weinig mogelijkheden zijn om lichaamsgericht te werken. Ook al zijn er pmt-ers binnen de instelling, zij vinden vaak niet de weg naar de ambulante sector, of andersom. Er wordt geen hulpvraag geformuleerd waarmee de pmt aan de slag kan. De onbekendheid met de doelgroep vluchtelingen en asielzoekers, maar ook met elkaars werkzaamheden en taakopvattingen zou een rol kunnen spelen en daarnaast het nog onvoldoende transmurale denken, waardoor een pmt niet ingezet mag worden op andere afdelingen. In ieder

geval blijkt uit de behoefteanalyse dat de psychologen en spv-en die wel lichaamsgericht werken (een derde), dat op eigen initiatief doen. Uit interesse hebben ze een cursus gevolgd waaruit oefeningen gehaald worden die naar eigen inzicht worden aangeboden. In veel gevallen gaat het om een groepsaanbod waarbij er oog is voor individueel maatwerk. Tijdens zo'n groep worden spelvormen, yoga, balsporten en ontspanningsoefeningen afgewisseld met leertheoretische, ontwikkelingspsychologische of cognitieve benaderingen. Soms zijn deze pioniers al jaren bezig en besluiten ze een draaiboek te ontwikkelen en de eigen aanpak op papier te zetten. Uit de draaiboeken en de contacten met de pioniers is uiteindelijk deze publicatie voortgekomen.

GESPECIALISEERDE GGZ-INSTELLING

Nederland kent een aantal (afdelingen binnen) ggz-instellingen die zich specifiek richten op vluchtelingen en asielzoekers. Dit zijn onder meer De Vonk (onderdeel van Centrum '45), Phoenix (onderdeel van De Gelderse Roos), beide met zowel klinische als dagklinische voorzieningen, en dagklinische afdelingen van GGZ Drenthe (Evenaar), Academisch Medisch Centrum (Equator), GGZ Den Bosch en Bavo RNO. Ze richten zich allemaal op de posttraumatische vluchtelingenproblematiek, met aandacht voor de transculturele aspecten.

De klinische voorzieningen hebben een landelijke functie. De meeste dagklinieken hebben een regionale functie, maar nemen ook vluchtelingen uit een andere regio in behandeling. Het aantal dagklinische voorzieningen voor vluchtelingen is de laatste jaren gegroeid.

Binnen de instellingen zijn psychomotorische, bewegingsexpressie- en danstherapeuten werkzaam. Hun activiteiten vormen een vast onderdeel van het behandelprogramma. Samen met de creatief en muziektherapeuten horen zij tot de *vaktherapeuten*. In een aantal gevallen is sprake van een gecombineerde behandeling en werken de vaktherapeuten samen. Op andere locaties werken de pmt, muziek- en creatief therapeut parallel en dus losser van elkaar. Voor alle gespecialiseerde ggz-instellingen geldt dat er een lichaamsgericht groepsaanbod is. Een belangrijk uitgangspunt is dat ze proberen complementariteit te verkrijgen tussen enerzijds de non-verbale interventies en anderzijds het aanbod van individuele en groepspsychotherapie (Drozdek e.a. 2002: 179-180). Vaak doen de pmt-ers ook aan individuele hulpverlening. Ze putten uit verschillende scholen en bronnen zoals op te maken valt uit het citaat aan het eind van de vorige paragraaf.

De cliënten waarderen pmt doorgaans hoog. In De Vonk noemen ze 'pmt met de medicijnen en de gesprekken met de psychiater de belangrijkste behandelvorm' (Zwart 2001: 226). De bijdragen van de pmt aan de behandeling zijn als volgt te omschrijven:

- Pmt maakt bewegingstendenties duidelijk en helpt bij het zoeken van alternatieven.
- Pmt biedt oefeningen aan die ontspannen en het lichaamsgevoel bevorderen, hetgeen een positieve invloed kan hebben op lichamelijke spanningspijnen. Bovendien leren vluchtelingen dat de eigen actieve inzet het herstel bevordert (Zwart 2001: 226-227).
- Pmt helpt cliënten bij de regulering van hun spanning en boosheid door externalisering en het ervaren van gezonde vormen van ontlasting en (zelf)beheersing.
- Pmt leert cliënten (fysieke en mentale) grenzen aan te geven waarbinnen ze zich weer veilig kunnen voelen.
- Pmt is belangrijk voor de 'vorming van de éénlingen tot een groep die kan samenwerken' (De Winter 2002: 175).
- In een individueel contact kan de pmt de dissociatiereflex en andere symptomen van ptss duidelijk maken en (voor)bewerken.

Het groepsaanbod in de specialistische ggz-instellingen is in de regel seksspecifiek en soms taalgebonden. Daarnaast wordt bij bepaalde gelegenheden de mogelijkheid geboden om ongeacht sekse of taalverschil te sporten, dansen en bewegen. Verder dient te worden vermeld dat ook de klinische behandeling in deze specialistische ggz-instellingen zich in eerste instantie richt op stabilisatie en symptoomreductie. Als er tijdens de oefeningen herinneringen naar boven komen, wordt er niet altijd op 'doorgewerkt' (Staudenmayer 2002: 170). Integendeel: bij twijfel over de draagkracht van de cliënt worden 'intrusieve benaderingen vermeden' en gaat de behandelaar over op een traumacontextuele aanpak. Daarbij ligt 'de nadruk op de huidige gedragingen, cognities en emoties van de patiënt en niet diens toenmalige. Het psychotrauma wordt niet opgezocht, maar als het ware op afstand en omcirkelend benaderd' (Rijnders 2002: 173).

Binnen deze specifieke ggz-hulpverlening houdt men zich behalve met stabilisatie en symptoomreductie ook bezig met verwerking en revalidatie. De behandeling verloopt gefaseerd. Het verwerkingsaspect betreft herinneringen exploreren, leren omgaan met angst en anderen opnieuw leren vertrouwen. Deze en andere zaken worden 'bewerkt' en besproken zowel tijdens individuele behandelcontacten als tijdens een poliklinische of dagbehandeling (Zwart 2001: 227). Inmiddels hebben pmt-ers in deze setting veel ervaring opgedaan met de doelgroep.

GGZ-PREVENTIE

Er zijn de afgelopen jaren veel initiatieven op het gebied van ggz-preventie ontstaan, in het bijzonder voor asielzoekers. Via preventieve activiteiten en interventies kan veel gezondheidswinst geboekt worden.

De aparte financiering van de zorg voor asielzoekers maakte deze preventieactiviteiten mogelijk. Vaak vinden ze plaats in asielzoekerscentra (azc) of op scholen voor asielzoekerkinderen en wordt er samengewerkt met medewerkers van het azc of de school. Zo bestaan er in verscheidene azc's preventieve groepsactiviteiten waarbij ggz-preventiewerkers en -behandelaars met verpleegkundigen en gvo-functionarissen van de medische opvang (moa) samenwerken. In de meeste gevallen ligt het accent sterk op psycho-educatie, maar vaak is er ook aandacht voor lichaamsgerichte bezigheden. In het kader van stresspreventie worden dan ontspanningsoefeningen gedaan met groepen asielzoekers. Soms worden bovendien activerende oefeningen aangeboden in de vorm van spel, sport of dans. In een aantal gevallen doet men weerbaarheidsoefeningen of yoga. Vaak draagt de moa zorg voor werving en nazorg.

Indien meerdere partners samenwerken zijn de lichaamsgerichte activiteiten over het algemeen een onderdeel van een langdurige, gestructureerde serie bijeenkomsten. Als doelen staat meestal omschreven: omgaan met pijn en stress, versterking van de coping, plezier maken en weer meer vertrouwen krijgen in zichzelf en in andere mensen. Ook hier gaat het om groepsactiviteiten.

2.3 Vluchtelingen, pijn en cultuur

Vluchtelingen zijn vaak afkomstig uit culturen waar niet op dezelfde manier als in Nederland over ziekte gesproken wordt. Nederlanders noemen graag 'het beestje bij de naam' en zijn daarin erg direct. Wanneer het om psychische klachten gaat kiezen sommige vluchtelingen ervoor om daar liever niet over te praten. Dit kan terug te voeren zijn op schaamte om over intieme zaken te spreken, of om als zwak gezien te worden. Of zij ervaren vragen die gesteld worden als te persoonlijk en soms zelfs indruisend tegen goede normen. Uit strategische overwegingen of uit afweer kiezen deze cliënten ervoor te praten over 'hun hoofdpijn' of een andere lichamelijke klacht.

Er zijn meer redenen op grond waarvan cliënten uit andere culturen geneigd zijn hun klachten in eerste instantie te verwoorden als lichamelijk. Culturele factoren spelen hierbij vaak een aanzienlijke rol. Kleinman, psychiater en antropoloog, stelt dat iedere zieke zijn eigen visie heeft wat betreft de oorzaak van de ziekte, het verloop, de ziekte-ervaring en de behandeling. Zulke *explanatory models* (EM) verschillen van cultuur tot cultuur, zelfs van patiënt tot patiënt. Ieder heeft zijn eigen manier om over ongemak te praten en binnen culturen en groepen mensen wordt gebruik gemaakt van soms geheel eigen *idioms of distress*. Zo kunnen klachten bij de ene bevolkingsgroep bijna altijd te

maken hebben met de conditie van het hart (Good 1977) en kunnen de klachten bij leden van een totaal andere groep – vanwege het jarenlange op de vlucht zijn – op stel en sprong van locatie in het lichaam veranderen, zogeheten ‘travelling pains’ (Coker 2004).

Vluchtelingen zijn vaak geneigd hun klacht te omschrijven in termen van verlies, onvermogen en pijn, omdat dat de kern is van wat ze meegemaakt hebben op sociaal, politiek en cultureel gebied. Pijn is dan de metafoor voor hoe een vluchteling zich psychisch voelt. Zowel de identiteit, het lichaam, de persoonlijkheid als het eergevoel zijn aangetast en beschadigd. Bovendien zit de pijn overal en nergens tegelijk, net zoals de vluchteling zowel hier en daar ‘leeft’ en dus eigenlijk nergens. Het totale en tegelijk chaotische van de opeenvolgende ervaringen (traumatisering, vlucht, asielprocedure, acculturatie) maakt dat de pijn in feite niet meer in woorden uit te drukken is en dat alles met alles te maken heeft. Het woord pijn krijgt daardoor meerdere betekenissen: fysieke ervaring, metafoor van de geschonden relatie tussen het individu en de haar omringende omgeving en breuk van het nu met de oorspronkelijke vanzelfsprekendheden van het leven, de *basic trust*. De ‘pijnlijke situatie’ waarin de vluchteling of asielzoeker zich bevindt, is belichaamd en lichaamstaal geworden. Dit geeft aan hoe sterk het onderlinge verband kan zijn tussen verklaring (EM), het lichaam en zijn socio-culturele context.

Antropologen schrijven over het lichaam als de ‘existentiële basis van cultuur’ (Csordas 1994). Aan het lichaam (en de lichaamstaal) is cultuur af te lezen, want het zit verankerd in het lichaam en tegelijk legt het lichaam getuigenis af van de cultuur waartoe de persoon zichzelf definieert. Iets vanzelfsprekends toont zich aan de ander in de manier waarop men over iets praat of zwijgt (taboes). Cultuur wordt zichtbaar in versiering en opmaak, maar ook in houding en beweging, in sensaties, in smaak en hoe mensen tegen dingen aankijken, in keuze, tempo en intonatie van woordgebruik enzovoort. Via lichaamstaal kunnen mensen actief vorm geven aan hun cultuur: in dans, begroeting, kleding (voor meer informatie zie Bourdieu 1977).

Cultuur is kortom niet een ding maar dynamisch en contextgebonden. Van Dijk (2004) somt in het tijdschrift *Cultuur Migratie Gezondheid* vijf verschillende aspecten op van cultuur. Een daarvan is wat hierboven aangegeven staat: cultuur is in ons lichaam, in gedrag en de omgeving verankerd. Hij schrijft: ‘cultuur wordt meer geleefd dan gedacht. Daarom is in de gezondheidszorg aandacht nodig voor het lichamelijke als cultureel projectiescherm’ (Van Dijk 2004: 10). Respect voor de (culturele) betekenis van gedragingen en gevoelens is zinvol en een goede basis voor een cliëntgerichte behandeling. De beleving van het lichaam of wat oefeningen teweegbrengen bij deze of gene

vluchteling is echter onderhevig aan verscheidene factoren en zal in de hulpverlenerspraktijk divers zijn. Het is belangrijk te benadrukken dat de behandelaar de cliënt en zijn gedrag niet moet zien als prototypisch voor *zijn cultuur*. Vluchtelingen komen uit heel diverse contexten en de verschillen zijn te groot om te kunnen beweren dat een benadering geschikt zou zijn voor bijvoorbeeld alle Afghanen of alle Angolezen. Het is van belang dat in de behandelkamer respectvol wordt omgegaan met wat de vluchteling over zijn of haar cultuur zegt of kwijt wil. Bovendien dient iedere cliënt als uniek benaderd te worden.

Tot slot, in het algemeen en in ieder geval bij de meeste Nederlanders worden adaptatiereacties op omstandigheden altijd eerst lichamelijk beleefd, waarna geleerd wordt deze reacties te psychologiseren en als emoties in woorden uit te drukken. Wereldwijd gezien is somatiseren meer de norm en psychologiseren de afwijking. Wat westerse medici somatiseren noemen, heeft soms te maken met het feit dat een cliënt niet in staat is om lichamelijke verschijnselen te vertalen in verbaliseerbare emoties. Zoals we zojuist aangaven is dat bij een vluchteling vaker het geval. Hij durft, kan of wil niet spreken over de emotie of herinnering, maar hij is wel in staat te spreken over lichamelijke klachten. In vaktermen heet dit 'niet kunnen lezen van het eigen gevoel' *alexithymie* en de stoornis wordt in de wetenschap gerelateerd aan psychosomatische klachten, somatiseren en onbegrepen lichamelijke klachten. De lichaamsgerichte behandel oefeningen in dit boek zijn onder meer bedoeld om gevoelens van pijn en het 'niet kunnen lezen van het eigen gevoel' gefaseerd aan te pakken.

3

Uitgangspunten en richtlijnen voor gebruik

De uitgangspunten en richtlijnen in dit hoofdstuk horen bij de lichaamsgerichte behandel oefeningen. Zij zijn zowel de context waarbinnen de oefeningen gebruikt dienen te worden als de gebruikswijze, de ‘bijsluiter’ bij de oefeningen. Dit hoofdstuk begint met een definitie van lichaamsgerichte behandel oefeningen. Daarna volgen de belangrijkste uitgangspunten en richtlijnen voor gebruik.

Voordat de behandel oefeningen aangeboden worden is het zinvol de precieze doelen van de oefeningen te formuleren en zichzelf een aantal vragen te stellen. Bijvoorbeeld, hoe het zit met de samenwerking met de psychomotorisch therapeut, hoe om te gaan met mogelijke weerstand over het nut van de oefeningen, wat belangrijk is bij het geven van psycho-educatie, en dergelijke. De hieronder behandelde thema’s kunnen van nut zijn bij het zoeken naar de juiste vragen en antwoorden.

Wanneer een behandelaar begint met het aanbieden van lichaamsgerichte behandel oefeningen, is het goed om met kleine, eenvoudige oefeningen te starten, zodat men vertrouwd raakt met het aanbod en de werkwijze. Is dat repertoire bekend, dan kan uitgebreid worden naar andere behandel oefeningen.

3.1 Definitie lichaamsgerichte behandel oefeningen

In deze publicatie hanteren we als definitie van lichaamsgerichte behandel oefeningen:

Lichaamsgerichte behandel oefeningen zijn oefeningen die lichamelijke gewaarwordingen veroorzaken (sensaties), waarover binnen een ambulante behandeling gesproken wordt (cognitie). Aan de hand van geleide lichaams- en bewegingsgerichte handelingen (oefeningen) worden gewaarwordingen, gevoelens en pijn verkend, verwoord en waar mogelijk hanteerbaar gemaakt.

Een aantal zaken is van belang met betrekking tot deze definitie.

- 1 Het feit dat om oefeningen gaat, houdt enerzijds in dat men ze dient te leren. Er zit een procesmatige kant aan: hoe vaker de oefening gedaan wordt, hoe sneller men het kan, en hoe beter men de oefeningen weet uit te voeren, des te bevredigender is het resultaat. Anderzijds moeten de oefeningen aangeleerd worden. Dat doen de behandelaars, die ondersteuning bieden bij bovengenoemd leerproces. Voldoende uitleg en (psycho)educatie geven door de behandelaar is een belangrijk onderdeel van de lichaamsgerichte behandel oefeningen.
- 2 De oefeningen ondersteunen de behandeling; ze staan niet op zichzelf, maar beogen een bepaald doel. Ze worden ingezet teneinde de behandeling passender te maken, in de zin dat ze beter inspelen op de ziektebeleving van de cliënt en zijn klachtenpatroon, meer specifiek op zijn lichamelijke klachten. De behandel oefeningen richten zich in principe op een specifieke groep cliënten, namelijk vluchtelingen en asielzoekers met traumagerelateerde lichamelijke klachten en pijn.
- 3 De centrale doelstelling van de oefeningen is beter omgaan met lichamelijke klachten. Dat houdt in dat de cliënt actief omgaat met zijn klachten en dat de beleving van zijn lichaam en de veranderingen die zich voordoen naar aanleiding van de lichaamsgerichte behandel oefeningen besproken worden.

3.2 Veiligheid en stabilisatie

KERNWOORDEN VEILIGHEID EN STABILITEIT

In navolging van Janet (1889) is volgens Herman (1996: 202-209) een gevoel van veiligheid en stabiliteit een eerste vereiste voor traumaverwerking. Uit onderzoek blijkt dat ‘alles naar boven brengen als het lichaam dat aangeeft en catharsis niet bijdraagt tot een integratie van het trauma (...). Integendeel, het kan klachten doen verergeren. Een geleidelijke blootstelling aan emoties waarbij de cliënt de touwtjes in handen houdt, controle leert en begrijpt wat er gebeurt, is te prefereren.’ (De Ridder 2003: 222) In de alledaagse praktijk in de reguliere, ambulante zorg – zoals overigens ook in gespecialiseerde ggz-instellingen – wordt aan veiligheid en stabiliteit groot belang gehecht (Rademaker 1999; Hooijer 1999; Van der Veer 2004). Veiligheid en stabiliteit zijn kernwoorden bij de eerste fase van herstel na een traumatische ervaring. Pas wanneer de cliënt veiligheid en stabiliteit ervaart en dus enige controle over het eigen lichaam heeft, kan hij een traumatische ervaring een plaats geven.

VEILIGHEID

‘Het opnieuw ervaren van veiligheid is het belangrijkste ingrediënt van de psychotherapie met vluchtelingen’ (Van der Veer 2004: 323). Het gevoel van veiligheid is essentieel voor de bereidheid tot verandering van gedrag. Dat gevoel staat snel onder druk wanneer lichamelijke sensaties uitgelokt en besproken dienen te worden. Het kan spanning oproepen die de cliënt (al of niet bewust) nodig acht om de angst niet te voelen die anders naar boven komt – bijvoorbeeld bij ontspanning. Het gevoel van veiligheid staat tevens onder druk wanneer tijdens de oefeningen houdingen aangenomen worden die beangstigende gevoelens naar boven brengen. Het gevoel van onveiligheid is daarnaast inherent aan de problematiek bij ptss. Ptss heeft verschillende uitingsvormen zoals pijn en benauwdheid, maar ook nachtmerries, zich opdringende nare gedachten en problemen met de agressieregulatie. Een lichaamsgerichte behandeloefening is van nut om met die sensaties om te gaan, maar kan ook pijn, herinneringen of boosheid oproepen, waardoor de veiligheid van de therapeutische relatie in het geding lijkt. Lichaamsgericht werken is opereren op het scherp van de snede. Het voordeel is dat het werkt aan twee kanten: een oefening die omgaan met pijn tot doel heeft, kan impliciet invloed uitoefenen op bijvoorbeeld de agressieregulatie.

BEGRENZING

Begrenzing helpt het gevoel van veiligheid te bewaren. De behandelaar moet ervoor zorgen dat de cliënt kan bevatten wat er met hem gebeurt en zijn grens respecteren. Wanneer over grenzen heengegaan wordt – bijvoorbeeld wanneer een cliënt begint te dissociëren – geldt veiligheid als basisrichtlijn en moet dat diagnostisch signaal aangegrepen worden als indicatie voor overleg met een pmt of doorverwijzing.

Op het aspect veiligheid zal vaker teruggekomen worden omdat het de basisrichtlijn is bij het aanbod van lichaamsgerichte behandel oefeningen.

BELANG VAN STABILISATIE

Stabilisatie in relatie tot lichamelijke klachten en pijn is een belangrijke voorwaarde voor verdere behandeling. Onder stabilisatie verstaan we een aantal uiteenlopende en tevens met elkaar in verband staande facetten. Allereerst het feit dat vitale lichaamsfuncties als eten, slapen en het dag-/nachtritme weer enigszins genormaliseerd zijn. Stabilisatie kan ook betekenen dat iemand actiever wordt en de eigen kracht weer kan ervaren en benutten. Op andere momenten of bij een andere cliënt betekent zich stabiel voelen dat hij kan omgaan met de innerlijke onrust,

met irritatie, angst of de neiging oppervlakkig te ademen. Stabilisatie betekent in die gevallen vaak het ervaren van enige ontspanning. Bovendien komt het voor dat een cliënt die lijdt aan ptss van het ene uiterste (*hyperarousal*) in het andere (*numbing*; afstomping) schiet.

OPSPLITSING IN DRIE ELEMENTEN

Het veelomvattende begrip stabilisatie is in het kader van de behandel-oefeningen opgesplitst in drie elementen: activering, controleversterking en ontspanning.

Activering Aanzetten tot actie of bewegen en zelf initiatief nemen; pijnlijke sensaties kunnen ervaren en tegelijk verdergaan met wat men doet; gevoelens uitspreken.

Controleversterking Versterking van controle helpt de cliënt verkeerde gedragingen (zoals hyperventileren) te voorkomen; leren omgaan met, zich niet verliezen in onprettige sensaties zoals pijn, onrust of spanning.

Ontspanning Ontspanning is bedoeld om de cliënt in staat te stellen zichzelf tot rust te brengen en/of ontspanning te ervaren.

Door onderscheid te maken kan gekozen worden voor die oefening die het best past bij het klachtenpatroon of bij het proces waarin de cliënt of de groep als geheel zich bevindt. Het ACO-oefeningenschema kan daarbij helpen.

ACO EN WEDERZIJDSE BEÏNVLOEDING

In hoeverre en in welke mate een oefening het ene of het andere effect heeft, blijft moeilijk in te schatten. Het onderscheid is enigszins kunstmatig in die zin dat de drie elementen op elkaar inwerken. Activering kan ontspannend zijn: denk aan de gevleugelde opmerking ontspanning door inspanning. Meer ontspanning kan het gevoel van controle versterken, omdat de spieren tijdelijk minder gespannen zijn en de ademhaling rustiger verloopt. Controleversterking kan activering tot gevolg hebben: weten hoe je pijn en hyperventilatie kunt verdragen en voorkomen, kan een stimulans zijn om je weer onder mensen te begeven, de draad op te pakken. Activering, controleversterking en ontspanning zijn wat betreft effect dus wel te onderscheiden, maar in de behandel-oefeningen soms moeilijk van elkaar te scheiden. Het gaat in de praktijk vooral om accentverschillen.

ACO EN HET BEHANDELPROCES

Het behandelproces kent ook bij lichaamsgericht werken meestal een gelaagde voortgang: wanneer zich na een crises enige stabilisatie voor-

doet, kan een dieper liggende laag van herinneringen en ervaringen nieuwe beelden en nieuwe spanning doen oproepen. Exploratie van gevoelens is inherent aan het behandelproces, maar het gaat erom de cliënt telkens in staat te stellen de controle te herwinnen en het geleerde te consolideren. In het proces zal het accent beurtelings liggen op activering, controle of ontspanning en niet op de exploratie van onderliggende gevoelens.

3.3 Samenwerking met een psychomotorisch therapeut

VORMEN VAN SAMENWERKING

De samenwerking tussen een pmt, die doorgaans werkzaam is in een (dag)kliniek, en een ambulante ggz-behandelaar is niet gangbaar. De oefeningen zijn bedoeld om gebruikt te worden door ambulante ggz-behandelaars die ondersteund worden door of samenwerken met een pmt. Dit kan in verschillende vormen gebeuren, afhankelijk van de lokale mogelijkheden. Te denken valt aan:

- Samen een groepsbehandeling doen, waarbij veel aandacht besteed wordt aan lichaamsgerichte oefeningen. In alle gevallen waar de pmt en de vaste behandelaars besluiten om *samen* de behandeling te doen, is het van belang om van tevoren goed te overleggen en min of meer de rolverdeling vast te stellen. Verder wordt aangeraden om in de beginfase van de behandeling of behandelcyclus regelmatig te kijken hoe de samenwerking verloopt.
- De pmt begeleidt de ambulante ggz-behandelaar zonder zelf bij het contact met de cliënt te zijn. Dit sluit aan bij de praktijk van een-op-een-contacten tussen behandelaar en vluchtelingcliënt. Als deskundige op het terrein van lichaamsgericht werken helpt de pmt bij het oefenen met en aanbieden van de behandel oefeningen en het beantwoorden van vragen.

BEGELEIDING DOOR PMT

In de begeleiding kunnen de volgende elementen onderscheiden worden.

- *Modelling* Dit houdt in dat voordat de oefeningen aangeboden worden aan cliënten, de pmt een oefening voordoet waarna de ambulante ggz-behandelaars het proberen. Het gaat er hierbij om zelf te ervaren wat de oefening teweegbrengt en te leren hoe de oefening aangeboden dient te worden. Modelling is een goede voorbereiding voor het werken met deze oefeningen. De noodzaak en frequentie van modelling is afhankelijk van de mate van ervaring met lichaamsgericht werken.

- *Coaching* De pmt coacht de ambulante ggz-behandelaar, gericht op het vergroten van kennis en vaardigheden en de toepassing daarvan. De ervaringen worden nabesproken en geëvalueerd. De pmt doet suggesties voor verbeteringen en aanpassingen. Tijdens coaching kunnen vragen aan de orde komen als: Wanneer wordt overgestapt op moeilijker oefeningen? Wat zijn de criteria daarvoor? Waar moet ik op letten? Hoe zit het met het gebruik van stemgeluid?
- *Supervisie* De pmt kan ook een supervisorrol op zich nemen, waardoor hij zich behalve met kennisoverdracht ook bezighoudt met de gestructureerde bespreking van de interpersoonlijke en emotionele aspecten van het lichaamsgericht werken.

VOORDELEN VAN BEGELEIDING DOOR PMT

De samenwerking van een ambulante ggz-behandelaar met een pmt levert een aantal voordelen op.

- De ambulante ggz-behandelaar leert de behandel oefeningen al doen, dus niet uit het boek alleen.
- Onzekerheid en twijfels met betrekking tot het aanbieden van de oefeningen kunnen een plek krijgen.
- Er vindt kruisbestuiving plaats. De spv of psycholoog met ervaring met vluchtelingen heeft ook iets te bieden aan een pmt die weinig vluchtelingen behandelde.
- Samenwerking leidt tot meer afstemming en samenhang en vergroot daarmee het aanbod en de kwaliteit van de behandeling.
- Door samenwerking wordt beter aangesloten bij de problematiek en vraag van de cliënt.
- Samenwerking komt ook de behandelaar ten goede vanwege de (tegen)overdracht, inherent aan traumabehandeling, die zeer belastend kan zijn.
- Samenwerking met deze doelgroep kan een stimulans zijn om ook in andere zorgprogramma's of bij een andere doelgroep gebruik te maken van de onderlinge expertise.

BEGELEIDING DOOR PMT NIET MOGELIJK

Indien er geen pmt aanwezig is of wanneer samenwerking met een pmt niet lukt, is het wellicht mogelijk iemand anders te vinden die expertise heeft op het terrein van lichaamsgericht werken, zoals een collega Pesso-therapeut of bio-energeticus. De behandelaar zoekt dan eerst contact met de manager of coördinator en bespreekt daarna met collega's dat hij lichaamsgerichte oefeningen wil aanbieden. Wellicht wil een van de collega's toch als klankbord fungeren. Zij doen vooraf gezamenlijk de oefening aan de hand van de beschrijving en geven

feedback aan elkaar. De behandelaar oefent thuis ten minste nog een keer. Hij gebruikt de oefening pas bij een cliënt als hij het gevoel heeft dat de oefening hem vertrouwd is. Een behoudende start met een gemakkelijke oefening is aan te raden. Het is van belang zich te realiseren dat er zich onverwachte reacties kunnen voordoen bij cliënten en dat het dus beter is niet zomaar te beginnen zonder dat er iemand is die begeleiding, ondersteuning of feedback kan geven.

ANDERE FACTOREN DIE SAMENWERKING EN BEGELEIDING BEÏNVLOEDEN

De vorm en de inhoud van de behandeling waarvan de behandel oefeningen deel uitmaken, zijn mede afhankelijk van de ernst en inhoud van de problematiek van de cliënt(en). Zo zal een slachtoffer van marteling mogelijk een andere benadering behoeven dan iemand die dit niet heeft meegemaakt. De vertrouwensrelatie tussen behandelaar en cliënt en de duur van de relatie zijn hierop ook van invloed. Dit zal ook onderwerp moeten zijn van de samenwerking en is van invloed op de begeleidingsrol van de pmt.

3.4 Bejegening en attitude

THERAPEUTISCHE ALLIANTIE

Elke behandeling is, evenals het effect van de oefeningen, in hoge mate afhankelijk van het contact tussen behandelaar en cliënt (therapeutische alliantie) en andere niet-specifieke factoren (Hubble e.a. 1999; De Groot 2001; Sniijders 2004). In het eerste deel van dit boek en ook in de paragraaf 'Vluchtelingen, pijn en cultuur' staat een en ander over voor vluchtelingen belangrijke niet-specifieke factoren zoals respect voor het 'pijnlijke' lichaam, taal en cultuur. De lichaamsgerichte oefeningen zijn ontwikkeld met als doel het aanbod passend te maken voor de hulpvraag. Dat kan alleen als de behandelaar een therapeutisch klimaat weet te scheppen met ruimte voor acceptatie, respect, rust, warmte en echtheid.

WAAROP LETTEN?

Vluchtelingen (en allochtonen) haken doorgaans sneller af en zijn minder therapietrouw. Voor een groot deel heeft dat te maken met cultuur en communicatie, bejegening en informatievoorziening. Regelmatig is er sprake van een ander verwachtingspatroon (Evenblij 2003a). De cliënt kan van oudsher een directieve aanpak gewend zijn of juist een meevoelend behandelaar willen. Enkele aandachtspunten:

- *Juiste informatie* Het is van groot belang de cliënt vooraf duidelijk te maken wat gedaan moet worden en waarom, en hoe lichaamsgerichte oefeningen inwerken op zijn of haar problemen. Een therapeutische alliantie is gebaseerd op betrouwbaarheid, voorspelbaarheid en overeenstemming over indicatie, doelen en behandeling. De theoretische onderbouwing in dit boek kan daarbij helpen.
- *Veiligheid* Uit de ervaringen met de behandel oefeningen blijkt dat de cliënten het op prijs stellen als de oefeningen samen gedaan worden (zie hoofdstuk 6 Beschrijving van het werkproces). De veiligheid binnen het contact neemt toe als de therapeut niet alleen observeert wat de ander doet, maar daadwerkelijk meedoet. Ook samen met de cliënt bekijken waar en op welke momenten in de thuissituatie geoefend kan worden, maakt het contact en het doen van oefeningen veiliger voor de cliënt. De behandelaar dient bij de geringste twijfel over de draagkracht van de cliënt de traumatische ervaring op afstand te houden en de nadruk te leggen op de huidige sensaties en gedragingen (Rijnders 2002).
- *Weerstand bespreken* De behandelaar dient eventuele weerstand tegen de oefeningen (ook tussendoor) altijd in te brengen tijdens de begeleidende gesprekken. Een manier om met weerstand om te gaan is opnieuw aansluiting zoeken bij de cliënt. De behandelaar dient op een respectvolle manier de reden van de weerstand te zoeken, vaak berust die op goede gronden: bepaalde houdingen kunnen associaties oproepen, de cliënt voelt zich niet serieus genomen. ('Moeten die simpele oefeningen mij genezen?') Weerstand tegen verandering kan inhouden dat wordt opgezien tegen het onbekende. De pijn kent de cliënt, die is vertrouwd, wat in de plaats daarvan kan komen, is dat niet. Een andere manier is uitgaan van het standpunt: niet geschoten altijd mis. Dat wil zeggen dat de weerstand erkend wordt, om vervolgens de cliënt respectvol uit te nodigen het experiment van de oefening aan te gaan. Eventueel kan opnieuw worden uitgelegd waar de oefening op inwerkt en kan achteraf samen worden geëvalueerd.
- *Afstand en nabijheid* Omdat het lichaamswerk betreft is het van groot belang alert te zijn op de balans (nu ook letterlijk) tussen afstand en nabijheid en op overdracht- en tegenoverdrachtreacties. In een aantal publicaties wordt benadrukt dat het aanraken van een getraumatiseerde cliënt beter nagelaten kan worden, vooral omdat vaak sprake is van eerder seksueel geweld. Rothschild (2000) noemt naast eerbied voor het 'beschadigd' lichaam ook het mogelijk effect dat aanraken kan hebben op de overdracht. Ga over bovenstaande zaken vooraf in gesprek met diegene die je begeleidt, indien overwogen wordt om de cliënt toch aan te raken. Zie ook Seksespecificiteit.
- *Pijn erkennen* Het is belangrijk de strijd over pijn niet aan te gaan ('Och, het zal wel meevallen'). Lichaamsgerichte methoden slaan goed aan bij lichamelijke angstklachten, omdat de cliënt het gevoel heeft dat

er aandacht besteed wordt aan zijn pijn. In ruil daarvoor wil hij er vaak ook wel iets aan doen. De pijn kan dan gezien worden als een onderhandelingsmiddel. Toch mag pijnafname niet als primaire doelstelling geformuleerd worden, omdat daarmee de kans toeneemt dat het pijn-niveau een strijdpunt wordt. De afname van pijn moet gezien worden als een mogelijk neveneffect. De kunst van hulpverleners is het voor de cliënt aantrekkelijk te maken om zijn gedrag in het omgaan met pijn te wijzigen. Het gaat erom dat de lichaamsgerichte oefeningen cliënten actief maken in hun genezingsproces.

BEGINNEN MET DE OEFENINGEN

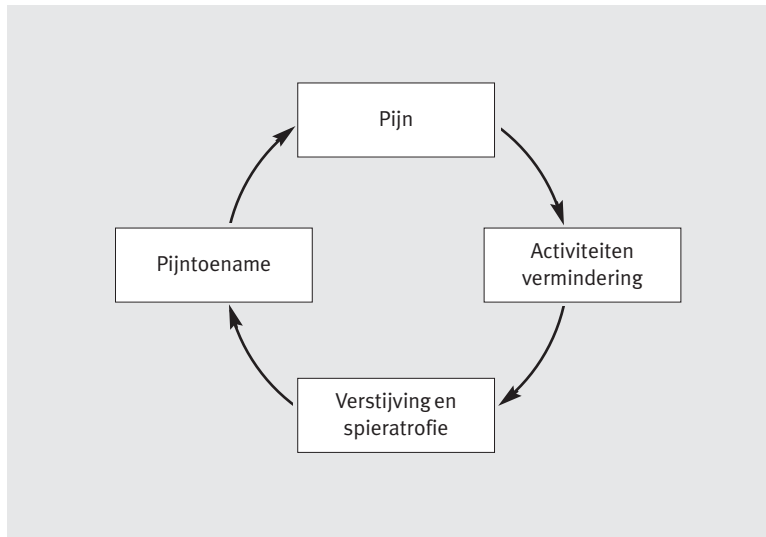
Lichaamsgerichte oefeningen kunnen in principe op elk moment van de behandeling aangeboden worden. Bijvoorbeeld naar aanleiding van de houding van een cliënt (opgetrokken schouders, ineengedoken), een pijnklacht of een andere sensatie (benauwdheid, flauwte). Aandacht voor timing en het in huis hebben van motiverende technieken helpen bij het aanbieden. Omdat een lichaamsgericht aanbod veelal onbekend is voor vluchtelingen, is het nodig om aan psycho-educatie te doen.

WENKEN VOOR EEN GESPREK

Aan de hand van de houding of sensatie wordt gepraat over de relatie lichaam-geest, spierspanning en trauma (inclusief het feit dat de klachten alleen verholpen kunnen worden als het hele lijf wordt behandeld). Verder valt het vaak in goede aarde om te vragen: Zullen we eens wat doen met ons lichaam in plaats van alleen maar te praten? Ook kan aansluiting gezocht worden bij de eigen cultuur: Welke hulp zou je thuis inroepen? Wanneer een cliënt alleen 'geholpen wil worden', dient tactisch duidelijk gemaakt te worden dat de oefeningen inhouden dat de cliënt zelf aan de slag gaat en in dat proces begeleid wordt. Marchandeer en probeer tot de afspraak te komen dat een aantal keren geoefend zal worden. Maak een werkafspraken dat de cliënt stop mag zeggen. Maak duidelijk dat de gesprekken opgehangen zullen worden aan de oefeningen en dat na de evaluatie gezamenlijk bepaald kan worden of het zin heeft door te gaan. Geef indien mogelijk schriftelijk informatiemateriaal mee over bijvoorbeeld de relatie spanning-pijn of angst-benauwdheid (zie ook figuur 1).

TIJDCONTINGENT WERKEN

Met tijdcontingent werken wordt bedoeld dat vooraf afgesproken wordt hoelang een oefening duurt, op welk tijdstip er rust wordt geno-



Figuur 1 De vicieuze cirkel

men of medicatie kan worden ingenomen. Daarbij is het van belang dat niet zozeer de mate van pijn bepaalt hoelang de oefening duurt, maar of iemand in staat is om de oefening gedurende een bepaalde tijd vol te houden. De behandelaar dient de pijntolerantie langzaam op te bouwen: op een vriendelijk niveau starten, onder de pijngrens. Hij kan de cliënt vertellen dat niet pijn de maatstaf is, maar het gevoel iets goeds gedaan te hebben. Samenhangend hiermee is van belang om eerder het gezond gedrag te bekrachtigen ('het is gelukt!') dan de pijn ('hoe gaat het nu met de pijn?').

BLIJVEN PRATEN

Het moge duidelijk zijn dat het aanbieden van lichaamsgerichte behandel oefeningen de behandelaar niet verlost van het gesprek. Integendeel, vanaf het moment dat het voorstel gedaan wordt tot aan de evaluatie achteraf dient te worden gesproken. Vooraf worden korte instructies gegeven. Bij de uitvoering kan gebruik gemaakt worden van de teksten bij de oefeningen, die soms letterlijk kunnen worden overgenomen. De afronding houdt in: het bespreken van het effect van de lichaamsgerichte behandel oefeningen en psycho-educatie. De behandelaar kan daarbij verbanden leggen tussen gedragingen, sensaties en gevoelens en uitleg geven over oorzaak en gevolg (chronische spanning en pijn, snel ademen en verzuring bloed). Informatie voor psycho-educatie is te vinden in eerdere hoofdstukken van dit boek en onder Taal. Verder staan bij aanbevolen literatuur bruikbare publicaties vermeld.

3.5 Individueel of groepen

De meeste behandel oefeningen uit dit boek zijn te gebruiken in de individuele hulpverlening én in de groepsbehandeling. Er zijn vijf oefeningen die alleen geschikt zijn voor groepen; dit wordt in het ind-groep-schema aangegeven.

TAALGROEP EN THEMAGROEP

Vluchtelingen en asielzoekers met stress- en traumagerelateerde klachten worden in Nederland zowel individueel als groepsgewijs behandeld. Het is gebruikelijk om groepen samen te stellen uit mensen die eenzelfde taal spreken: Farsi, Frans of Russisch sprekende cliënten worden dan bij elkaar gezet. Groepen kunnen ook opgezet worden rond een thema: traumatisering, copingmechanismen, seksueel of huiselijk geweld enzovoort. Als met groepen gewerkt wordt, zijn deze bij voorkeur seksspecifiek (zie verderop in dit hoofdstuk voor meer informatie).

LOTGENOTENGROEPEN

Herman (1996), fervent voorstander van groepsbehandeling, situeert de groepsbehandeling in haar korte verhandeling over de geschiedenis van traumabehandeling. In 1970 zetten de psychiaters Lifton en Shatan, samen met een organisatie van en voor anti-oorlogsveteranen (uit de Vietnam-oorlog), lotgenotencontactavonden op. Tijdens deze *rap*-groepen kunnen de veteranen vrijuit vertellen over wat ze meege maakt hebben. Hun getuigenissen worden ook gebruikt om politieke druk te leggen. Volgens Herman (1996: 43-5) kwam mede naar aanleiding van het snelgroeiende aantal *rap*-groepen (en hun politieke agenda) de diagnose ptss in 1980 in de DSM terecht. Een schoolvoorbeeld van empowerment.

VOORDELEN VAN GROEPSBEHANDELING

In de ambulante ggz-hulpverlening aan getraumatiseerde vluchtelingen wordt de laatste jaren in toenemende mate groepsgericht gewerkt. Groepsgericht werken is niet altijd mogelijk, maar heeft zeker voordelen boven individuele hulpverlening:

- *Herstel van verbondenheid* Trauma grijpt diep in in de basisvooronderstellingen waarmee mensen in het leven staan en de relaties met anderen. De vanzelfsprekendheid van veiligheid, de zin van het bestaan en de positieve kijk op zichzelf zijn verdwenen. Herman (1996: 87): 'Het zelfgevoel is ernstig beschadigd. Dat gevoel kan alleen worden opge-

bouwd zoals het oorspronkelijk ook tot stand is gekomen, in verbondenheid met anderen.’ Vreugde en leed samen met anderen delen en (h)erkenning bij de ander van wat je zelf ook ervaart, zijn belangrijke therapeutische componenten.

- *Delen van twijfel en onmacht (voor behandelaars)* Werken met getraumatiseerde vluchtelingen heeft veel impact op behandelaars. Zij voelen zich door de verhalen van getraumatiseerde cliënten vaak onmachtig en vragen zich af wat zij te bieden hebben. De verschillen in taal kunnen die gevoelens van onmacht en twijfel versterken. Door in groepen aan de slag te gaan kunnen de behandelaars hun ervaringen delen. Daarnaast zijn de observaties wellicht realistischer, omdat in een groep veel meer (non-verbale) interactie (mogelijk) is.
- *Cultuursensitief* Groepsbehandeling houdt in dat cliënten in staat gesteld worden elkaar te helpen. Behalve dat dit lucht kan geven aan de behandelaar, is het een middel om cultuursensitief te werken. De cliënt ervaart steun van lotgenoten bij het omgaan met zijn psychosociale problemen. Tevens kan een behandelaar, omdat vluchtelingengroepen vaak samengesteld zijn volgens taal en cultuur, geattendeerd worden op culturele interventies of zich bewust worden van (het belang van) een cultuursensitieve aanpak.
- *Financieel* Groepsbehandelingen zijn voor de zorgverzekeraar (en daarom vaak ook voor managers) interessant omdat in een beperkte tijd relatief veel cliënten geholpen worden. Een groep is dus rendabel.

STABILISATIE, EXPLORATIE EN VEILIGHEID

Van belang is het feit dat de behandel oefeningen bedoeld zijn om meer stabilisatie te brengen. Het werken in groepen heeft voordelen, maar die kunnen tijdelijk verdwijnen indien aan exploratie gedaan wordt in een nieuwe groep of wanneer zich een nieuw groeps lid aandient dat nog in de crisisfase verkeert (Herman 1996: 281-5). Let daarom steeds op het gevoel van veiligheid van iedere cliënt en blijf bij de doelen (stabilisatie van vitale functies en afname van lichamelijke klachten). Pas als de groepsleden aangeven zich veilig te voelen, kan verder worden gegaan.

In feite geldt hetzelfde in de individuele hulpverlening. Ook daar biedt de therapeut de cliënt de oefeningen aan om gevoelens, sensaties en veranderingen die zich voordoen in het lichaam tijdens het oefenen te ervaren. Daarna kan ruimte gegeven worden aan de inhoud van de gevoelens die opkomen, men kan aan verwerking gaan doen. Een en ander betekent niet dat de oefeningen geen verschillende reacties kunnen uitlokken bij verschillende cliënten: een oefening kan in de beginfase van de behandeling een stabiliserende werking hebben op een cliënt en in een latere fase een exploratieve.

Of men individueel dan wel groepsgewijs aan de slag gaat, het behandelproces volgt een afwisselend patroon van verkenning, actie, verwerking en consolidatie. Bij beide behandelvormen doet de behandelaar er verstandig aan om nadat aan verwerking gedaan is, de cliënt oefeningen aan te bieden die hem in staat stellen weer te stabiliseren: om rust te brengen, de spieren te ontspannen, controle te herwinnen of de cohesie in de groep een positieve stimulans te geven.

WIE DOET WAT (IN GROEPEN)

Groepen worden in principe geleid door twee behandelaars. Wanneer met een groep gewerkt wordt, dient vooraf duidelijk te zijn wie wat doet. Gangbaar is de verdeling in een inhoudelijk ondersteuner en een procesbegeleider, waarbij de eerste de cliënten begeleidt bij de uitvoering van het behandelonderdeel (bijvoorbeeld de behandel oefeningen) en de tweede observeert en registreert, de tijd in de gaten houdt en bijspringt wanneer zich problemen voordoen. De precieze invulling van de taken dient onderling en vooraf besproken te worden.

Cliënten die niet willen meedoen in de groep kan indien mogelijk een andere rol gegeven worden, bijvoorbeeld die van observator. In veel gevallen zal blijken dat diezelfde cliënt zinvol commentaar heeft op de medecliënten en de keer daarop staat te trappelen van ongeduld om mee te doen.

BEGELEIDING DOOR ÉÉN BEHANDELAAR

Het is mogelijk dat één behandelaar een groep begeleidt, maar het is beter van niet. Er zijn teveel verschillende aspecten en 'lagen' die tegelijkertijd spelen en die aandacht opeisen van de behandelaars. Ook de impact die traumabehandeling en de context van asielzoekers en vluchtelingen hebben op de behandelaars, maakt dat groepsbehandeling zonder partner af te raden is.

HUISWERK

Huiswerk is belangrijk bij een individuele behandeling en wanneer in groepen gewerkt wordt. Zo kan het doen van oefeningen thuis een instrument zijn om psycho-educatie aan op te hangen. Aan de hand van het huiswerk kan nagegaan worden hoe het zit met het herstelproces van de cliënt(en) in de eigen omgeving.

De behandelaar dient voor het aanbieden van huiswerk echter altijd in gesprek te gaan over de mogelijkheden daartoe en zich te verplaatsen in de leefomgeving van de cliënt. Huiswerk is vaak een worsteling en de behandelaar moet zich niet laten ontmoedigen. Het is belang-

rijk, maar niet onoverkomelijk en zeker geen parameter voor succes. (Zie ook hoofdstuk 6.)

Het huiswerk kan een enkele taak zijn of uit verschillende taken bestaan. Zo kan van de cliënten worden verwacht dat ze thuis een of meer oefeningen doen en daarbij op papier zetten, welke oefening werkt en wat er dan precies gebeurt. Bepaalde behandel oefeningen in dit boek zijn meer dan andere geschikt om thuis te doen.

HUISWERK EN REGELS

Bij de voorbespreking van het huiswerk, meestal aan het eind van de behandelbijeenkomst, zijn twee zaken van belang:

- *Structuur* Het huiswerk dient ingekaderd te zijn, dat wil zeggen dat gesproken dient te worden over het aantal en de soort oefeningen, de frequentie per dag/week, de tijdsduur dat iemand oefent en de pauzes. Het is belangrijk hierover heldere afspraken te maken en te proberen tijdcontingent te werken.
- Hoe vaker een oefening gedaan wordt, hoe beter de techniek en hoe meer effect. Zoals bij meer zaken het geval is: *oefening baart kunst*. Het effect is evenredig aan de inzet. Dat houdt in dat naarmate de cliënt een oefening beter onder de knie heeft, er effectiever ingegrepen wordt in datgene waar de oefening voor bedoeld is.

3.6 Seksespecifiteit

OORLOG EN SEKSUEEL GEWELD

Oorlog en seksueel geweld gaan heel vaak samen. Uit een steekproef onder cliënten van Centrum '45 in 1993 bleek dat zelfs een kwart van de mannen seksueel geweld ervaren had (Scheffers & Schreuder 2000). Dat vrouwen seksueel misbruikt worden tijdens oorlogen is bijna dagelijks te zien op tv. In veel gevallen zijn mannen de daders. Bij traumatisering raakt de lichaamsbeleving ernstig beschadigd, seksueel geweld schendt 'de autonomie van de persoon op het niveau van de fundamentele lichamelijke integriteit' (Herman 1996: 77). Om weer in contact te komen met het eigen lichaam, de sleutel tot de emotionele wereld van ieder mens, is seksespecifieke hulpverlening de aangewezen hulpverlening.

SEKSESPECIFIEK IS CLIËNTGERICHT

Seksespecifieke hulpverlening gaat in feite over vraaggericht werken. Het betreft de voorkeur van de cliënt, zijn problematiek, en beide in re-

latie tot de sekse van de behandelaar. Essentieel is dat de cliënt kan kiezen voor een man of vrouw als hulpverlener. Overeenstemming daarin (*matching*) is in het belang van de cliënt en de therapeutische alliantie. In de seksespecifieke hulpverlening wordt onderscheid gemaakt tussen erkenning van de problematiek en herkenning. Bij een hulpverlener met dezelfde sekse als de cliënt staat herkenning voorop. Bij een hulpverlener met een andere sekse staat erkenning voorop. Erkenning heeft te maken met respect, legitimiteit en invoelend vermogen. Bij herkenning speelt bovendien de identificatie met de ander en dat is gekoppeld aan iemand van dezelfde sekse.

LICHAAMSGERICHT EN SEKSESPECIFIEK

Omgaan met (pijnlijke) sensaties en lichamelijke klachten, dus ook erkenning en gedeeltelijke acceptatie ervan, is een belangrijk doel bij het aanbieden van lichaamsgerichte behandel oefeningen. Behandelgroepen voor vluchtelingen bestaan vaak uit alleen vrouwen of mannen vanwege de mogelijkheid zich onderling in de ander te herkennen en de onderlinge veiligheid (dit geldt in het bijzonder voor vrouwen). Wanneer in groepen gewerkt wordt, is het beter dat de behandelaar en de groepsleden van dezelfde sekse zijn. In een setting waar herkenning en identificatie van minder groot belang is, hoeft een verschillende sekse geen bezwaar te zijn. Dat is vaak het geval bij individuele hulpverlening. Bovendien speelt het gegeven dat mannen meestal de daders zijn van seksueel geweld (ook ten opzichte van mannen).

Al met al is het wel mogelijk dat een vrouwelijke therapeut werkt met een groep mannen – de identificatie vindt dan onderling plaats. In tegenstelling tot een mannelijke therapeut die beter niet lichaamsgericht met een groep vrouwen aan de slag kan gaan.

Worden de oefeningen aangeboden in een individuele behandeling, dan is luisteren naar de wens van de cliënt en een zorgvuldige *matching*, respect en erkenning van de klachten en sensaties van de cliënt door de behandelaar van even groot belang als het feit dat iemand al dan niet tot dezelfde sekse behoort.

VERSCHILLENDE SOCIALISATIE

Mannen en vrouwen zijn anders, worden anders opgevoed en dat heeft gevolgen voor hoe ze met problemen omgaan. Generaliserend: mannen 'lopen voorbij' aan problemen of worden boos. Vaak kost het mannen letterlijk moeite om erbij stil te staan; ze gedragen zich onrustig, overactief en willen zich eruit vechten. Of ze isoleren zich omdat ze zich slecht voelen en bang zijn dat anderen dat opmerken. Vrouwen

daarentegen zoeken de schuld bij zichzelf, voelen zich snel onveilig, ‘staan stil’ bij problemen, piekeren en laden spanning op. Ook is de ervaring van het eigen lichaam bij vrouwen anders dan bij mannen. Zij hebben eerder behoefte aan ontspanning en zoeken elkaar op (Dijkhuis & Jol 2002; Psy 2004; Delfos 2004).

AFSTEMMING EN BEHOEFTEGERICHTHEID

Bij het aanbieden van lichaamsgerichte behandel oefeningen dient een afweging gemaakt te worden tussen de afstemming in het algemeen en de behoeften in het bijzonder. Met afstemming bedoelen we dat globaal rekening gehouden wordt met de behoeften, geaardheden en wensen van de cliënten. Mannen willen sporten, stoeien, hun kracht gebruiken, competitief bezig zijn, terwijl vrouwen meestal kiezen voor massages, ontspanningsoefeningen, dans en andere expressievormen.

De behoeftes in het bijzonder kunnen verschillen van de wensen in het algemeen. Zo kan het zinvol zijn om in een bepaalde fase van het behandelproces ontspanningsoefeningen aan te bieden aan mannen of oefeningen die bedoeld zijn om bij bepaalde gevoelens stil te staan. Terwijl het voor vrouwelijke cliënten op een zeker moment in de behandeling goed zou kunnen zijn om te rennen, zich af te leiden, zich weerbaar op te stellen of op een bepaalde manier actief te zijn.

De behandel oefeningen in dit boek zijn niet seksspecifiek in de zin dat bepaalde oefeningen alleen door vrouwen of mannen gedaan zouden kunnen worden. Daarom is het van belang dat de behandelaar de keuze van behandel oefening, het te gebruiken materiaal en de manier waarop de oefening ingeleid wordt, vooraf goed doorspreekt met diegene die als begeleider optreedt (pmt, lichaamsgericht therapeut).

3.7 Taal

PRATEN BLIJFT BELANGRIJK

De oefeningen zijn niet bedoeld als een aanbod *in plaats van* het gesprek. Het doen van lichaamsgerichte behandel oefeningen ontslaat de ambulante behandelaar niet van een gesprek. Integendeel haast, de behandelaar dient in staat te zijn uit te leggen wat, hoe en waarom hij doet/wil wat hij doet/wil.

De cliënt dient de oefening in technische zin te begrijpen. Sommige oefeningen hebben meer uitleg nodig dan andere. Elke oefening staat zodanig beschreven dat ze tezamen met de illustraties twee nevengelegen pagina's vult. De oefeningen zijn daarom makkelijk te kopiëren en de illustraties maken veel duidelijk.

OVER PSYCHO-EDUCATIE

Psycho-educatie helpt de cliënt te begrijpen wat er aan de hand is en helpt hem bij het vinden van de juiste woorden. Psycho-educatie is het geven van juiste en voldoende informatie over

- oorzaak en gevolg van klachten en problemen;
- het verband tussen gedragingen, gevoelens en gedachten.

Het gaat er niet om een doorwrochte wetenschappelijke uitleg te geven over bovenstaande aspecten. Om verandering te bewerkstelligen is het zaak de uitleg te geven die aansluit op de kennis die bij de cliënt al aanwezig is, zo mogelijk via de dialoog. Persoonlijke ervaringen van cliënten zijn een ideale aanleiding om aan psycho-educatie te doen. Let wel: bij het verwoorden van gevoelens en sensaties zullen cliënten in veel gevallen geholpen moeten worden. Bij elke behandeloefening in dit boek worden thema's aangereikt waarover psycho-educatie gegeven kan worden.

ENKELE VOORBEELDEN

Oorzaak en gevolg

- Als spanning chronisch is, wordt ze pijn (zie paragraaf 1.2).
- Chronische pijn veroorzaakt chronische, disfunctionele spanning. Het lichaam herkent acute pijn als een gevaar waarop het reageert door spieren zodanig aan te spannen dat het gevaar ontweken kan worden. Iemand trekt zijn hand terug, wanneer hij zich brandt; de spanning in de spieren is hier functioneel. Wanneer de pijn chronisch wordt, wordt de spierspanning intact gehouden, hoewel de oorspronkelijke prikkel weg is. De spanning wordt niet omgezet in spierbeweging en is niet functioneel meer. Integendeel, ze leidt tot meer klachten.
- Een beschadiging veroorzaakt een pijnplek. Om pijngevoelens te milden zijn we geneigd de spieren rondom de pijnplek aan te spannen. Daardoor ontstaan er spastisch samengetrokken spieren die op zich weer aanleiding geven tot meer pijn.

Verband gedragingen, sensaties en gevoelens

- Wie pijn heeft gaat zijn lichaam spannen, omdat hij denkt daardoor de pijn minder te voelen. Bij kou trekt iemand zijn schouders op, maar vergeet dat dat helemaal niet helpt. Het lichaam spannen bij pijn helpt ook niet. Het lichaam ontspannen bij pijn helpt daarentegen wel, maar het is heel moeilijk. Ontspannen moet iemand leren als hij pijn heeft.
- Door 'naar de pijn toe te ademen' en bewust het lichaam te ontspannen kunnen pijngevoelens beïnvloed worden. Niet dat de pijn minder wordt, maar wel dat ze beter verdragen kan worden. Een voorbeeld is op blote voeten op een stok of een steen staan. Dat doet pijn; de voet-

zool is gevoelig. Maar door als het ware de stok onder je voet (= de pijn) te omvatten met adem en liefdevolle aandacht, kan de pijn beter verdragen worden. Dat helpt om actief te blijven en verder te gaan met datgene waarmee iemand bezig was.

- Als iemand deze oefening goed doet, kan hij beter met grenzen omgaan. De eigen grenzen herkennen, bewaken en verleggen speelt een rol in het contact met anderen. Als iemand te dichtbij komt, zowel letterlijk als figuurlijk, kan dit ervaren worden als een overschrijding van de grenzen. Iemand krijgt het bijvoorbeeld benauwd of begint te zweten van angst. Het gaat er dan dat hij op deze lichaamssignalen reageert en de ander duidelijk maakt dat hij de afstand niet prettig vindt. Dit is iets wat in het begin met hulp van begeleiding geoefend kan worden. De behandelaar helpt bij het leren luisteren naar lichaamssignalen.

In zijn algemeenheid is het van belang dat de cliënt geleerd wordt positief gedrag te ontwikkelen in plaats van vast te houden aan pijn en daarbij behorende negatieve gevoelens (catastrofen). Omdat spanning als intermediair fungeert tussen gedrag en pijn (Samwel e.a. 2002) is het van belang te leren omgaan met lichamelijke spanning. Met dat doel zijn veel behandel oefeningen in dit boek opgenomen.

GEBRUIK VAN METAFOREN

Metaforen zijn een goed hulpmiddel om met weinig woorden een heel eind te komen. De behandelaar moet proberen zoveel mogelijk aansluiting te vinden bij het referentiekader van de cliënt. Als deze bijvoorbeeld het gevoel heeft dat er een steen op zijn maag ligt, bevat dat beeld een erkenning van de klachten op zowel lichamelijk als mentaal/abstract niveau. Als inleiding of als reflexie achteraf geeft het een helder aangrijpingspunt voor de cliënt en de behandeling: de steen moe(s)t van die maag af. Dat wil zeggen, het beeld geeft aan wat nodig is, om wat voor reden en wat er verandert in het gevoel als iemand ermee aan de slag gaat. (Zie ook paragraaf 1.4.)

LAAT ZIEN WAT JE DOET

Lichaamstaal maakt vaak meer duidelijk dan woorden. Bovendien is de kennis van het Nederlands bij vluchtelingen niet altijd even groot. Het is daarom belangrijk dat de behandelaar de oefening voordoet, daarvoor de tijd neemt en het desgewenst herhaalt. Niet alleen maakt het tonen hoe de oefening gaat snel duidelijk wat er moet gebeuren, ook de drempel om de oefening daarna uit te voeren wordt lager. Uiteindelijk gaat het er niet om dat de oefening perfect wordt gedaan

maar om wat een oefening doet met iemand, wat er bij iemand door de oefening verandert ten opzichte van voordien.

Bij het voordoen van de oefeningen is het goed om rekening te houden met het effect ervan op de cliënten. Indien de behandelaar grote, zwaaiende bewegingen maakt, zullen cliënten geneigd zijn dat ook te doen. Mogelijk zijn ze daar nog niet aan toe of het oefenen doet hen extra pijn. Het kan de motivatie van cliënten negatief beïnvloeden. Daarom heeft het de voorkeur de bewegingen bij het voordoen aan te passen aan het doel van de oefening en de conditie van de cliënt. Jong volwassen vluchtelingen kunnen in dat opzicht bijvoorbeeld meer uitgedaagd worden dan ouderen. (Zie ook hoofdstuk 6.)

3.8 Ruimte en materialen

De behandel oefeningen in dit boek zijn verzameld vanuit de praktijk van de ambulante ggz, er is rekening gehouden met de soms krappe behuizing van de behandelaar. De meeste oefeningen zijn geschikt om gedaan te worden in de eigen behandelkamer en hebben weinig materialen nodig. Men kan individueel zo aan de slag met de oefeningen. Bij de behandel oefeningen staat onder het kopje randvoorwaarden aangegeven of en zo ja welke ruimte of materialen nodig zijn.

WERKEN MET GROEPEN

Vaak is het mogelijk om in het gebouw waar iemand werkt een grotere en/of lichte kamer te gebruiken. Bij groepen is van belang dat iedere deelnemer minimaal anderhalve tot twee vierkante meter tot zijn of haar beschikking heeft, dat wil zeggen dat een volwassen iemand met de armen zijwaarts gestrekt moet kunnen draaien zonder een ander aan te raken.

Het kan prettig zijn om in de buitenlucht oefeningen te doen. Let er dan wel op dat er voldoende privacy is en dat men ongestoord zijn gang kan gaan. Wanneer er met de pmt een goed samenwerkingsverband bestaat, kan gekeken worden of de pmt-ruimte gebruikt kan worden. Andere mogelijkheden zijn de sportruimte in een school op woensdagmiddag of een leeg gebouw in het azc. Misschien is er in het geval van behandel oefening 9 iets te regelen met een nabijgelegen sportschool of sportclub.

WERKEN MET MATERIALEN

Wanneer er met materiaal gewerkt wordt, dient de behandelaar zich ervan bewust te zijn dat het gebruik van bepaalde voorwerpen effect

heeft op het gedrag van cliënten. Te denken valt aan het knallen van ballonnen en het zien van of aan de slag gaan met touwen of een stok. Maar ook de geur van zweet, de galm wanneer gesproken wordt in een grote ruimte of het gekreun van een deelnemer... er zijn veel elementen die een *trigger* kunnen vormen waarop overmatig gereageerd wordt. Vanwege het belang van veiligheid en stabilisatie dient het gebruik van materialen besproken te worden tijdens de begeleiding door een pmt of lichaamsgerichte therapeut. De behandelaar dient alert te zijn en overmatige prikkeling te voorkomen.

OVER MUZIEK

Muziek is allerm minst een vereiste bij de behandel oefeningen. Deze zijn bedoeld om stabilisatie te bevorderen, om wat spanning uit de hagedruk ketel te laten ontsnappen. Stilte en rust zijn nodig om aandacht te kunnen geven aan gevoelens en sensaties die opgewekt worden door de oefeningen en om die gevoelens en sensaties te accepteren, waardoor de cliënt ander gedrag vertoont ten opzichte van zijn klachten. Nogal wat oefeningen vragen concentratie van de cliënt, zeker in het begin. Wanneer iemand geconcentreerd bezig wil zijn, is stilte vaak een weldaad. De aandacht wordt dan niet afgeleid van dat wat iemand doet of wil doen.

Bij bepaalde gelegenheden kan wel muziek gedraaid worden, want muziek is ook sfeerbepalend, kan ontspannend werken, bijvoorbeeld in groepen en bijdragen aan cohesie. Er zijn behandel oefeningen opgenomen die erop gericht zijn de groepscohesie te bevorderen (oefeningen 3 en 12). Verder kan muziek gedraaid worden wanneer zich de gelegenheid voordoet: een cliënt die afscheid neemt van de groep, tijdens fitness (oefening 9) of bij een afsluitende oefening.

Welke muziek gespeeld kan worden, is sterk afhankelijk van de groep en het doel dat nagestreefd wordt.

3.9 Inbedding

INBEDDING IN EEN ZORGPROGRAMMA

Het aanbieden van lichaamsgerichte behandel oefeningen zal altijd een onderdeel moeten zijn van het zorgaanbod. Steeds meer ggz-instellingen organiseren hun zorg in zorgprogramma's, die zich richten op stoornisgebieden, en werken met richtlijnen en vormen van protocolaire behandelingen. In sommige instellingen wordt er voor de doelgroep asielzoekers gewerkt met een apart team, dat fungeert als de uitvoerder van een soort zorgprogramma 'asielzoekers'.

Gezien de aard van hun problematiek krijgen veel vluchtelingen en asielzoekers een behandeling aangeboden in het zorgprogramma ‘angst(stoornissen)’. In sommige instellingen is er een apart zorgprogramma ‘trauma’, waar deze doelgroep terecht kan. Aan de trauma-teams kan een pmt verbonden zijn.

Het in een zorgprogramma omschreven aanbod bevat meestal ook onderdelen voor vaktherapieën, zoals de pmt. In de praktijk heeft dit echter nog nauwelijks een structurele plaats verworven in de ambulante behandelingen (zie ook paragraaf 2.2).

INBEDDING IN EEN BEHANDELPLAN

Natuurlijk zijn er psychologen en spv-en die al dan niet in groepsbehandelingen lichaamsgerichte oefeningen doen met hun cliënten. Met deze behandel oefeningen en de daaraan gekoppelde samenwerking met een pmt kan het lichaamsgericht werken een meer structurele plek krijgen in het behandel aanbod. Bij de indicatiestelling dient daarom bekeken te worden:

- Welke oefeningen zijn uitvoerbaar en vormen bovendien een zinvol aanbod voor een aangemelde vluchteling of een groep?
- Hoe worden vervolgens de oefeningen aangeboden en in welke vorm kan er samengewerkt worden met een pmt?
- Hoe kunnen de oefeningen worden opgenomen in het behandelplan, net als andere vormen van hulp (medicatie, psycho-educatie, cognitieve gedragstherapie)?

Evenals psycho-educatie, zijn behandel oefeningen geschikt om herhaaldelijk in te zetten. Vaak is het juist de herhaling die ervoor zorgt dat een boodschap of bedoeling ervaren en duidelijk wordt.

Met onderstaande casus willen we duidelijk maken op welke manier en aan de hand van welke criteria een verbinding gemaakt kan worden tussen de behandel oefeningen en zorgprogrammering.

EEN SUCCESVOLLE CASUS MET EEN LICHAAMSGERICHT BEHANDELAANBOD

Een 35-jarige vluchteling uit Congo wordt door zijn huisarts aangemeld vanwege een mogelijke ptss. In het aanmeldingsgesprek wordt vastgesteld dat hij last heeft van slaapstoornissen, nachtmerries over vervolging en oorlog, concentratieproblemen, somberheid, suïcidale gedachten en verscheidene lichamelijke klachten (hoofdpijn, nek- en schouderpijn en hartkloppingen). De klachten zijn ontstaan na gevangenschap en marteling in zijn land en verergerd in het jarenlange wachten tijdens zijn asielprocedure. Recent kreeg hij een verblijfsvergunning, maar hij voelde zich te zwak om zijn inburgeringstraject te

volgen. Dit was ook de aanleiding om hulp te zoeken. Zijn klachten worden gediagnosticeerd als een mengbeeld van een ptss en depressie in combinatie met daaraan gekoppelde lichamelijke klachten. Voor behandeling komt de man terecht in het zorgprogramma 'angst' bij een gz-psycholoog en een psychiater. Na enkele contacten stellen zij een behandelplan vast met daarin onderdelen als steunende en cognitieve aanpak, anti-depressieve medicatie, veel uitleg en psycho-educatie, lichaamsgerichte behandel oefeningen, met op termijn mogelijk plaatsing in de vluchtelingenbehandelgroep. De gz-psycholoog denkt bij deze cliënt aan oefeningen met doelen op de drie gebieden activering, controle en ontspanning. Hij heeft hierover overleg met de pmt, die ook participeert in de groepsbehandeling. Samen komen ze tot het plan om gedurende de eerste vijf behandel sessies te gaan werken met de oefeningen 2, 16, 23 en 26, die gezamenlijk goed aansluiten bij de gestelde doelen en die de cliënt ook dagelijks thuis kan doen. De gz-psycholoog oefent vooraf samen met de pmt deze oefeningen (modelling). Als na vijf zittingen de klachten van de man enigszins gestabiliseerd zijn (hij slaapt beter, droomt iets minder, heeft geen suïcidale gedachten, is wat actiever en heeft minder pijnklachten) kan hij mee gaan doen met de groepsbehandeling voor mannelijke vluchtelingen. Naast het bespreken van thema's (onder meer leven met verlies, slaaphygiëne, omgaan met nachtmerries) worden daar veel lichamelijke oefeningen gedaan onder leiding van de pmt. Tegelijkertijd blijft hij onder behandeling bij de psychiater voor de medicatie en bij de gz-psycholoog voor individuele gesprekken en cognitieve gedragstherapie. Wanneer dat te pas komt, worden ook in deze fase lichamelijke behandel oefeningen gebruikt, waarbij volgens het behandelplan de gz-psycholoog de mogelijkheid heeft zijn collega pmt te consulteren. Na een jaar zijn de klachten van de cliënt zodanig verminderd en voelt hij zich zo sterk, dat hij met succes taal- en inburgeringslessen volgt. Enige tijd later kan de behandeling succesvol worden afgerond.

4

Lichaamsgerichte behandel oefeningen

In dit hoofdstuk staan 26 lichaamsgerichte behandel oefeningen beschreven volgens een vast format dat in de eerste paragraaf behandeld wordt. Door middel van het aco-oefeningenschema dat daarop volgt, kan de behandelaar de keuze voor een oefening bepalen aan de hand van de mate waarin een oefening inwerkt op respectievelijk activering, controlebevordering en ontspanning. Daarna volgen de oefeningen; elke oefening beslaat twee naastliggende pagina's. Behalve door de tekst en het aco-kader wordt de oefening verduidelijkt door een of meer illustraties. Daardoor is het mogelijk om de cliënt te tonen hoe hij de oefening dient uit te voeren.

4.1 Leeswijzer

Stramien De beschrijving bevat standaard de volgende elementen:

Titel

Ind/groep-cirkels

aco-kader

Inleidende tekst

Indicaties

Doelen

Randvoorwaarden

Beschrijving (tekst, observaties en afronding)

Psycho-educatie

Duur en frequentie

Opmerking

Titel De titel verwijst (vaak in metaforische zin) naar de wijze waarop de oefening gedaan moet worden, het gevoel of beeld dat de oefening oproept of het doel ervan.

Ind/groep-cirkel De meeste oefeningen zijn zowel geschikt voor individuele als voor groepsbehandelingen. Waar vanwege ruimtegebrek, technische of an-

dere redenen de oefening niet gebruikt kan worden in de individuele hulpverlening, is dat aangegeven met een dwarse streep door de cirkel.



ACO-kader

A staat voor activerend, c voor controlebevorderend, en o voor ontspannend. Met kruisjes (+) wordt de sterkte of gradatie aangegeven. Hoe meer kruisjes (maximaal drie), hoe sterker de oefening inwerkt op respectievelijk activering, controlebevordering of ontspanning. Zoals in het voorgaande hoofdstuk is aangegeven, is er vaak overlap in effect; een oefening kan op meer dan één element haar uitwerking hebben. Het ACO-oefeningenschema stelt de behandelaar in staat een keuze te maken.



Inleidende tekst Een korte inleiding brengt de metaforische titel in verband met het doel van de oefening en/of de bewegingen die gemaakt worden. De titel kan refereren aan een beeld dat opgeroepen wordt en waarover met de cliënt gesproken kan worden. Verder staat in de inleidende tekst of een oefening geschikt is als opwarmer of afsluiter van een behandelsessie en of ze gebruikt kan worden in het begin van de behandeling of aan het eind.

Indicaties Onder dit kopje staan de indicaties waarvoor de oefeningen gegeven worden. Er is getracht daarbij uit te gaan van de klachten zoals de cliënt ze aangeeft en dus niet van de diagnose die de behandelaar stelt.

Doelen De doelen hebben een directe relatie met de indicatiegebieden. In de meeste gevallen gaat het om de afname van of het leren omgaan met 'onbegrepen lichamelijke klachten' zoals pijn, spanningsklachten, vermoeidheid, ademhalings- en concentratieproblemen. Daarnaast staan doelen aangegeven als grenzen leren aangeven, bewust maken van bepaalde gevoelens of onderling contact bevorderen. In alle gevallen wordt een relatie gelegd met het aco-kader. Dat wil zeggen dat concreet aangegeven staat in hoeverre oefeningen inwerken op gevoelens van spanning, pijn beïnvloeden of slechte controle en concentratie en dergelijke.

- Randvoorwaarden** Onder randvoorwaarden staan de praktische benodigdheden: welke ruimte is nodig en welke materialen. De oefeningen zijn erop geselecteerd dat ze bruikbaar zijn in de ambulante ggz-hulpverlening. Omdat dat in veel gevallen een individueel contact betreft in kleine ruimtes, is voor een groot aantal oefeningen alleen een kamer met twee stoelen nodig. Wanneer met groepen gewerkt wordt, moet de ruimte daaraan worden aangepast; dat geldt ook voor het gebruik van materialen. Het gaat altijd om simpele materialen zoals ballen, touw, ballonnen, stokjes, lakens, zaken die overal te koop zijn of zelf te maken. Meer 'professioneel' materiaal kan wellicht verkregen worden via de pmt.
- Beschrijving** De beschrijving van elke oefening valt uiteen in drie delen: **1** de voor de oefening te gebruiken tekst; **2** de observaties die gedaan kunnen worden tijdens de uitvoering; **3** de afronding van de oefening.
- 1 Tekst** Wanneer de tekst cursief aangegeven staat, is hij zodanig opgesteld dat hij voorgelezen kan worden. Lees de tekst langzaam voor en herhaal indien nodig. Enige oefening hierin is zeker niet overbodig. Waar de tekst bij de beschrijving niet cursief is, gaat het om een beschrijving sec van de manier waarop de oefening gedaan moet worden. In dat geval worden ook aanwijzingen en tips gegeven hoe de oefening te beginnen en waar bij aanvang op te letten. Natuurlijk is het begrip van de tekst afhankelijk van de taalvaardigheid van de cliënt, maar tezamen met de uitleg, de illustraties en het feit dat een oefening voorgedaan wordt, is de kans groot dat de cliënt begrijpt hoe de oefening dient te gebeuren.
- 2 Observaties** Hieronder vallen zowel gedragingen waar de behandelaar op kan letten, als sensaties en gevoelens waarop gereageerd dient te worden, bijvoorbeeld wanneer een cliënt aangeeft vanwege pijn een bepaalde oefening niet verder meer te kunnen uitvoeren. Ook kan worden aangegeven dat je tijdens de oefening grenzen dient te stellen of hoe bepaalde te pijnlijke of prikkelende sensaties vermeden kunnen worden. De observaties komen zeker aan bod tijdens de modellering vooraf door de pmt.
- 3 Afronding** Onder dit kopje staat in een aantal gevallen in exacte bewoordingen hoe de oefening beëindigd kan worden. Meestal staan er relevante vragen en thema's waarmee het gesprek met de cliënt(en) over de oefening geopend kan worden.
- Psycho-educatie** Zoals eerder aangegeven, is psycho-educatie van groot belang. De cliënt krijgt na de behandel oefening de gelegenheid zijn ervaringen onder woorden te brengen. Aan de hand hiervan legt de behandelaar

een verband tussen oorzaak en gevolg of tussen sensatie, cognitie en gedrag. Voorbeeld: oefening 11 – Skiën en langlaufen. Psycho-educatie: over ademhalingsklachten als uiting van angst en waakzaamheid. Bij het onderdeel psycho-educatie wordt aangegeven welke thema's besproken worden in directe relatie tot de klachten van de cliënt (indicatiegebieden) en de doelen van de net uitgevoerde behandeloefening.

Duur en frequentie Een aantal zaken komt hierbij aan de orde. Ten eerste de fasering: sommige oefeningen kunnen pas aangeboden worden, wanneer het behandelcontact voldoende veilig en vertrouwd is voor de cliënt of voor de groep cliënten. Andere oefeningen kunnen dat contact of de groepscohesie juist bevorderen. Verder wordt aangegeven hoe vaak een oefening aangeboden kan worden, of ze geschikt is om mee te geven als huiswerk en de tijdsduur. De meeste oefeningen vereisen tussen de 5 en 20 minuten.

Opmerking Bij enkele oefeningen staan onderaan opmerkingen. Ze gaan over de samenwerking wanneer met twee behandelaars gewerkt wordt; een mogelijke fasering van de oefening zelf (van gemakkelijk naar moeilijker) of het betreft een belangrijke opmerking die te maken heeft met deze ene oefening. Zo staat er bijvoorbeeld aangegeven, wanneer de oefening een grote impact kan hebben op de cliënt omdat de oefening of het gebruikte materiaal associaties kan oproepen met marteling.

4.2 ACO-oefeningenschema

De mate waarin een oefening van invloed is op activering, controlebevordering en ontspanning bepaalt de rangorde. Behandel oefeningen die bedoeld zijn om meer activering tot gevolg te hebben staan bovenaan, de oefeningen in het midden werken controlebevorderend en de oefeningen onderaan zijn meer van invloed op ontspanning.

Oefeningenschema

	ACTIVERING	CONTROLE	ONTSPANNING
A			
1 Zon	+++	++	+
2 Vierkantje stampen	+++	++	
3 Touwenknoop	+++	+	
4 Ik ben een ballon	+++	+	+
5 Tijgers in het gras	+++	++	
6 Weerspiegeling	+++	+	
7 Houthakken	+++	++	
8 Touwtrekken	+++	++	
9 Vitamine S	+++	++	
10 Zwaaimolen	++	+	+
11 Skiën en langlaufen	++	+	
12 Parachute	++	+	+
C			
13 De rug rechthouden	+	+++	++
14 Spijkerbed	+	+++	++
15 Wiegend bamboe	+	+++	++
16 Loskloppen en afstoffen	++	++	++
17 Appels plukken		++	++
O			
18 Wortels van de boom	+	+	+++
19 The wave		++	+++
20 Olifant		++	++
21 Vogel in het nest	++		++
22 Kat, paard, hond	+	++	++
23 Je nek uitsteken	+	+	++
24 Luchtigheid	+	+	++
25 De cirkel is rond	+	+	++
26 Zonnebloem		+	++

1 Zon

Ind	Groep	A + + + C + + O +
-----	-------	-------------------------

De zon is rond, net als de cirkel van het leven. Er zit geen einde of begin aan. Dag en nacht, licht en donker zijn een continue, zich steeds herhalende beweging. Net als de ademhaling: uitademen gaat automatisch over op inademen. Als iemand gespannen is, is het lichaam vaak de weg kwijt. Door deze oefening kan men die natuurlijke beweging weer terugvinden. Bovendien laat het lichaam door actief te bewegen gemakkelijker een teveel aan spanning los. De oefening kan in elke fase en op elk moment van de behandeling gedaan worden.

Indicaties Ademhalingsklachten.
Controle- en concentratieproblemen.
Gespannenheid met of zonder pijn in het hele lichaam.

Doelen 1 Vermindering van spanning en pijn door beweging en ademhaling.
2 Controle en concentratie vergroten.

Randvoorwaarden Geen.

Beschrijving *Ga staan met je voeten op heupbreedte en breng beide armen zijwaarts omhoog, terwijl je inademt. Strengel je vingers in elkaar en laat eventueel je wijsvingers omhoog steken als een wijzer van de klok. Je schouders zijn laag en ontspannen. Kijk voor je. Laat uitademend je armen in een cirkelbeweging naar beneden komen, je bovenlichaam buigt helemaal mee, je knieën zijn licht gebogen. Inademend kom je aan de andere kant weer omhoog. Zo ga je door: je gaat met de beweging van de zon mee (en met de richting van de klok, dus linksom). Doe dit een paar keer, kom inademend omhoog en laat uitademend je armen zijwaarts weer zakken. Blijf staan en voel na wat je voelt in je lichaam.*

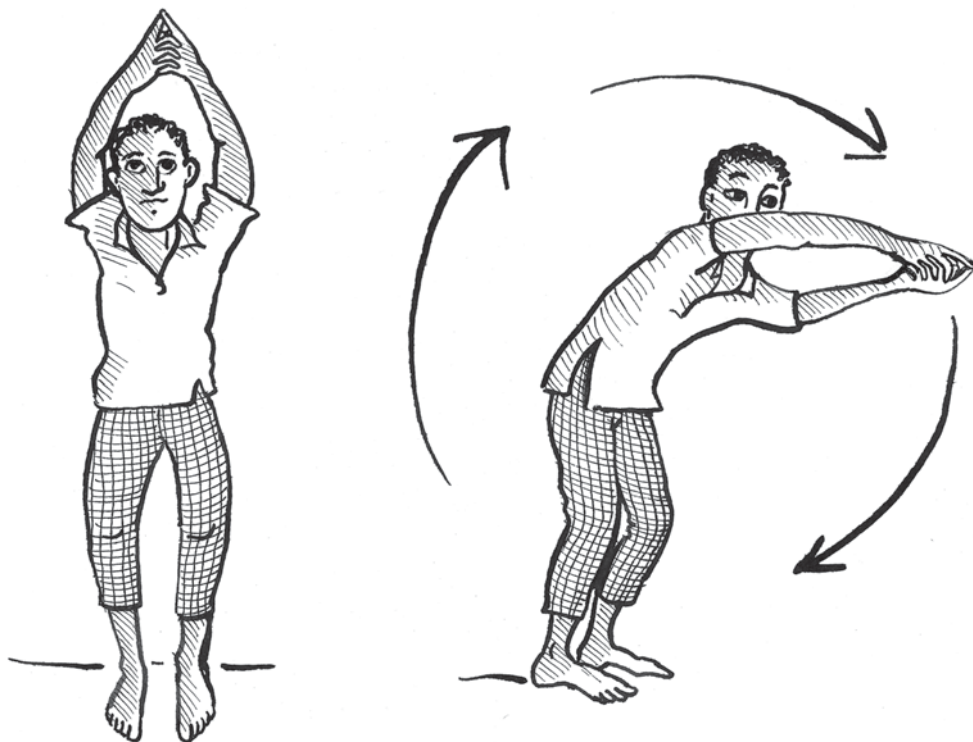
Observaties Bij te veel spanning of pijn zal iemand moeite hebben met de beweging, omdat ze vrij intensief is. Ook bij schouderklachten kan de oefening zwaar zijn. Toch is het de moeite waard het te proberen. Een aanpassing kan zijn om alleen bij inademen de armen zijwaarts omhoog en uitademend omlaag te brengen; dit langzaam doen, bijvoorbeeld in vier tellen. Let op dat de schouders niet opgetrokken worden. Dit is vaak een gewoonte die mensen zich niet bewust zijn, maar wel kunnen afleren door er vaak op gewezen te worden.

Afronding Vraag na wat er anders was. Kon je je adem voelen? Kon je in een ritme komen en ging het gaandeweg meer vanzelf? Kon je je aandacht erbij houden?

Psycho-educatie Over omgaan met pijnsensaties door zich te concentreren op de ademhaling. Wanneer je je concentreert op het ademen en tegelijk beweegt, helpt dat om niet te piekeren. Bovendien laat je lichaam door actief te bewegen gemakkelijker een teveel aan spanning los.

Duur en frequentie 5 minuten.

Opmerking Maak van pijntoename of -afname geen gespreksonderwerp, omdat daarmee de kans toeneemt dat het pijnniveau een strijdpunt wordt. De afname van pijn moet in zijn algemeenheid gezien worden als een mogelijk neveneffect. Maak strop afspraken.



2 Vierkantje stampen

Ind	Groep	A + + + C + + O -
-----	-------	-------------------------

Bij deze oefening dient de cliënt zijn aandacht te richten op het onderlichaam waardoor hij afgeleid wordt van de spanningen die zich vaak in het bovenste gedeelte van het lichaam opstapelen en vastzetten. De doelgerichtheid, het niet mechanisch met de voet op de grond te stampen, helpt mee het gevoel van controle te herwinnen.

Indicaties Ademhalingsklachten.
Gespannenheid met of zonder pijn in het gehele lichaam.
Slechte controle en concentratie.

Doelen

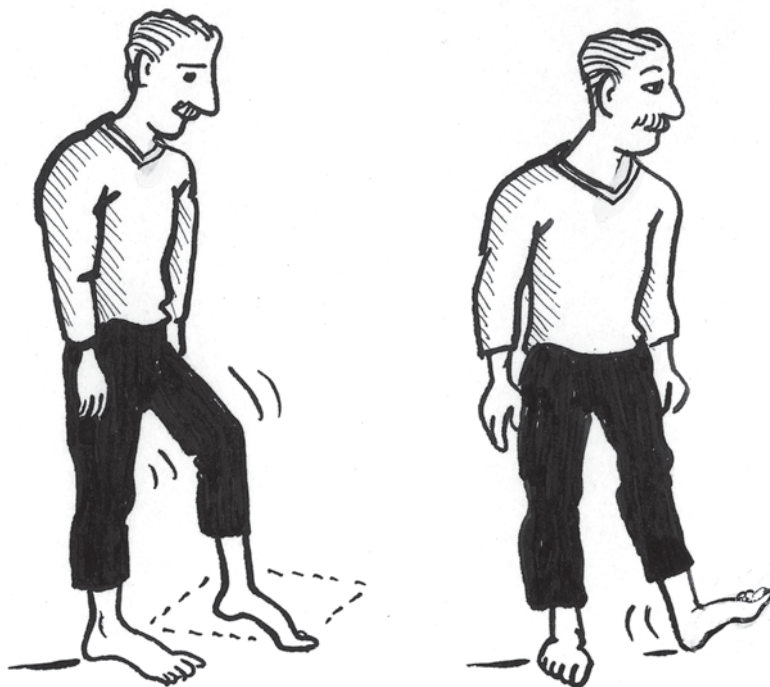
- 1 Aandacht voor het bovenste gedeelte van het lichaam actief verplaatsen naar aandacht voor de voeten, het draagvlak.
- 2 Pijnklachten verminderen.
- 3 Concentratie en controle vergroten.

Randvoorwaarden Geen.

Beschrijving *Doe je schoenen uit om goed de grond onder je voeten te voelen. Ga staan met je voeten op heupbreedte (eventueel kort benoemen: je knieën licht gebogen, armen ontspannen langs je lichaam, schouders laag en je hoofd recht op, kin iets naar je borst en de achterkant van je nek lang maken). Voel hoe je tenen op de grond rusten, voel je hiel. Heb je koude of warme voeten? Breng je gewicht op één been en haal je andere voorvoet van de grond. Stamp dan met die voorvoet in de vorm van een vierkantje op de grond, alsof je met je blote voeten in het natte zand staat te stampen. Doe hetzelfde met je hiel. Rol je voet af, te beginnen bij de tenen en dan richting hiel. Ga weer staan met je volledige voetzool aan de grond en voel het verschil. Doe hetzelfde met de andere voet.*

Observaties Hoe groot of klein maakt de cliënt de beweging? Het moet wel een vierkantje blijven. Let er tevens op dat men niet de binnen- of buitenkant van de voet gebruikt; dit deel van de voet kan daar minder goed tegen. Lukt het iedere client om de basishouding in te nemen? Lukt het om niet bezig te zijn met de bovenkant van het lichaam?

Afronding Nadat een voet aan de beurt is geweest of achteraf: Wat voelde je in je voeten? Wat voelde je in de rest van je lichaam (warm/koud)? Wat gebeurde er met je adem?



Psycho-educatie Over afleiding. Het actief verplaatsen van aandacht naar een ander lichaamsdeel verandert de beleving, de spanning en de pijn in dat ene deel.

Over controle. Controle houdt ook in: vooraf iets bedenken en dat daaropvolgend uitvoeren. In dit geval: het maken van de beweging van een vierkant.

Duur en frequentie 10 tot 15 minuten.
De oefening kan vaak herhaald worden.

Opmerking Wanneer iemand gevoelige voeten heeft of daar negatieve ervaringen mee heeft opgedaan (martelingen), kan de oefening veranderd worden: in plaats van stampen wordt volstaan met aanraken, tikken of rollen.

3 Touwenknoop

		A + + + + C + O -
---	--	-------------------------

In deze oefening raken de cliënten van de groep eerst verstrengeld, waarna ze gezamenlijk de weg terug dienen te vinden. De touwenknoop is een metafoor voor een ingewikkeld probleem dat op het oog onoverkomelijk lijkt. De cliënten worden zich ervan bewust dat zo'n probleem opgelost kan worden door de tijd te nemen, goed te kijken, geduld en samenwerking. De oefening is geschikt voor de beginfase van een groep of training, of bij verandering in de groep (conflict, afscheid nemen, een nieuw groepslid).

Indicaties Isolement en inactiviteit.
Slechte controle en concentratie.

Doelen 1 Onderling contact bevorderen.
2 Actief een probleem oplossen.

Randvoorwaarden Een ruimte waarin de cliënten door elkaar kunnen lopen.
Voor iedere twee cliënten een touw van twee meter.



- Beschrijving** De cliënten staan in een kring. Ieder krijgt een eind van een stuk touw in de hand. Het andere eind wordt gegeven aan een overbuurvrouw/-man. Dan lopen de cliënten door elkaar totdat een schijnbaar onontwarbare kluwen is ontstaan. Een van de behandelaars geeft aan wanneer de knoop groot genoeg is. De cliënten wordt daarna gevraagd door goed te kijken, te overleggen, te proberen en opnieuw te proberen, de knoop te ontwarren. Het touw mag niet losgelaten en ook niet overgepakt worden met de andere hand.
De behandelaars zien erop toe dat de oefening volgens de regels verloopt.
- Observaties** Onderlinge verhoudingen. Hoe stelt men zich op? Bijvoorbeeld: meegaand of sturend, actief of passief? Maakt men gebruik van verbale aanwijzingen of non-verbale? Raakt men elkaar aan of niet?
- Afronding** In een groepsgesprek achteraf worden vragen gesteld over de betekenis van de oefening. Wat was ieders rol tijdens het ontwarren en hoe was de samenwerking? Hoe is het om af te wachten, hoe om initiatief te nemen? En hoe is het om er weer uit te komen?
- Psycho-educatie** Over samen met anderen iets oplossen.
- Duur en frequentie** 15 minuten.
- Opmerking** Deze oefening kan moeilijker gemaakt worden (fasering).
Moeilijkheidsgraad 2: Er mag niet gesproken worden.
Moeilijkheidsgraad 3: Er mogen ook geen non-verbale aanwijzingen gegeven worden.

4 Ik ben een ballon

Ind	Groep	A + + + C + O +
-----	-------	-----------------------

Ik ben een ballon betekent dat ik mezelf kan opblazen en laten leeglopen. In feite doen we dat met onze longen als we ademen. Maar zuurstofrijke lucht is tegelijk energie, brandstof voor onze cellen. Door op een juiste manier te ademen voorzien we onszelf van de meest rudimentaire levenskracht. Deze oefening is geschikt om een behandel-sessie mee te beginnen of af te sluiten.

Indicaties Ademhalingsklachten.
Bij vermoeidheid en lusteloosheid.

Doel Bewustwording van ademhaling in relatie tot lichamelijke gewaarwor-dingen.

Randvoorwaarden Geen.

Beschrijving *We beginnen rechtop, armen in horizontale stand zijwaarts geheven, de voeten een beetje uit elkaar. Met de uitademing buig je lichtjes door de knieën – niet diep maar in de maat en evenredig aan de uitademing. De armen zakken en ook de handen buigen iets meer naar beneden. De benen komen in paardrijstand. Blijf zo een paar tellen staan. Zodra de inademing begint, kom je weer langzaam rechtop. Op dezelfde manier als bij de uitademing, alleen andersom. Je lichaam vult zich als het ware als een ballon. Dus: bij inademing blaas je jezelf op, bij uitademing laat je de lucht gaan.*
Doe, als het goed gaat, de ogen dicht en adem de eerste keer vijf keer; doe later minstens tien ademhalingen.

Observaties Geef vooral in het begin veel aandacht aan de houding (de paardrijstand). Vraag de cliënt(en) naar de benen toe te ademen. De lucht moet zo diep mogelijk in de borstkas (buik) terechtkomen. En daarvandaan moet ook uitgeademd worden.
De eerste keren kunnen de bovenbenen gaan trillen. Dat is de plaats waar de energie naar toe gaat.
Let op de ademhaling: hoelang duurde een ademhaling?

Afronding Napraten: Wat was moeilijk en wat ging goed? Hoe voel je je nu? Is er iets veranderd, misschien in je ademhaling? Waar voel je het effect het meest?

Psycho-educatie 1 Over hoe en waar spanning zich in het lichaam vastzet.
2 Over ademen als autonoom proces, dat ook te beïnvloeden is.
Trek een parallel met spanning (ook spanning is autonoom en te beïnvloeden).

Duur en frequentie 10 minuten.
Bij groepen moet iets meer tijd uitgetrokken worden om de oefening te leren.
Heeft de cliënt de techniek onder de knie, dan kan de oefening gedaan worden wanneer hij aangeeft een slechte week te hebben.

Opmerking Het is niet bezwaarlijk als er geluid gemaakt wordt bij het in- en uitademen, maar de behandelaar dient erop te letten dat medecliënten zich er niet aan storen.

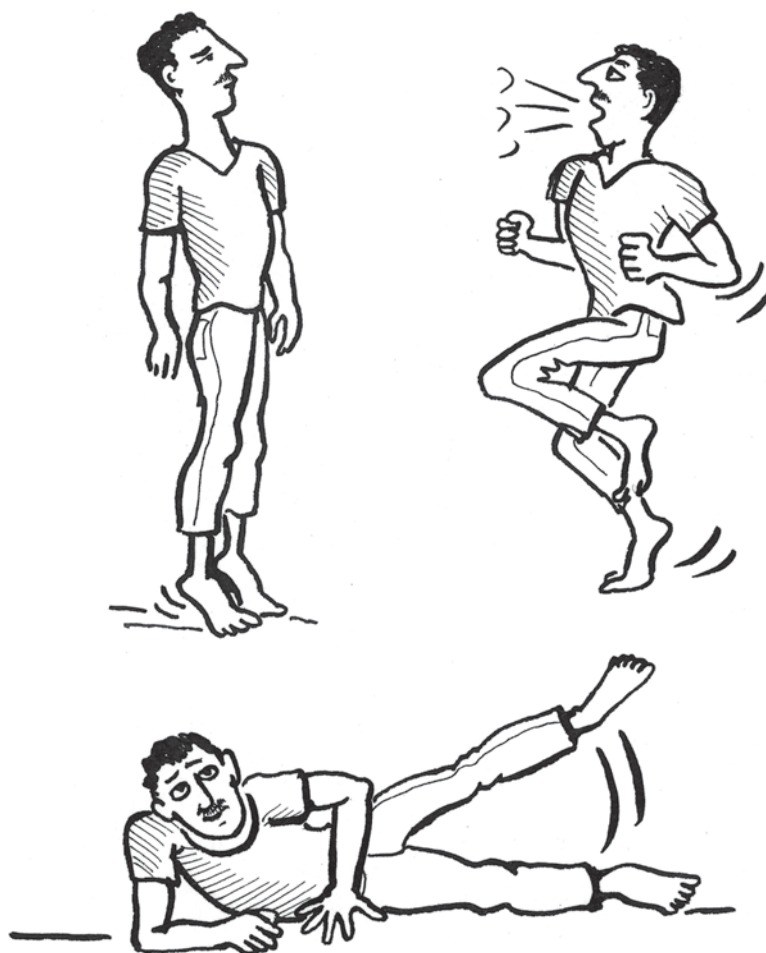


5 Tijgers in het gras

Ind	Groep	A + + + C + + O -
-----	-------	-------------------------

Tijgers sluipen in hoog gras. Om spieren en gewrichten soepel te houden rekken ze zich uit. Mensen moeten meer doen om hun lichamelijke conditie op peil te houden of te verbeteren. Fitnessoefeningen zijn voor dit doel bedacht. Met een goede lichamelijke conditie zijn mensen beter in staat met problemen om te gaan. Van fitnessoefeningen wordt iemand lichamelijk moe, maar hij kan zich daarna gemakkelijker ontspannen.

Indicaties	Vermoeidheid en slechte lichamelijke conditie. Gespannenheid met of zonder pijn in het hele lichaam.
Doelen	1 Lichamelijke conditie verbeteren. 2 Spanning in het lichaam verminderen.
Randvoorwaarden	Samenwerking met pmt. Voldoende ruimte om te bewegen, liefst ook matten.
Beschrijving	Het gaat om het licht inspannen en rekken van spiergroepen. Dit is vooral geschikt als warming-up in groepen.
Uitgangshouding	1 <i>Staan; oefening voor de beenspieren</i> • afwisselend rechter- en linkervoet op tenen plaatsen, langzaam en snel; • hetzelfde met twee voeten tegelijk; • kleine sprongetjes maken; • spreid-/sluitsprongen maken; • knieheffen; • staan in spreidstand en dan naar beneden zakken met je bekken gebied, even zo blijven staan en weer terug. <i>Staan; oefening voor de armspieren</i> • armen gestrekt zijwaarts brengen en dan met de armen kleine en grote rondjes draaien; • 'hardlopen' op de plaats met ellebooginzet. 2 <i>Liggend; oefening voor bovenbenen en bilspieren</i> • op je zij liggen en dan je bovenste been omhoog brengen en weer terug; 3 <i>In rugligging; oefening voor de buikspieren</i> • met opgetrokken knieën bovenlichaam omhoog en omlaag brengen, daarbij handen in nek. 4 <i>In buikligging; oefening voor de rugspieren</i> • in buikligging armen en benen gestrekt boven de grond tillen.



Observaties Let erop dat de cliënten hun grenzen niet overschrijden. Als het nodig is, tussendoor even rusten en dan weer doorgaan. Stimuleer hen anderzijds ook nog even vol te houden. Let erop dat iedereen goed blijft ademen.

Afronding De ademhaling even rustig laten worden. Hoe voel je je nu? Heb je te veel of misschien te weinig gedaan? Heb je pijn in je spieren? In dat geval kunnen nog enkele losmaak oefeningen voor die bepaalde spieren gedaan worden.

Psycho-educatie Het is proefondervindelijk bewezen dat actief bewegen beter is tegen pijn dan passief wachten tot het overgaat. Niets doen verergert de situatie alleen maar.

Duur en frequentie 10 tot 20 minuten, afhankelijk van de animo in de groep.

6 Weerspiegeling

		A + + + C + O -
---	--	-----------------------

Bij deze oefening doen de deelnemers elkaar beurtelings na, vandaar de spiegeling. Het is een staande oefening waarbij iedereen in de groep voortdurend actief is. Ze is geschikt wanneer kennismaking en veiligheid op de voorgrond staan. Een beweging zelf bedenken en het feit dat iedereen jou volgt, kan het zelfvertrouwen doen toenemen en het gevoel zelf iets te kunnen doen tegen pijn en klachten. Ieder laat zien wat hij of zij al weet van oefeningen; daarnaast leert men zo een scala aan nieuwe oefeningen. Aan de wijze waarop het lichaam beweegt, is vaak zichtbaar wat het aankan.

Indicaties Gespannenheid met of zonder pijn.
 Ademhalingsklachten.
 Slechte controle en concentratie.
 Isolement en inactiviteit.



Doelen	1 Spanning en pijn in het lichaam verminderen. 2 Controle en concentratie vergroten. 3 Cohesie en onderling contact bevorderen.
Randvoorwaarden	Voldoende ruimte om te bewegen; per persoon drie vierkante meter.
Beschrijving	De behandelaars doen mee met deze oefening en beginnen zelf. Begin met te zeggen dat door beweging spanning in het lichaam kan gaan loskomen. De uitleg is kort; de nadruk ligt op het doen. Als de bedoeling duidelijk is, proberen de deelnemers met non-verbaal communiceren het rondje door te laten gaan. <i>Ga in een kring staan met voldoende ruimte om je heen, zodat je je armen rondom kan bewegen. Doe je schoenen uit, zodat je de vloer onder je voeten kan voelen. Je staat dan steviger. Om de beurt maakt iemand een beweging en de rest van de groep doet het na. Ik tik bijvoorbeeld met mijn hand kruislings mijn knie aan om en om of draai mijn schouders rond. Jullie doen mij allemaal na. Na 10 seconden neemt de volgende persoon het over en verzint iets anders, wat wij nadoen. Doe een beweging die je zelf makkelijk kan of fijn vindt.</i>
Observaties	Geef aandacht aan cliënten die vanwege pijn of angst om het niet goed te doen, willen afhaken. ‘Doe wat je kan, doe maar heel ‘klein’ mee dan’. Tijdens het uitvoeren moedigt de behandelaar aan om elkaar te helpen als iemand niets kan verzinnen (Ken je een oefening van fysiotherapie? Of een danspas?). Moedig ook aan om de humor ervan in te zien: het is niet erg om gezamenlijk te lachen om de verschillende uitvoeringen, het gehijg en gepuf van iedereen. Communiceer zelf vooral non-verbaal om in het ‘doen’ te blijven, anders gaan de cliënten praten en haken ze makkelijker af.
Afronding	Ga nadat iedereen aan de beurt is geweest, nog eens de andere kant op. Ter afsluiting geeft de groep zichzelf een applaus voor de energie die erin gestoken is. Als vraag kan gesteld worden: Hoe voelt je lichaam nu?
Psycho-educatie	Over wat je zelf allemaal kunt doen aan de klachten. Het lichaam is erop gebouwd om te bewegen; als spieren niet gebruikt worden gaan ze vastzitten en pijn doen. Stramme spieren maakt het ademen moeilijker; iemand voelt zich dan sneller benauwd.
Duur en frequentie	10 minuten.

7 Houthakken

Ind	Groep	A + + + C + + O -
-----	-------	-------------------------

Houthakken geeft aan dat je beweegt alsof je hout hakt, anders zou het een mechanische beweging worden. Je kunt je voorstellen het buiten in de natuur (in je eigen land) te doen. De oefening is geschikt wanneer er al een aantal sessies achter de rug is en de groepsleden elkaar al een beetje kennen. Soms generen mensen zich om grote bewegingen te maken.

Indicaties Ademhalingsklachten.
Gespannenheid met of zonder pijn.
Slechte controle en concentratie.

Doelen 1 Het lichaam activeren.
2 Vermindering van spanning en pijn door beweging en ademhaling.

Randvoorwaarden Een vrij grote individuele ruimte per persoon.
Als een cliënt bekend is met herbelevingen of ernstige dissociatieve momenten is overleg vooraf met een pmt sterk aan te raden.

Beschrijving Vooraf het lichaam staand in een ‘goede’ houding zetten, zodat het effect beter voelbaar is. Zie ook observaties en opmerking.

Laten we eerst ruim van elkaar afgaan staan. Schud eerst je benen los, dan je armen en draai daarna je schouders een paar keer rond. Zet je voeten stevig op de grond. Stel je voor dat je buiten in het bos staat. Ga wijdbeens en licht gebogen door de knieën staan en breng beide armen boven je hoofd met je handen in elkaar alsof je de bijl vasthoudt. Stel je het blok hout voor. Breng dan beide armen met een energieke beweging naar beneden om het blok hout te klieven. Je mag krachtig uitblazen. Doe dit een aantal keren. Ga weer rechtop staan, leg de bijl weg en voel wat er in je lichaam gebeurt.

Observaties Indien bij een cliënt wraakgevoelens of beelden van marteling naar boven komen, kan (uiteraard afhankelijk van de ernst) de oefening afgebroken moeten worden.
Bij de beweging omhoog wordt meestal vanzelf ingeademd en bij het hakken uitgedemd. Wanneer de cliënt dit niet doet of te snel beweegt – waarvoor alsnog oppervlakkig wordt geademd – dient dit benoemd te worden. Idem voor wat betreft de houding: de beweging wordt gemaakt met het hele lichaam, de cliënt staat met gebogen knieën en ontspannen schouders en nek.
Suggesties helpen: ‘Het blok is bijna door, nog een paar slagen met je bijl’.

Afronding Napraten over het verschil met voorheen. Waar voelde je spanning, waar zat de pijn, en hoe voelt je lichaam nu?

Psycho-educatie Over het uiten van spanning die in je lichaam zit. Spanning kan door woede of angst ontstaan. Bij actieve ontspanning kan de spanning uit je lichaam komen. Dat heeft een goede invloed op de ademhaling: minder benauwdheid.

Duur en frequentie 10 minuten.

- Opmerkingen**
- Vrouwen zijn vaak niet gewend om op deze manier te bewegen, maar juist deze krachtige bewegingen zijn goed om te oefenen.
 - Breng het in bij de behandelbespreking, indien de oefening afgebroken moest worden vanwege naar boven komende wraakgevoelens of dissociaties. Overleg ook met pmt over verdere mogelijkheden of gevolgen (voor de groep).
 - Het is goed dat de behandelaar meedoet, omdat de cliënt zich anders misschien bekeken voelt en zich inhoudt.
 - Stimuleer de cliënt(en) met pijnklachten om vooral wel mee te doen, want ook kleinere bewegingen hebben effect.
 - Wanneer de cliënt in staat is er meer energie in te leggen, kan de oefening herhaald worden. Het effect wordt groter naarmate iemand er meer energie insteekt.



8 Touwtrekken

Ind	Groep	A + + + C + + O -
-----	-------	-------------------------

Touwtrekken komt in alle culturen voor. Het is een sportieve activiteit die het onderlinge contact kan activeren. Deelnemers kunnen ontdekken dat ze sterker zijn dan ze aanvankelijk dachten. Door het competitie-element kan faalangst verminderen. Wanneer de oefening individueel gebruikt wordt, gaat het niet om competentie maar om bewustwording van eigen kracht. De oefening zorgt voor uitdaging om je kracht te gebruiken; het gevoel van competentie en zelfvertrouwen kan daardoor toenemen.

Indicaties Isolement en inactiviteit.

- Doelen
- 1 Activering.
 - 2 Isolement doorbreken.
 - 3 Controle vergroten.

Randvoorwaarden Voldoende ruimte en een lang, dik touw (ongeveer 4 cm dik).

Beschrijving Twee cliënten trekken ieder aan een kant van een groot dik touw. Vraag hun om goed op twee voeten te gaan staan en kracht in benen en bekken aan te spreken. In het midden is een streep op de grond. Het gaat erom wie de ander het eerst over de streep heeft getrokken.



Er kan ook in paren of in drietallen aan het touw getrokken worden.

In individuele therapie kan de oefening met de behandelaar gedaan worden. De behandelaar kan de cliënt laten winnen, maar laat hem/haar ook werken.

Observaties Kijk of de cliënten hun grenzen niet overschrijden. Moedig hen verder rustig aan hun kracht te gebruiken.

Afronding Even zitten en ontspannen.

Napraten: Hoe vond je het? Hoe voel je je nu? Waar zit je kracht?

Psycho-educatie Over grenzen. Als iemand grenzen kan herkennen (= naar zijn lichaam kan luisteren), kan hij ze ook bewaken en verleggen. Het gaat erom te luisteren naar lichaamssignalen. Daarnaar luisteren vergroot het lichaamsbewustzijn. En wanneer het lichaamsbewustzijn vergroot wordt, kan iemand vervolgens beter met grenzen omgaan.

Duur en frequentie Per tweetal: 5 tot 10 minuten (afhankelijk van de conditie van de cliënt).

Bij grotere aantallen: 10 minuten.



9 Vitamine S

Ind	Groep	A + + + C + + O -
-----	-------	-------------------------

In gezonde voeding zitten allerlei vitaminen, die essentieel zijn voor de gezondheid. Ook beweging en sport (vitamine S) zijn van het grootste belang. Fitness verbetert de lichamelijke conditie. Iemand maakt zich lichamelijk moe, raakt psychische spanning kwijt en kan zich daarna beter ontspannen. Door de lichamelijke conditie te verbeteren overwint hij passiviteit en versterkt het gevoel van competentie. Daardoor is er ook een toename van initiatief en zelfvertrouwen.

Indicaties Vermoeidheid en slechte lichamelijke conditie.
Gespannenheid met of zonder pijn.

Doelen

- 1 In beweging komen.
- 2 Lichamelijke conditie verbeteren.
- 3 Isolement en inactiviteit.

Randvoorwaarden Samenwerking met pmt.
Voldoende ruimte en (fitness)materiaal.

Beschrijving In de zaal zijn verscheidene fitnesssoefenmaterialen neergezet: home-trainer, gewichten van licht tot zwaar, mat voor sit-ups, stapel matten om op en af te springen, mat waarop liggend een bal tegen de muur gegooid moet worden, mat waarop touwtje gesprongen wordt, mat met buigveren voor armspieren en/of handspieren, enzovoort. De cliënten beginnen ieder met een activiteit. Na een afgesproken tijd (5 minuten) wordt er van activiteit gewisseld. Als iedereen alles gehad heeft, kan men kiezen voor één activiteit die men graag nog eens wil doen.

De behandelaars doen alles voor en geven individuele ondersteuning.

Observaties Komt de cliënt in beweging? Hoe is het uithoudingsvermogen? Hoe fanatiek is hij? Bij individuele ondersteuning goed kijken of de cliënten hun grenzen niet overschrijden. Op tijd stoppen en ontspannen. Cliënten die zeggen niet te durven of te kunnen, rustig aanmoedigen, nooit forceren.

Afronding Even rustig zitten en ontspannen. Hoe voel je je nu? Heb je te veel of te weinig gedaan? Heb je ergens pijn? In dat geval kunnen, indien de cliënt duidelijk aangeeft daar wel voor te voelen, de spieren even gemasseerd worden.

Psycho-educatie Over het effect van beweging (en niets doen) op het welbevinden.
Over herkennen, bewaken en verleggen van grenzen.

Duur en frequentie Afhankelijk van het aantal activiteiten.



10 Zwaaimolen

Ind	Groep	A + + C + O +
-----	-------	---------------------

Bij deze oefening draait de cliënt met de armen horizontaal heen en weer, zonder dat de voeten, de basis van het lichaam, bewegen – anders zou de oefening derwisj heten naar de soefi's die urenlang om hun as kunnen draaien. Het is een staande oefening die dynamisch is en op spanning in het bovenlichaam werkt c.q. ontspant, maar tevens zorgt voor een stevige gronding.

Indicaties Gespannenheid met of zonder pijn in nek en schouders.
Ademhalingsklachten.
Slechte controle en concentratie.

Doelen 1 Spanning en pijnklachten in nek en schouders verminderen.
2 Concentratie en controle vergroten.

Randvoorwaarden Voldoende ruimte om met de armen te zwaaien zonder elkaar te raken.



- Beschrijving** *Kom op heupbreedte staan met iets gebogen knieën, je armen slap langs je lichaam. Ga stevig staan met je voeten op de grond alsof je nooit meer om te duwen bent. Zwaai je armen losjes rondom je lichaam zonder kracht van je armen of schouders te gebruiken. De beweging komt vooral vanuit je bekken en knieën. Uit je voeten en onderlichaam haal je je kracht. Geef van daaruit steeds een zwaai en laat je armen langs je lijf zwieren. Als je de beweging door hebt, laat je armen dan meer zwaaien en slingeren voorlangs je buik en terug naar je rug. Adem rustig door tijdens het bewegen.*
- Observaties** Indien blijkt dat de cliënt de schouders blijft aanspannen of optrekken, kan eventueel eerst een losmaakoefening gedaan worden om de spanning vooraf te verminderen (schouderrol/-draai). Soms is het voordoen en geven van tips voldoende ('laat je schouders maar hangen').
- Afronding** Staand navoelen en navragen: Voelden cliënten spanning in nek en schouders? Hoe voelt het daar nu? Wat is er veranderd? Kon men zijn aandacht bij de oefening houden? Hoe stond men? Stevig? Of was het moeilijk om vanuit bekken en benen te bewegen? Zien deelnemers verschillen bij elkaar?
- Psycho-educatie** Over hoe iemand zijn bovenlichaam kan ontspannen. Benoem dat men contact maakt met de grond (gronding). Deze gronding vergelijken met de wortels van een boom die ervoor zorgen dat hij niet omvalt. De voeten dragen het lichaam, ze zijn de basis. Hoe steviger men staat, des te meer kan men aan. Als het hoofd vol is, is het goed om de aandacht naar de voeten te brengen.
- Duur en frequentie** 10 minuten.
Vaak herhalen; het duurt een tijd voordat men de oefening onder de knie heeft.

11 Skiën en langlaufen

Ind	Groep	A + + C + O -
-----	-------	---------------------

De naam geeft aan wat bij deze oefening gedaan wordt: het maken van kniebuigingen waarbij automatisch de adem meer naar het buik-/bekingebied gaat en weer in de juiste verhouding komt wat betreft uit- en inademing. Skiën en langlaufen zijn dynamische activiteiten; de oefening activeert en reguleert tegelijk en kan uitstekend bij het begin van een groepsbehandeling gedaan worden.

Indicaties Gespannenheid met of zonder pijn.
Ademhalingsklachten.

Doelen 1 Activeren van het gehele lichaam.
2 Reguleren van de ademhaling.

Randvoorwaarden Geen.

Beschrijving Vertel vooraf dat deelnemers de armen en schouders zoveel mogelijk moeten ontspannen en zich zo losjes mogelijk bewegen.

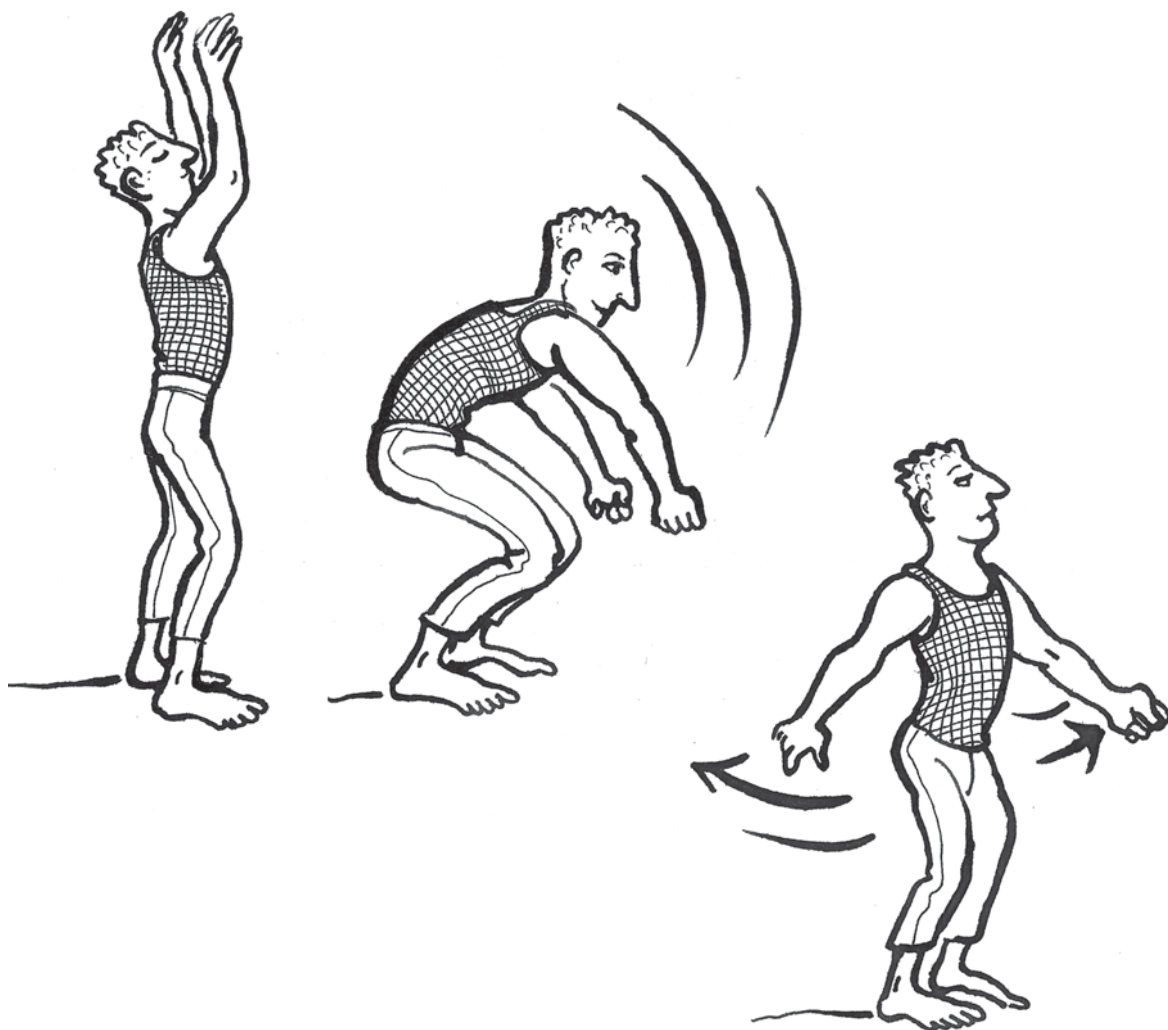
Ga staan met je voeten op heupbreedte en de armen langs je lichaam, knieën licht gebogen. Stel je voor dat je gaat skiën. Adem in en breng de armen omhoog tot boven het hoofd. Uitademend buig je door de knieën en laat je de armen zakken in een zwaaibeweging. Veer een beetje in de beweging en kom inademend weer omhoog met armen en benen. Maak de beweging actief. Doe dit vijf tot tien keer.

Misschien ga je liever langlaufen. Sta in de houding zoals vooraf aangegeven. Inademend breng je de ene arm voor je en de andere achter je. Uitademend wisselen de armen. Buig je knieën en veer mee bij elke keer dat in- en uitgeademd wordt.

De beweging kan langzaam gemaakt worden, bijvoorbeeld door een wissel op elke in-/uitademing. Of deelnemers wisselen in dubbel tempo: twee armbewegingen per ademhaling. Dit laatste maakt het actiever.

Observaties Het is niet de bedoeling om hoog in te ademen en daarbij de schouders op te trekken. Als iemand het ritme te pakken heeft, reguleert de adem zich vanzelf en worden de in- en uitademing even lang. Maak ook geen expliciete duiding van buikademhaling, want dan maakt men vaak juist de tegengestelde beweging.

- Afronding Staand ervaringen uitwisselen. Hoe ging het? Was het moeilijk / makkelijk / prettig om het ritme te vinden en door te ademen? Waar voel men nog pijn of ongemak? Is daarin iets veranderd en hoe? Wat vond men het fijnst: skiën of langlaufen?
- Psycho-educatie Over ademhalingsklachten als uiting van angst en waakzaamheid. En hoe je door goed ademen en afleiding de angst enigszins kunt bedwingen.
- Duur en frequentie 10 minuten.
De oefening kan vaak herhaald worden.



12 Parachute



In de oefening gaat het om samenwerking en competitie. De parachute werkt als een vangnet en wordt gebruikt om iets door te geven, om een bal in te laten rollen. De oefening kan de groepscohesie versterken. Ze wordt in de beginfase gedaan en kan indien nodig later herhaald worden.

Indicaties Isolement en inactiviteit.
Slechte controle en concentratie.

Doelen 1 Gezamenlijk (lichamelijk) bezig zijn.
2 Controle en concentratie vergroten.

Randvoorwaarden Een ruimte waarin de deelnemers een grote kring kunnen maken.
Een parachute of twee grote aan elkaar genaaide lakens, met een gat.
Een softbal die iets groter is dan het gat.
Een softbal die iets kleiner is dan het gat.

Beschrijving De cliënten staan, met een van de begeleiders, in een kring. De parachute wordt uitgevouwen. Ieder pakt met beide handen een stuk van de rand van de parachute en geeft de rand van de parachute door aan diegene die rechts van hem of haar staat. Probeer het na een oefenrondje zo snel mogelijk te doen. Herhaal dit daarna naar links. Geef de parachute weer door naar rechts. Op een teken van de begeleider wordt van richting veranderd. Herhaal dit een aantal keren en voer het tempo van wisselen op.

Leg de grote softbal in het midden en probeer deze zo hoog mogelijk in de lucht te gooien met behulp van de parachute. Probeer daarna de bal linksom te laten rollen. De cliënten houden de parachute op dezelfde plek vast, alleen de hoogte wisselt. Herhaal dit naar rechts.

Leg de kleine softbal in het midden en rol ook deze eerst rechts en dan linksom. De deelnemers moeten ervoor zorgen dat de bal niet in het gat terechtkomt.

Tot slot krijgt de helft van de groep de opdracht om de bal op de parachute te houden, terwijl de andere helft de bal juist door het gat moet zien te krijgen.



Observaties De mogelijkheid van de cliënten om zich te concentreren. Hoe is de mate van samenwerking? Wie neemt een leiderschapsrol op zich? Wie kan zich gemakkelijk en wie moeilijk overgeven aan dit spel?

Afronding Terwijl de deelnemers nog in de kring staan kan gevraagd worden naar de mate van ontspanning. En verder: Hoe vonden ze de samenwerking gaan? Hoe zat het met de mate van competitie?

Psycho-educatie Over het bevorderen van concentratie door afleiding en activering. Over het maken van contact door middel van spel en afleiding.

Duur en frequentie 15 tot 20 minuten.

Opmerking De onderlinge samenwerking wordt bevorderd door samen hardop te tellen of te zingen.

13 De rug rechthouden

Ind	Groep	A + C + + + O + +
-----	-------	-------------------------

De rug recht houden betekent opkomen voor jezelf ondanks moeilijkheden en spanning. Bij deze oefening besteden we aandacht aan de rug, een gebied met een grote kans op gespannen spieren en kwetsuren. Veel cliënten bewegen weinig en zitten veel. Hierdoor worden rugspieren nauwelijks meer gestrekt en is de kans groot dat ze verkorten. Deze oefening richt zich op het weer langer maken van de rugspieren, op het letterlijk en figuurlijk weer recht houden van de rug.

Indicaties Gespannenheid met pijn in het gebied van de rug.

Doelen 1 Lichaamsbewustzijn en controle verhogen.
2 Rugpijn verminderen.

Randvoorwaarden Geen.

Beschrijving *Ga in een spreidstand staan, voeten ongeveer 50 centimeter uit elkaar. Ga na of je spanning of pijn in je bovenrug voelt. Strengel dan de vingers achter de rug ineen. Let op de ademhaling: probeer tijdens de oefening rustig door te blijven ademen vanuit de buik. Buig langzaam naar voren en laat het hoofd omlaag hangen zodat de armen zachtjes omhoog komen. Als je zover mogelijk bent gekomen, blijf dan even staan en voel de spanning in de rug. Breng dan de armen weer langzaam naar beneden en ga weer rechtop staan. Neem even rust en herhaal deze beweging nog een paar keer in je eigen tempo.*

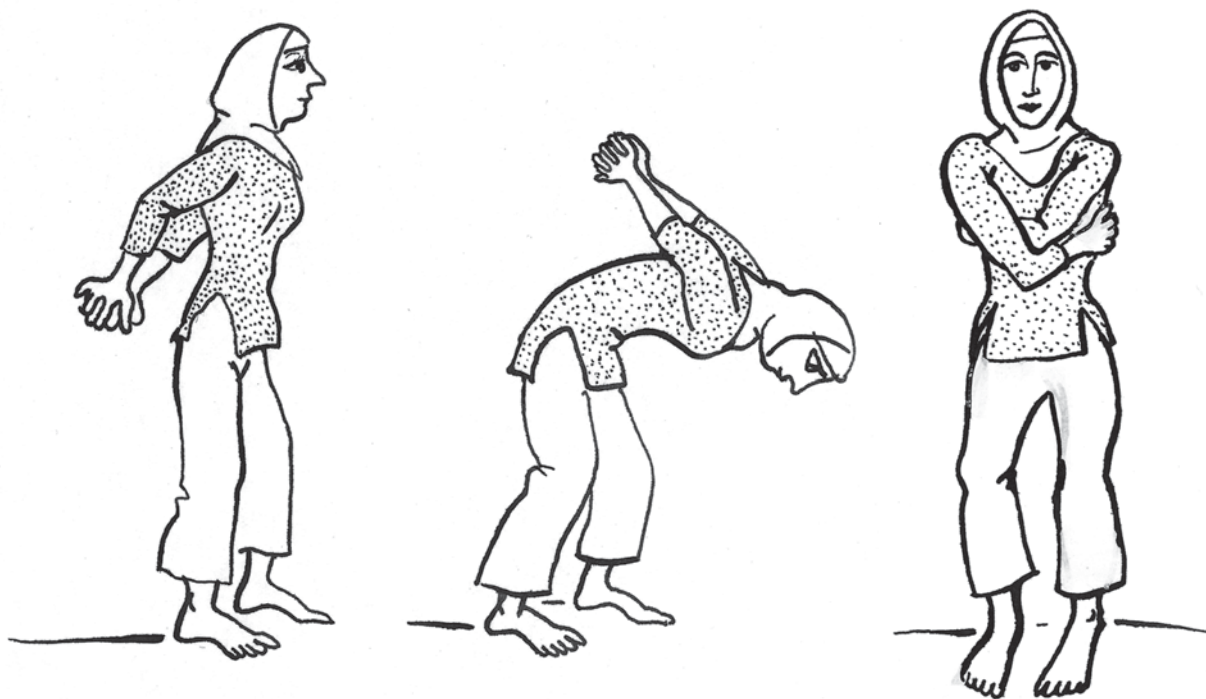
Ga weer rechtop staan en kruis de armen, zodat de linkerhand de rechter-schouder vastpakt en vice versa. Laat de vingers van elke hand naar het midden van de rug lopen. Je voelt dan hoe dat gebied wordt uitgerekt, terwijl de handen naar elkaar toe bewegen.

Observaties Deze oefening kan aanvankelijk moeilijk zijn voor veel cliënten. Er kan angst bestaan om de pijn te vergroten. Ook het vooroverbuigen kan voor sommigen moeilijk zijn. De behandelaar kan hierbij rustig aanmoedigen en vertellen dat de cliënt niet verder hoeft te buigen dan hij kan of durft.

Afronding Laat de cliënten even rustig staan. Vraag na of er verschil voelbaar is in vergelijking met de situatie voor de oefening. Bespreek het belang van het regelmatig herhalen van deze oefening, waarbij getracht wordt steeds verder voorover te buigen.

Psycho-educatie Over de relatie tussen weinig bewegen, stramheid en pijn.
Over de relatie tussen gevoel en wat je laat (wil laten) zien aan anderen (houding).

Duur en frequentie 10 minuten.
Doe de oefening met enige regelmaat.



14 Spijkerbed

Ind	Groep	A + C + + + O + +
-----	-------	-------------------------

In India mediteren fakirs op een spijkerbed. Het lijkt erop alsof ze boven de pijn staan. Bij deze oefening wordt pijn ervaren en wordt gevraagd 'daarmee om te gaan' door zich beurtelings wel en niet te focussen op wat er gebeurt met dat lichaamsgebied. Deze oefening wordt nooit in de beginfase gedaan; er is onderling vertrouwen nodig en veel bereidheid tot lichaamsgericht oefenen.

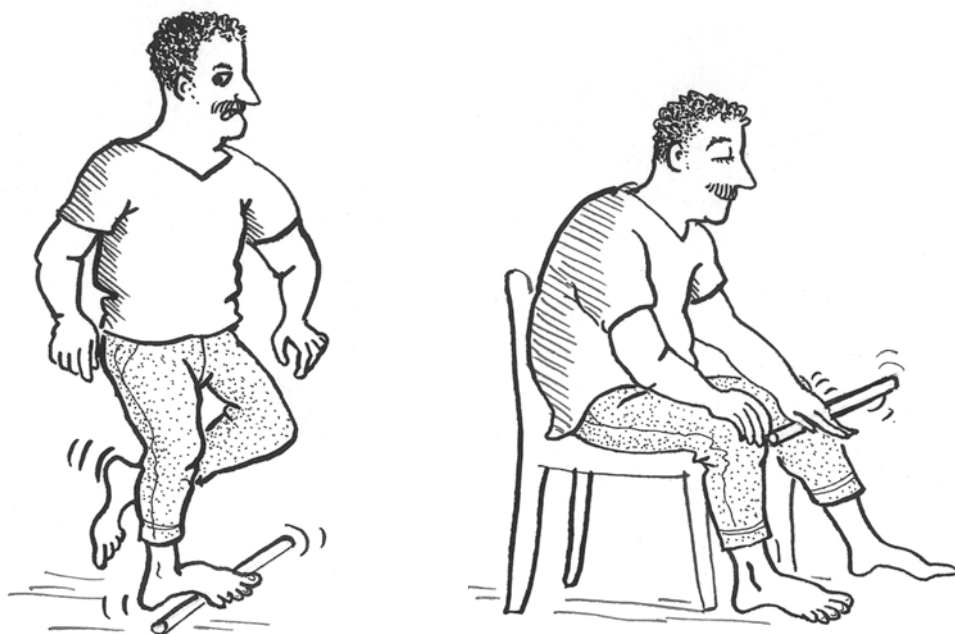
Indicaties Slechte controle en concentratie.
Gespannenheid met of zonder pijn.

Doelen

- 1 Controle en concentratie vergroten.
- 2 Aandacht verplaatsen van hoofd en bovenlichaam naar de voeten.
- 3 Grenzen leren aangeven.
- 4 Leren om bewust en actief met pijn om te gaan.

Randvoorwaarden Een ruimte waarin geoefend kan worden.
Meer dan één behandelaar.
Voor iedere deelnemer een ronde stok van ongeveer 35 centimeter lang (bijvoorbeeld een stuk bezemsteel).
De eerste keren dat men de oefening doet, heeft iedere cliënt een stoel.

Beschrijving Zet de cliënten in een grote kring. Leg hen uit dat er een oefening gedaan zal worden waarin geleerd wordt om anders om te gaan met lichamelijke pijn.
Van de cliënten wordt verwacht dat zij staan bij deze oefening, maar degenen die dit te zwaar vinden, mogen ook zitten. Dit geldt ook wanneer de oefening geleerd moet worden. De deelnemers mogen zelf de grens aangeven wanneer zij het niet langer volhouden om met (een gedeelte van) de voet op de stok te staan.
Over het stellen van grenzen tijdens deze oefening dient door de behandelaars tevoren gesproken te worden. Dat geldt voor zaken als: Mag ik au roepen? Waarom verder gaan als het al pijn doet? De mate waarin verbaal contact gezocht kan worden met de behandelaar.



Zet de voorvoet op de stok, til je andere been op, zodat je gewicht op de voet met de stok komt.

Hou dit even vast.

Rol je voet dan een stukje verder op de stok, zodat de bal van je voet op de stok steunt. Ook nu je andere been optillen zodat je volle gewicht op de stok komt. Hou dit weer even vast.

Rol daarna je voet weer een stukje verder. Nu steunt je voet net achter de bal van je voet op de stok. Zo ga je steeds een stukje verder tot het achterste gedeelte van je hiel geweest is.

Doe daarna deze oefening met de andere voet.

Doe nogmaals de oefening met beide voeten.

Tijdens de oefening kunnen vragen gesteld worden over de ademhaling, het maken van geluid en het sturen van aandacht en de ademhaling naar de pijn.

Afsluitend masseert iedereen de voeten door ze om beurten zachtjes over de stok te rollen, zowel de binnen- en buitenkant als de onderkant van de voet. Het is de bedoeling dat iemand daarbij geen pijn ervaart: 'Doe het zachtjes. Geef jezelf gewoon een heerlijke voetmassage'.

- Observaties Dit is geen gemakkelijke oefening! Observeer de mate van concentratie, de gespannenheid of ontspanning bij de cliënten. Praat de cliënt veel of weinig? Wordt een cliënt gaandeweg stiller of juist opmerkelijk spraakzaam? In hoeverre houdt iemand er gelijk mee op als het pijn doet?
- Afronding Na de oefening kan in het gesprek gevraagd worden naar het verschil tussen sensaties in de ene en de andere voet; de mate van ontspanning tijdens de oefening en achteraf.
Verder zijn vragen mogelijk als: Lukt het om met aandacht en ademhaling naar de pijn te gaan, even in de pijn te blijven? Is de pijn daarvoor vol te houden? Helpt het als er geluid gemaakt kan worden? Hoe was het om de mogelijkheid te hebben contact te maken met anderen / mij? Is dat steunend?
- Psycho-educatie Over het stellen en aangeven van grenzen.
Over anders, dat wil zeggen actief omgaan met pijn.
- Duur en frequentie 20 tot 30 minuten.
De oefening kan herhaald worden, bijvoorbeeld wanneer de groep onrustig of slecht geconcentreerd is.
- Opmerkingen
 - 1 Doe bij voorkeur voor deze oefening ook andere oefeningen met de benen of voeten (bijvoorbeeld voetmassage, voetmassage met bal).
 - 2 Wanneer iemand gevoelige voeten heeft of daar negatieve ervaringen mee heeft opgedaan (martelingen), kan de oefening in plaats van staand zittend gedaan worden.
 - 3 In een relatief stabiele groep kan aan de hand van deze oefening psycho-educatie gedaan worden over pijn, associaties met marteling en het overspoeld worden door herinneringen (herbelevingen).

15 Wiegende bamboe

Ind	Groep	A + C + + + O + +
-----	-------	-------------------------

Bamboe buigt zich naar de wind en breekt haast niet. Dit is een geleide visualisatieoefening om het contact met het eigen lichaam te verbeteren. Cliënten kunnen deze oefening gebruiken in moeilijke situaties, bijvoorbeeld thuis, voor een zitting bij de rechtbank.

Indicaties Gespannenheid met of zonder pijn.
Slechte controle en concentratie.

Doel 1 Lichaamsbewustzijn verbeteren.
2 Meer controle over lichamelijke sensaties.

Randvoorwaarden Een voldoende grote ruimte zonder geluidsoverlast, zodat cliënten ongestoord de oefening kunnen doen.

Beschrijving De cliënten kunnen vrij in de ruimte staan. In groepen kunnen ze kiezen om een kring te vormen; vaak vinden ze dit veiliger.

Zorg dat je goed staat, de knieën iets gebogen, voeten recht vooruit en de benen in een lichte spreidstand. Probeer je zo goed mogelijk te concentreren. Je kunt hierbij je ogen dicht doen, maar dit hoeft niet.
Beeld je in dat je een bamboeplant bent die wortels heeft. De bamboe staat aan de rand van een rivier, met zijn wortels stevig in de grond. Voel hoe je bij elke inademing water uit de grond opzuigt om je wortels mee te voeden. Voel hoe bij elke uitademing je wortels groeien en dieper de grond ingaan. Beeld je nu in dat je bamboescheuten krijgt. Jouw armen zijn die scheuten, je armen gaan de lucht in, omhoog en wiegen zachtjes in de wind. Je voelt hoe de wind toeneemt en hoe je in zijn geheel beweegt. De bamboeplant is sterk en stevig in de grond verankerd, de wind heeft geen vat op je. Je scheuten buigen mee met de wind, maar zijn sterk en breken niet. Ze buigen mee en komen daarna weer in hun positie terug.

Observaties De mate van ontspanning bij de cliënten: Wie kon zich overgeven aan het verhaal? Wie niet? Wie haalde ontspannen adem? Wie niet? De mate van angst: Wie durfde de ogen te sluiten? Wie niet?

- Afronding** Aan het eind van de oefening wordt aan de deelnemers gevraagd om langzaam weer terug te komen in de groepsruimte. De ogen weer open laten doen als ze gesloten waren.
Dan volgt een (groeps)gesprek of cliënten nu anders staan. Hebben ze het gevoel of er lijm onder de voeten zit, voelen ze 'grond onder de voeten'?
- Psycho-educatie** Over omgaan met spanning en lichaamshouding.
Over 'buigen of barsten', ofwel over flexibiliteit tonen of volharden in (slechte) gewoontes en gedragingen.
- Duur en frequentie** 10 minuten.
De oefening kan vaak herhaald worden.
- Opmerking** Niet iedereen is in staat zich te laten meevoeren. Een geleide visualisatie is vaak iets wat iemand al dan niet ligt.



16 Loskloppen en afstoffen

Ind	Groep	A++ C++ O++
-----	-------	-------------------

De naam is een metafoor voor het loslaten van spanning en alles wat iemand kwijt wil aan negatieve gevoelens en gedachten om zich erna weer schoon en opgelucht te voelen. De oefening kan zittend of staand uitgevoerd worden en opgedeeld worden in alleen afstoffen (kort voor het einde van een bijeenkomst), of uitgebreid, zoals hieronder beschreven. Vaak wordt er bij deze oefening ook gelachen: lachen is een onbewuste manier om spanning los te laten en tot een natuurlijker adem te komen.

Indicaties Gespannenheid met of zonder pijn.
 Ademhalingsklachten.
 Slechte controle en concentratie.

Doelen 1 Spanning en pijn in het lichaam verminderen.
 2 Controle en concentratie vergroten.

Randvoorwaarden Geen.



Beschrijving Zittend

Buig over je benen naar voren, klop met beide handen bovenop je voet en op je voetzool. Klop met losse vingers, platte hand of zachtjes met je vuist (wat je prettig vindt). Ga door met je kuit, knie, bovenbeen. Wrijf dan met beide handen over je hele been alsof je het warm of droog wrijft. Doe hetzelfde met je andere been.

Ga door met je buik, borst en rug voor zover je erbij kan: eerst kloppen, dan wrijven.

Doe hetzelfde bij je handen, armen en schouders. Klop en wrijf ook voorzichtig je nek, hoofdhuid en gezicht los.

Stof jezelf nu af. Maak een beweging met beide handen alsof je een dikke laag stof van je afslaat. Begin bij je kruin en ga door naar beneden je hele lichaam af tot aan je voeten.

Staand

Hetzelfde als boven, alleen kan het kloppen korter of sneller worden gedaan, omdat het staand inspannender is. Dit kun je gebruiken om nog meer te activeren.

Observaties Bij te veel pijn kan iemand de houding misschien niet volhouden, dan kan het kloppen ingekort worden.

Afronding De cliënt gaat weer zitten (of staan) en vertelt wat hem of haar opviel bij het verschil in spanning en ontspanning in het lichaam.

Psycho-educatie Over jezelf afleiden van de pijn en controle krijgen door met aandacht een beweging uit te voeren. Het helpt om iets te verzinnen, want wat iemand denkt, heeft effect op het lichaam. Zo kan men spanning in het hoofd loslaten als men denkt aan afstoffen, maar ook aan zwemen in schoon water of onder een waterval staan.

Duur en frequentie 10 minuten.

De oefening is geschikt om aan het eind van de behandelsessie te doen, voordat iedereen naar huis gaat.

17 Appels plukken

Ind

Groep

A -
C + +
O + +

De metafoor refereert aan een handeling die voor iedereen herkenbaar is. Door te rekken en te strekken ontspant het lichaam zich en wordt de ademhaling vrijer. Doordat iemand de aandacht richt op het plukken van appels, vijgen of noten gaat de beweging meer vanzelf. Na een korte introductie meteen de oefening uitvoeren: 'We gaan appels plukken'.



Indicaties	Gespannenheid met of zonder pijn met/zonder pijn. Ademhalingsklachten. Slechte controle en concentratie.
Doelen	1 Spanning en/of pijn verminderen. 2 Controle en concentratie vergroten door ademhaling en beweging.
Randvoorwaarden	Geen.
Beschrijving	<i>Stel je voor dat je in een boomgaard staat en daar heerlijke appels ziet hangen. Je mag ze plukken! (Meteen voordoen en iedereen laten meedoen). Sommige vruchten hangen hoger. Om die te plukken moet je op je tenen staan en ver reiken.</i>
Observaties	Alles wat iemand doet is goed, want zelfs met kleine bewegingen heeft het het gewenste effect: beweging en een beetje plezier waardoor klachten vergeten kunnen worden. Verder: Hoe is de lichaamsconditie? Hoe gaat het vooroverbuigen? Hoe stabiel is de cliënt als hij op zijn tenen staat?
Afronding	Geef iedereen die dat wil de kans te vertellen wat hij voelt. Vraag cliënten of ze het verschil voelen in hun lichaam tussen voor en na de oefening (spanning/pijn/adem).
Psycho-educatie	Over de relatie tussen het aanspannen van spieren en ademhaling. Rekken en strekken heeft een gunstig effect op het lichaam. Spieren worden korter door te veel spanning. Door de spieren te bewegen en te rekken, worden ze weer langer en soepeler. Dit ontspant en zorgt voor een makkelijker ademhaling.
Duur en frequentie	Maximaal 5 minuten. Deze korte oefening kan in elke fase van de behandeling gedaan worden.
Opmerkingen	1 De oefening kan anders genoemd worden, bijvoorbeeld 'vruchten plukken', waarbij een link gelegd wordt naar het figuurlijke 'vruchten plukken' (verzamelen van de resultaten van je handelen). 2 De oefening kan uitgebreid worden door onderscheid te maken tussen rijpe en rotte appels. De rotte appels staan voor nare gedachten. Er zijn twee manden, een links en een rechts van de cliënt. Wanneer tijdens het rekken nare gedachten opkomen, wordt de 'rotte appel' in de daarvoor bestemde mand gedaan. Aan het eind van de oefening wordt de mand met rotte appels weggegooid

18 Wortels van de boom

Ind	Groep	A + C + O + +
-----	-------	---------------------

De wortels van een boom dringen diep in de grond. Daardoor is hij haast niet om te duwen. Tijdens een hevige storm kunnen spanning en beweging die door de wind veroorzaakt worden, via de wortels afvloeien, de grond in. Bij deze oefening worden vanuit een zithouding verschillende spieren in het hele lichaam aangespannen en ontspannen.

Indicaties Ademhalingsklachten.
Gespannenheid met pijn in een deel van of in het hele lichaam.

- Doelen**
- 1 De aandacht actief verplaatsen van het pijngebied naar het hele lichaam.
 - 2 Ontspanning in het specifieke gebied met als gevolg vermindering van de pijnklachten.
 - 3 Controle en concentratie vergroten.

Randvoorwaarden Stoelen.
Telefoonboek of kussens om onder de voeten te leggen.

Beschrijving Doe de oefening zonder schoenen, zodat de cliënt contact maakt met de grond. De billen en de rug dienen het zitvlak en de leuning van de stoel te raken.
Met duimgebaren kan de behandelaar duidelijk maken of de cliënt meer of minder zijn best moet doen.





Ga rechtop zitten in de stoel met de voeten precies onder de knieën. Lukt dat niet, leg er dan iets diks onder zoals een telefoonboek, zodat je voetzolen plat op de grond kunnen blijven. Breng je gewicht op beide zitbotjes; je onderrug en schouders raken de stoelzitting. Je schouders laag en breed. Je hoofd rechtop. Je armen rusten op je bovenbenen of op de armleuning. Strek je rechterbeen door; draai cirkels met je voet, trek je tenen naar je toe, houdt de spanning in je voet, kuit, bovenbeen een aantal tellen vast en laat dan los. Beweeg dan meteen je tenen van je af, voel waar je spieren zich aanspannen, houd vast! Laat dan los.

Buig je knie, til je been iets van de stoelzitting en voel de spierspanning in je been- en buikspieren, misschien ook je bilspieren. Ontspan je been, zet je voet weer op de grond.

Let op wat je voelt. Is er verschil met het andere been, voet of lichaams-helft? Voelt het warm of koud, zwaar of licht? Hoe zit het met je bekken en rug?

We doen nu hetzelfde met het linkerbeen.

Ga dan verder met het bekkengebied: span je bilspieren aan; je komt iets omhoog. Let op het doorademen en houd de rest van je lijf ontspannen (je gezicht). Laat de spanning los en ga breeduit op de stoel zitten, wel met een rechte rug!

Span je rechterarm aan, buig je elleboog en maak een vuist. Na een paar seconden laat je los. Schud zachtjes je arm los, alsof je waterdruppels van

je arm schudt. Laat de arm langs de stoel naar beneden hangen. Herhaal dit. Doe hetzelfde met je linkerarm.

Til dan je schouders op in de richting van je oren; voel de spanning, houd de spanning vast en ontspan na een paar tellen. Herhaal dit.

Doe nu je vingers in elkaar en leg ze als een kommetje tegen je nek; leg je hoofd erin. Span zachtjes je nekspieren aan; duw je hoofd tegen je handen in. Houd even vast, ontspan. Herhaal dit.

Leg je rechterhandpalm boven je rechteroor en duw zachtjes tegen je hand in. Voel hoe je aan de andere kant je nekspieren spant. Ontspan en herhaal dit. Wissel en doe hetzelfde links. Ontspan en breng je rechteroor richting je rechterschouder, laat het hoofd ontspannen hangen en rek je nekspieren; wissel naar links, idem. Herhaal dit.

Kijk met je hoofd rechtop, kin iets ingetrokken en je nek lang, alsof je naar de horizon kijkt. Kijk over je schouder naar rechts en dan langzaam via voor naar links. Herhaal dit.

Sluit je ogen of kijk voor je op de grond en voel wat je merkt in je lichaam. Blijf enige tijd zo zitten. Open je ogen.

- | | |
|--------------------|---|
| Observaties | Laat cliënten als ze hun spieren hard aanspannen de tijd nemen om te ontspannen en de spieren los te maken, anders verheft de pijn. |
| Afronding | Navragen hoe het pijnlijke gebied nu anders voelt. Voelt iemand bepaalde gebieden van zijn lichaam nu meer dan voorheen? Waar voelt hij de adem? Hield hij zijn adem in bij het aanspannen? Kon hij zich concentreren? |
| Psycho-educatie | Over de relatie tussen het verplaatsen van aandacht en verminderen van spanning. Door met aandacht de lichaamsdelen aan te spannen en daarna te ontspannen, neemt men die ontspanning duidelijker waar. |
| Duur en frequentie | 15 minuten.
De oefening vaak herhalen, bijvoorbeeld als voorbereiding op een andere oefening. |
| Opmerkingen | <ol style="list-style-type: none"> 1 Moedig tussendoor aan om door te ademen en het aanspannen vol te houden. 2 De oefening is geschikt om als huiswerk mee te geven. De cliënt gaat na hoe zijn houding is of waar hij zijn adem voelt tijdens gewone bezigheden. Bijvoorbeeld als hij op de bus wacht, fietst, aan het koken is of in een situatie waarin hij schrikt, blij is enzovoort. |

19 The wave

Ind	Groep	A - C + + O + + +
-----	-------	-------------------------

Bij een wave tijdens een voetbalwedstrijd staan deelnemers op en gaan weer zitten. Wave betekent golf in het Nederlands, de golfbeweging van de zee bijvoorbeeld. De oefening heeft als doel te ademen vanuit borst en buik, waarbij de adem afwisselend boven in de borstkas en beneden in de buik terechtkomt. De oefening is vooral geschikt voor de beginfase van de behandeling.

Indicaties Ademhalingsklachten.
Gespannenheid met of zonder pijn in het hele lichaam.

Doelen

- 1 Bewust maken van wat adem doet met het lichaam.
- 2 Controle herwinnen door doseren van ademhaling.

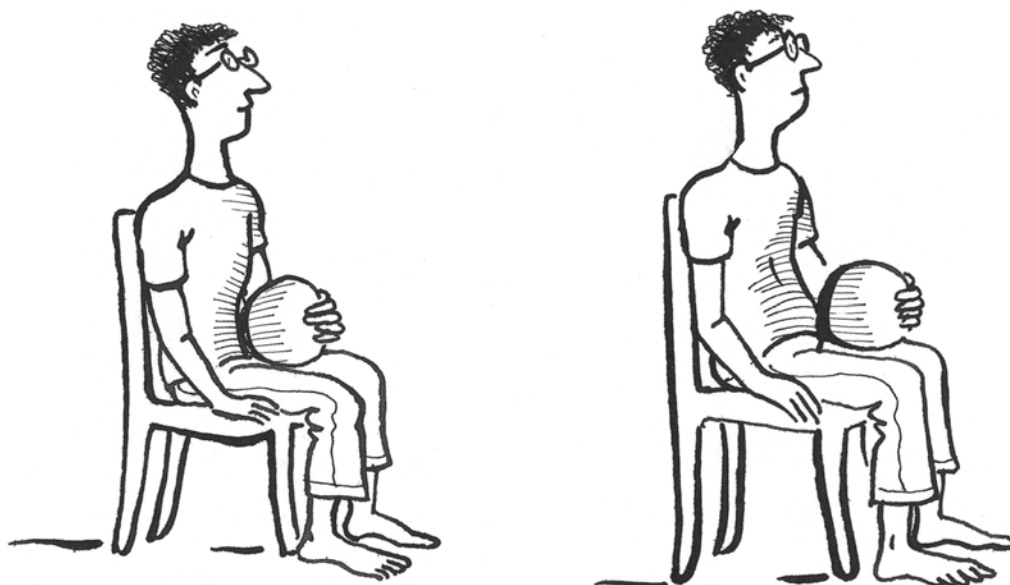
Randvoorwaarden Een niet al te kleine softbal.

Beschrijving Begin in alle rust. De cliënt zit op een stoel, al dan niet met de ogen dicht. De oefening bestaat uit drie series van bewegingen. Ga alleen verder met een volgende beweging als de cliënt aangeeft daartoe bereid te zijn. De controle ligt bij de cliënt.

De eerste serie houdt in dat geprobeerd wordt beurtelings driemaal hoog in en uit te ademen (borstademhaling) en dan driemaal laag (bui-kademhaling). De ene hand op de borst plaatsen en de andere op de buik kan het gevoel versterken. Ook corrigeren gaat in dat geval beter. Bij de buikinademing wordt de buik tezamen met de hand die erop ligt uitgezet en blijft de hand die op de borst ligt op dezelfde plek. Bij de buikuitademing vertrekt de lucht vanuit het diafragma. De buik en hand bewegen naar binnen, terwijl de borst en de hand die daarop rust niet bewegen. Al die tijd rusten de handen op dezelfde plaats op het lichaam. Voor de tweede serie bewegingen wordt een softbal tegen de buik geplaatst. Eerst worden drie buikademhalingen gedaan. Door op de buik te ademen zal de bal van het lichaam af bewegen.

De derde serie bestaat uit twee bewegingen die telkens minimaal drie ademhalingen duren. Bij de eerste beweging mag de bal niet van het lichaam af bewegen en dient de cliënt bij inademing de bal te 'pletten' tussen de uitdijende buik en de handpalm. Bij de daaropvolgende beweging ligt de bal op de buik, maar wordt op de borst geademd. De bal mag in principe niet bewegen.

Sluit af met drie buikademhalingen.



Observaties Het eigen lichaam wordt aangeraakt. Hoe is dat voor de cliënt? Lukt het hem om tegengestelde bewegingen te maken? Hoe wordt er geademd bij gebruik van de softbal? Hoe secuur is de cliënt in de uitvoering?

Afronding Navragen: Ervaren deelnemers het verschil tussen buik- en borst-ademhaling en wat zijn die mogelijke verschillen?

Psycho-educatie Over de relatie tussen spanning, ademen en aandacht voor/bewustworden van je ademhaling.

Duur en frequentie 15 minuten.

Opmerkingen Ademen kan bepaalde ervaringen omhoog doen komen. Ga niet in op wat ervaren wordt voordat de ademhaling tot rust is gekomen. Probeer eerst de cliënt te helpen door simultaan te ademen en het tempo te verlagen.

De cliënt bepaalt wanneer verder gegaan wordt. Een langzame opbouw is te prefereren.

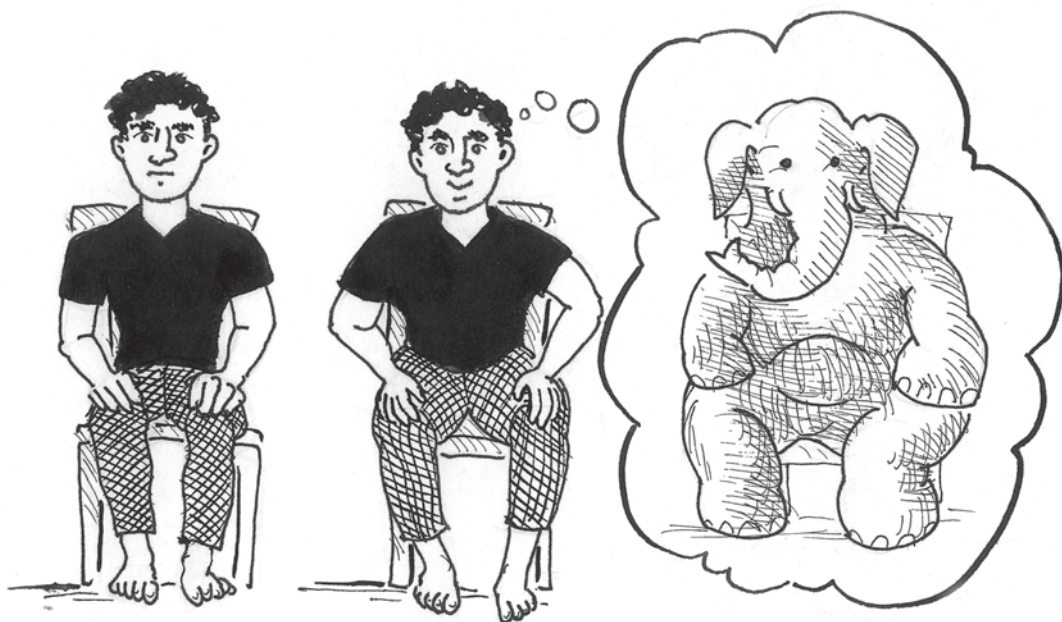
20 Olifant

Ind	Groep	A - C + + O + +
-----	-------	-----------------------

Bij deze oefening gaat het erom zich zo compleet mogelijk te vullen met lucht, zodat het voelt alsof iemand een olifant is. Het is een zitoeffening waarbij de bilspieren aangespannen en ontspannen worden synchroon met de uit- en inademing. Men krijgt hierdoor meer controle over de adembeweging en het helpt contact te houden met het lichaam. Enige vertrouwdheid met elkaar is nodig. De heen- en weerbeweging maakt een grappige indruk; lachen werkt tevens ontspannend.

Indicaties Gespannenheid met of zonder pijnklachten.
Ademhalingsklachten.

- Doelen
- 1 Spanning en/of pijn verminderen.
 - 2 Aandacht voor het bovenste gedeelte van het lichaam actief verplaatsen naar aandacht voor het bekkengebied.
 - 3 Controle en concentratie vergroten.



Randvoorwaarden Alleen een stoel is nodig.

Beschrijving *Ga zitten in de juiste houding (voeten plat op de grond, onderrug en schouders tegen stoel, hoofd rechtop). Span je bilspieren aan; laat ze na een paar tellen los. Als je aanspant, komt je bovenlichaam iets omhoog. Als je de spanning loslaat, zak je terug op de stoelzitting alsof je onderlichaam enorm uitdijt, als een olifant op een stoel. Doe dit een paar keer. Ga hiermee door, maar koppel de beweging nu aan de adem: (blaas uit op een pffff, maak de uitademing hoorbaar; doe dit zelf zo voor) adem langzaam uit en span tegelijkertijd je bilspieren aan. Neem er ruim drie, vier, liefst vijf tellen voor. Tel zachtjes in je gedachten mee. Als je ontspant, voel je de inademing vanzelf komen in ook vier tellen. Voel hoe je benen en billen weer uitdijen op de stoel: olifant. Doe dit vijf keer in je eigen tempo. Neem de tijd voor het aan- en ontspannen, dus span niet abrupt aan en laat los, maar bouw de spanning op en weer af. Blijf even zitten in deze houding en sluit je ogen of kijk voor je naar de grond.*

Observaties Als de cliënt te gespannen blijkt te zijn in het schoudergebied kun je eerst een losmaakoefening doen voor de schouders (draaien naar voren/achteren). De adem kan beter voelbaar zijn, als de handen in de zij worden gezet. Het risico op aanspannen van de schouderpartij is daardoor wel groter; daar dient dus op gelet te worden.

Afronding Vraag de volgende punten na: Wat voelen cliënten nu in het (boven)lichaam? Wat is er gebeurd met de adem? Konden zij zich concentreren op de adem en/of de beweging? Waar ging al die extra lucht voor hun gevoel zitten?

Psycho-educatie Over het verplaatsen van aandacht en verminderen van spanning. De zitbotjes in het bekken vormen een draagvlak voor de romp. Veel spanningen en emoties zetten zich vast in het bekkengebied en kunnen vrijkomen door er zich met aandacht en gecontroleerd op te richten. Over het versterken van het gevoel van controlevergroting door het maken van een plan (ademhalingen tellen, bewust bewegen, onderscheiden).

Duur en frequentie 10 minuten.

21 Vogel in het nest

Ind	Groep	A + + C - O + +
-----	-------	-----------------------

Een jonge vogel in het nest maakt allerlei bewegingen met zijn nog stramme vleugels. Zijn doel is het nest uitvliegen, maar voor het zover is moeten de vleugels losgemaakt worden. Deze oefening is een losmaakoefening; vastzittende spieren en gewrichten worden erdoor aanpak en de ademhaling verbeterd.

Indicaties Gespannenheid met of zonder pijn in schouders, nek en rug. Ademhalingsklachten.

Doelen

- 1 Spanning in nek, schouders en rug verminderen.
- 2 Ademhaling verbeteren in relatie tot bewegen en pijn.

Randvoorwaarden Een stoel die gemakkelijk en goed zit.

Beschrijving *Ga eerst recht zitten met de benen iets uit elkaar. Zorg dat de voeten de grond goed raken. Haal beide schouders zo hoog mogelijk op. Trek ze vervolgens zo ver mogelijk naar beneden. Doe dit twee keer. Draai ze daarna tweemaal naar voren en naar achteren.*

Plaats de handen midden op de schouders. Ga dan met de ellebogen naar buiten en daarna weer naar binnen. Kijk of de ellebogen elkaar voor het lichaam kunnen raken. Draai ze dan weer zo ver mogelijk terug. Doe dit vier keer langzaam en zes keer snel.

Laat de handen op de schouders rusten en ga met de ellebogen naar buiten. Beweeg de ellebogen een paar keer langzaam en dan snel naar boven en beneden alsof je een vliegende vogel bent. Maak dan grote cirkels met de ellebogen; een paar keer rechtsom en daarna linksom.

Probeer beide ellebogen, terwijl je handen nog steeds op de schouders liggen, eerst op het ene been en daarna op het andere been te plaatsen door je rug-gengraat te strekken en te draaien. Probeer zo dicht mogelijk bij de heup te komen en doe dit aan elke kant een aantal keren.

Ga daarop aansluitend rechtop staan, neem voldoende ruimte en maak vliegbewegingen met gestrekte armen. Eventueel kan een rondje gelopen worden met de armen naast zich waarbij vliegbewegingen gemaakt worden.

Observaties Bij pijn in de schouders en de rug zal iemand moeite hebben om de bewegingen te maken. Het is belangrijk om te benadrukken dat hij zijn eigen grenzen moet bewaken en niets moet doen dat pijn veroorzaakt.

Let in het begin ook op de ademhaling van de cliënt. Moedig hem aan om te blijven doorademen, ook bij pijn: 'Probeer naar de pijnplek toe te ademen. Hou dit enkele seconden lang vast.'



Afronding Napraten over hoe cliënten de oefening hebben ervaren. Wat ging goed? Wat niet? Voelen de schouder en de rugstreek anders aan dan voor de oefening? Was het mogelijk om de grenzen te bewaken? Voelen ze verschil tijdens het ademen?

Duur en frequentie 10 minuten.

De oefening kan herhaald worden bij spanningsklachten aan schouder en rug.

Opmerking Het is van belang om te vermelden dat regelmatig oefenen de spieren soepeler maakt. Door te leren omgaan met pijn kan de pijn steeds minder worden.

22 Kat, paard, hond

Ind	Groep	A + C + + O + +
-----	-------	-----------------------

De dierenamen hebben betrekking op de lichaamshoudingen die ingenomen worden. Het is een oefening, waarbij de deelnemer op handen en voeten zit. Daardoor is ze niet geschikt om in een nog niet veilige groep te doen. De oefening vraagt concentratie en actieve inzet van de deelnemers.

Indicaties Gespannenheid met pijn in rug en buik.

- Doelen
- 1 Verschil voelen tussen spanning en ontspanning in de rug en de buik.
 - 2 De rug soepeler maken.
 - 3 Omgaan met rugpijn.

Randvoorwaarden Bij een harde vloer voor iedere cliënt een yogamatje.

Beschrijving *Richt je op de spanning in je lichaam is en wees je vooral bewust van spanning en pijn in je onderlichaam.*

Ga op handen en voeten zitten. Krom je rug en kijk naar je buik. Span de bilspieren alsof je een kat bent die een hoge rug opzet. Blijf zo even zitten en voel de spanning in je onderlijf. Blijf rustig ademen vanuit de buik.

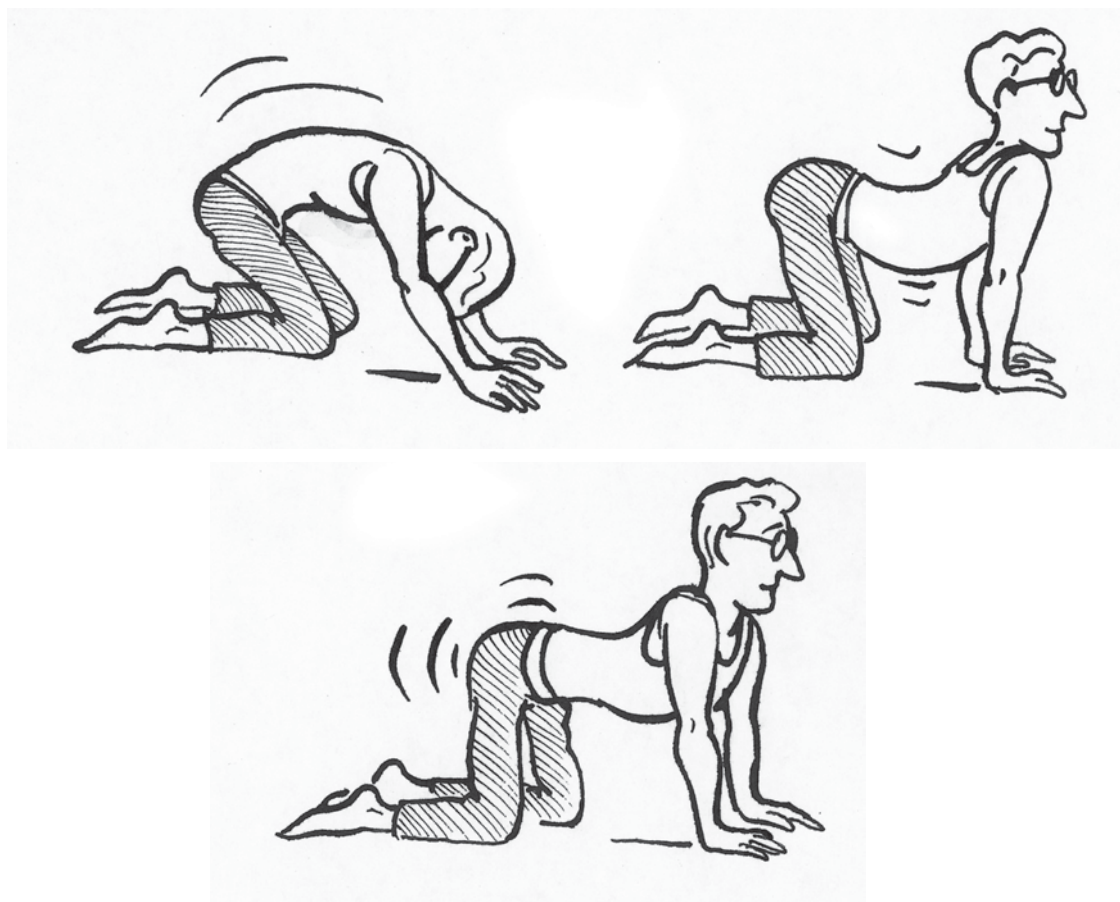
Maak daarna een holle rug en hef je hoofd omhoog. Je bent nu een paard met een zadel. Houd ook deze positie even aan en ga bewust na hoe de spanning in het onderlijf is. Let weer op de ademhaling.

Herhaal de positie van hoge rug en holle rug vijf keer.

Doe de knieën iets uit elkaar en strek de armen. Beweeg dan de onderste rugwervels heen en weer. Net als een hond die kwispelt. Probeer de rest van het lichaam zo min mogelijk te bewegen. Doe de beweging langzaam en een paar keer achter elkaar om de beweging goed te voelen. Ook hier gewoon door blijven ademen vanuit de buik.

Observaties Deze oefening pas doen als er voldoende veiligheid is in de groep. Sommige cliënten zullen moeite hebben met de oefening, zowel vanwege fysieke als vanwege psychische beperkingen. Cliënten geven aan baat te hebben bij de oefening wanneer zij deze vaker doen.

- Afronding** In gesprek gaan over het verschil in spanning en pijn voor en na de oefening. Navragen: Lukt het om de rest van het lichaam stil te houden, terwijl de onderste rugwervels bewegen (laatste oefening). Bespreek verder de moeilijkheidsgraad van elke deeloefening en de mogelijkheid om door te ademen.
- Psycho-educatie** Over het belang van bewegen in relatie tot het doen van oefeningen bij pijn.
- Duur en frequentie** 10 minuten.
Laat iedereen x maal de oefening doen.
- Opmerking** De nabespreking is belangrijk.
Wanneer (een van) de houdingen associaties oproepen met martelingen, wordt aangeraden de oefening te onderbreken of te stoppen.



23 Je nek uitsteken

Ind	Groep	A + C + O + +
-----	-------	---------------------

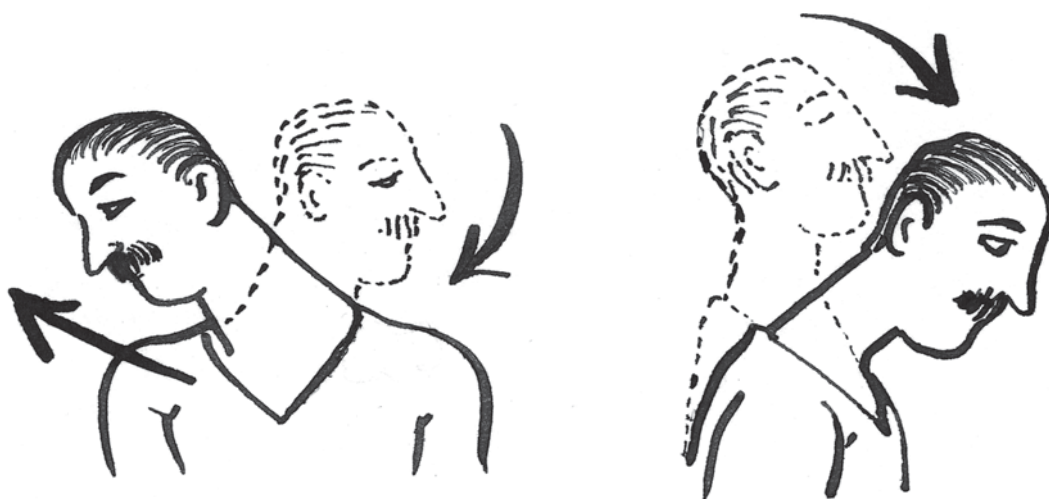
Je nek uitsteken betekent dat je laat zien wie je bent. De nek is erop gebouwd om erg beweeglijk te zijn. In het dagelijkse leven zijn we afhankelijk van de nek om vrij te kunnen bewegen. Spanning in dit gebied kan er toe leiden dat niet alleen de nek, maar ook omringende delen zoals schouders, rug en borst stijf worden. Door deze oefening worden nekspieren soepel en kan spanning afvloeien.

Indicaties Gespannenheid met of zonder pijn in nek, schouders, rug en borst.

Doel De nek- en schouderspieren actief ontspannen.

Randvoorwaarden Geen.

Beschrijving *Ga eerst goed staan. Benen iets uit elkaar, armen langs je lichaam. Recht je schouders en kantel je hoofd langzaam naar de rechterschouder. Je voelt dan dat de andere kant wordt uitgerekt. Herhaal dit met de linkerkant en breng je hoofd weer naar het midden. Laat nu je hoofd langzaam naar voren zakken. Hierdoor worden de nekspieren langer. Breng je hoofd langzaam terug en herhaal dit nog twee keer. Door het gewicht van je hoofd probeer je de spieren steeds wat verder uit te rekken.*



Doe dezelfde beweging met je hoofd, maar kijk niet recht naar voren, maar iets naar links. Als je je hoofd naar voren beweegt, voel je hoe je spieren van je nek en schouders worden uitgerekt.

Draai je hoofd langzaam en kijk naar rechts. Kom terug naar het midden en kijk dan naar links. Herhaal dit een paar keer en probeer steeds iets verder te kijken zonder te forceren.

- Observaties De mate van concentratie en de bereidheid tot oefenen. Verder: Lukt het de cliënt om de oefening vol te houden gedurende een bepaalde periode? Lukt het om 'steeds verder te gaan', worden grenzen gerespecteerd?
- Afronding Vraag na terwijl iedereen nog staat: Wat veranderde in het gevoel van pijn voor, tijdens en na de oefening? Hoe ging de ademhaling tijdens de oefening?
- Psycho-educatie Over de relatie tussen spanning en spierpijn (de nek draagt het hoofd). Over de relatie tussen hoe je je voelt (sensaties) en wat je laat zien aan anderen (uitstraling). Het belang van regelmatig zelf oefenen wordt benadrukt: oefening baart kunst.
- Duur en frequentie 5 minuten.
- Opmerking Dit is een goede huiswerk oefening. Naarmate de cliënten de oefening vaker doen, zullen zij steeds beter worden en de oefening graag doen.

24 Luchtigheid

Ind	Groep	A + C + O + +
-----	-------	---------------------

Het gaat hier om luchtigheid in twee betekenissen: het opblazen van ballonnen en het 'spelen' ermee. Bij de oefening wordt met ballonnen gewerkt. Ze is vooral geschikt voor groepen, maar kan ook in het individuele contact gebruikt worden. De oefening is cohesiebevorderend, kan in de beginfase van een groep worden gedaan en later worden herhaald.

Indicaties Ademhalingsklachten.
Gespannenheid met of zonder pijn.

Doelen

- 1 Adem gebruiken als krachtbron.
- 2 Gespannenheid verminderen.
- 3 Onderling contact bevorderen.

Randvoorwaarden Een ruimte om te kunnen lopen en spelen.
Ballonnen.

Beschrijving Wanneer deze oefening individueel aangeboden wordt, is het beter dat de behandelaar meedoet. De oefening bevordert het onderlinge contact. Iedere cliënt krijgt een ballon die hij zelf mag opblazen. Hierbij wordt uitgelegd dat het van belang is om vanuit de buik te ademen en te blazen. Vertel de cliënt dat er tussen twee blaasstoten even gestopt kan worden. Degene die de ballon zelf niet op kan blazen, wordt hierbij geholpen.

De cliënten lopen vrij in de ruimte met de ballon. De ballonnen worden in de lucht gegooid en door ertegen te tikken wordt geprobeerd om hem in de lucht te houden.

Na een paar minuten worden er tweetallen gevormd. De ballon (een per tweetal) wordt met de vingertoppen naar elkaar overgegooid. Hij mag weer niet op de grond komen. Er kan een wedstrijdelement ingebouwd worden door degenen die de ballon wel op de grond laten komen, aan de kant te zetten. Het tweetal dat de ballon het langst in de lucht kan houden, heeft gewonnen!

Ten slotte worden de armen op de rug gehouden en moet iedereen tegen zijn ballon blazen. Weer wordt geprobeerd om de ballon in de lucht te houden. Ieder doet dit voor zichzelf.



Observaties Is er een cliënt die zegt duizelig te worden van het blazen, of beweert niet de kracht te hebben om de ballon te blazen? Let verder op de mogelijkheid van de cliënt(en) om zich over te geven aan het spel, de manier van ademen van de individuele cliënten en het samenwerken tijdens het spel van tweetallen.

Afronding Ga erover in gesprek hoe het is om de adem als krachtbron te gebruiken en vraag naar de verandering in gespannenheid voor en na de oefening. Ook kan ingegaan worden op het verschil tussen alleen of met z'n tweeën met de ballon spelen.

Psycho-educatie Over de relatie tussen spanning, adem en afleiding.
Over wat het doet met de cliënt(en) dat ballonnen kunnen knallen.
(Zijn er nog meer dingen waar ze gespannen van raken? Wat doen ze dan?)

Duur en frequentie 10 minuten.

25 De cirkel is rond



De naam verwijst naar de ronde bal en naar het feit dat deze oefening individueel begint maar als groepsoefening eindigt. De oefening gaat over ontspanning, pijnreductie en het aangeven van grenzen van dat wat iemand belangrijk vindt. De oefening bevordert de groepscohesie en kan gedaan worden na de beginfase van een groep.

Indicaties Gespannenheid met of zonder pijn.

- Doelen**
- 1 Verschil voelen tussen spanning en ontspanning.
 - 2 Pijnklachten accepteren.
 - 3 Grenzen leren aangeven.
 - 4 Leren om aandacht te geven aan de ander en aandacht te vragen.

Randvoorwaarden Een ruimte waarin een groep achter elkaar kan staan.
Evenveel tennisballen als er deelnemers zijn.

Beschrijving Begin deze oefening met te vertellen dat de oefening ook gaat over het stellen van grenzen en dat het goed is om **stop** te zeggen wanneer het zo voelt.

Alle cliënten gaan zitten of staan en krijgen een tennisbal. De behandelaar vraagt hun zich bewust te zijn waar de pijn zit in het lichaam, waar de spanning. De cliënten masseren armen, nek, buik en benen door de tennisbal rollend over zichzelf te laten bewegen. Na ongeveer drie minuten stoppen. Dan wordt gevraagd om stil te staan bij wat er op dat moment in hun lichaam gebeurt. Waar voelt het ontspannen? Waar juist niet? Waar is er pijn? Enzovoort. Welke lichaamsdelen willen ze nog een keer masseren? Er wordt ruimte gegeven om nog enkele minuten te masseren.

Daarna worden er tweetallen gevormd, die om beurten elkaars rug



met de bal masseren. Bij dit deel van de oefening is het van belang dat cliënten vooraf aangeven welke plekken op de rug ze gemasseerd willen hebben, welke juist niet en wanneer het genoeg is.

Ten slotte gaat de groep in een kring staan, waarbij ieder met de tennisbal de rug masseert van degene die naast hem/haar staat. Ook hierbij is het aangeven van grenzen van groot belang.

Observaties Hoe zit het met de mate van concentratie waarmee de cliënten masseren? Wat valt op aan de lichaamstaal van iedere cliënt tijdens het gemasseerd worden? Wie geeft op welke manier zijn of haar grens aan? Hoe reageert de partner hierop (tweetallen), of de groep als geheel?

Afronding Zet een groepsgesprek op waarin vragen beantwoord worden over het effect van het masseren en het kunnen aangeven van grenzen. Vraag na over het verschil tussen individueel masseren en elkaar masseren.

Psycho-educatie Over (wanneer) afstand nemen en toenadering zoeken.
Over de relatie tussen gespannenheid, pijn en aanraking.

Duur en frequentie 15 minuten.



26 Zonnebloem

Ind	Groep	A - C + O + +
-----	-------	---------------------

Een zonnebloem is een grote, rechtopstaande bloem die gedragen wordt door een breekbare stengel. Deze oefening wordt zittend of staand aangeboden. Bij voorkeur in de fase na de kennismaking, waarin men elkaar wat beter kent en zichzelf durft te laten horen en zien (letterlijk en figuurlijk).

Indicaties Gespannenheid met of zonder pijn in nek en rug. Ademhalingsklachten.

Doelen

- 1 Spanning en pijn in het desbetreffende gebied verminderen.
- 2 Bewustwording van ademhaling.

Randvoorwaarden Stoelen met een stevige zitting en eventueel kussens, zodat iedereen de voeten op de grond kan zetten in een knie-onderbeenhoek van 90 graden.

Beschrijving *Ga om te beginnen in de juiste houding zitten op de stoel: voeten onder knieën plat op de grond in een hoek van 90 graden, achterkant van rug/bekken en schouders tegen stoelzitting, schouders laag, armen rusten op je bovenbenen, je hoofd rechtop alsof je aan je kruin aan het plafond hangt, kin iets naar je borst.*

Breng je armen boven je hoofd omhoog, kijk naar je handen en adem in. Alsof je een zonnebloem bent die geen water krijgt, buig je langzaam uitademend naar de grond. Je rolt daarbij wervel voor wervel af. Doe dit langzaam, net als die zonnebloem (anders knapt de stengel). Breng je bovenlichaam over je benen naar voren en hang met armen en hoofd naar beneden. Adem nu weer in en rol op dezelfde wijze terug omhoog, armen boven je hoofd. En uitademend weer naar beneden. Als het even te zwaar is, blijf dan een in- en uitademing voorovergebogen en ga daarna weer door met de oefening. Doe dit een aantal keren.

Kom weer rechtop zitten en sluit je ogen (of kijk voor je op de grond). Hoe voelt je lichaam nu? Wat is er veranderd? Waar beweegt je adem? Kon je je aandacht erbij houden?

Observaties Tijdens de oefening kan iemand te snel en oppervlakkig gaan ademen. Het verdient daarom de voorkeur om kleine bewegingen te maken en daarbij af te rollen bij uitademing en op te rollen bij inademing.

Afronding Sluit de oefening af met napraten over ieders eigen ervaringen. In hoeverre voelt de ademhaling anders dan voor de oefening? En in hoeverre voelt de rug nu anders? Wat maakt deze oefening gemakkelijker of misschien moeilijker dan andere oefeningen?

Psycho-educatie Over de relatie tussen sensatie (benauwdheid), cognitie (weten waar je adem 'zit') en gedrag (aandachtig ademen). Langzaam en gelijkmatig in- en uitademen maakt dat ook je hoofd rustiger wordt. Van deze manier van ademen kun je energie krijgen: het activeert je bloedsomloop.

Duur en frequentie 10 minuten.

Opmerking Bij veel pijn in rug of schouders kan iemand de armen niet hoog brengen en mogen de handen op de bovenbenen steunen bij het afrollen (aanpassing). Als de cliënt niet in drie, vier tellen kan afrollen en uitademen, kan de beweging langzamer uitgevoerd worden en kan er op elke uitademing afgerold worden.



5

Ontwikkelproces

Het project Lichaamsgericht werken waaruit de behandel oefeningen voortkomen, is opgezet na de conferentie van Pharos en GGZ Nederland op 31 oktober en 1 november 2002, waar deelnemers aangaven behoefte te hebben aan meer informatie en interventies op het terrein van lichaamsgericht werken.

Doelstelling

Het doel van het ontwikkelproces in algemene zin was het vertalen van de behoefte aan een lichaamsgerichte behandel methode naar een concrete behandelaanpak voor ggz-behandelaars die werken met vluchtelingen en asielzoekers. De lichaamsgerichte behandelaanpak diende aanvullend te zijn aan andere behandelonderdelen zoals medicijnen en gesprekken.

De algemene doelstelling viel uiteen in de volgende praktische subdoelen:

- Bestaande lichaamsgerichte behandel mogelijkheden en interventies dienden geïnventariseerd te worden. Ook moest duidelijk zijn wat de precieze behoeften van de doelgroepen waren en waarom, en hoe lichaamsgericht werken zich verhield tot de andere behandelonderdelen.
- De ontwikkeling van de behandel methode diende planmatig en gefaseerd plaats te vinden en zoveel mogelijk in participatie met de doelgroepen. De eerste doelgroep, de gebruikersgroep, zijn de ggz-behandelaars; de andere doelgroep, de einddoelgroep, zijn vluchtelingen en asielzoekers die doorverwezen zijn naar de ggz met zowel psychische als lichamelijke klachten.
- De implementatie van het eindproduct in het concrete werkveld diende van meet af aan een integraal onderdeel uit te maken van het ontwikkelproces. Vertegenwoordigers uit de gebruikersdoelgroep dienden daarom deel te nemen aan de ontwikkeling van het product.

Projectmatige opzet

Bij de vorming van de eerste ideeën in het voorjaar van 2003 is gekozen voor een projectmatige aanpak volgens het opus-model. opus staat voor: Oriëntatiefase, Planfase, Uitvoering en Slot. In dit model wordt voor het zetten van een volgende stap eerst nauwkeurig nagegaan welke variabelen een rol spelen, voor welke strategie gekozen dient te worden, hoe het zit met de capaciteit (bijvoorbeeld menskracht) enzovoort. Een innovatieproject kan alleen succesvol verlopen wanneer regelmatig afwegingen als wenselijkheid (ambitie) en haalbaarheid (capaciteit) tegen elkaar afgezet worden, waarna keuzes gemaakt worden. Kenmerkend voor het opus-model is dan ook de mogelijkheid om bij te sturen. Om de balans tussen ambitie en capaciteit weer in evenwicht te brengen kan het nodig zijn om veranderingen aan te brengen. Meestal blijkt uit een beslisdocument – dat de overgang markeert van de ene naar de volgende fase – of en waarin bijgestuurd moet worden. Zo bleek uit de behoefteanalyse dat het oefenen in en het opdoen van ervaring met lichaamsgericht werken (modelling) op de eigen locatie diende te gebeuren omdat het geleerde anders snel zou wegzakken en waarschijnlijk nooit onderdeel zou gaan uitmaken van een behandelbespreking of -plan. Dit hield in dat iemand met verstand van zaken moest worden aangetrokken voor de begeleiding van de pilots op de locaties zelf en dat er overleg diende plaats te vinden met locatiemanagers om de modelling ter plekke voor elkaar te krijgen.

In de oriëntatiefase bleek dat het onhaalbaar was ook de einddoelgroep bij het ontwikkelproces te betrekken. Oorspronkelijk bestond het idee om een pre-posttest uit te voeren bij de vluchtelingcliënten die aan de pilots zouden meedoen. Hierdoor zouden we een indicatie krijgen over het effect van de lichaamsgerichte behandelaanpak. Om een aantal redenen is hiervan afgezien, onder meer toen bleek dat op locatie gemodelled zou worden – wat logistiek gezien vaak al een tour-de-force was. Verder was het onmogelijk om binnen de tijd die subsidiegevers hadden aangegeven voor de ontwikkeling van de behandelmethode, een betrouwbaar en representatief onderzoek uit te voeren. Daarop is besloten

- de effectmeting in een latere (volgende) fase te doen, nadat de lichaamsgerichte behandelaanpak ontwikkeld, getest en beschreven is;
- in plaats daarvan te proberen in deze fase te weten te komen wat de gebruikersgroep ervan vindt (satisfactieonderzoek).

Concrete stappen

Chronologisch zijn de volgende activiteiten aan deze publicatie voorafgegaan:

- 1 Uit een eerste inventarisatie bleek dat vooral in de ambulante ggz-behandeling weinig psychomotorisch therapeuten (pmt) werkzaam zijn en dat er behoefte is aan uitbreiding van het repertoire bij de hulpverlening aan vluchtelingen en asielzoekers.
- 2 In het kader van haar studie gezondheidswetenschappen (Universiteit Maastricht) voerde Hester van Bommel een behoefteanalyse uit onder ambulante ggz-hulpverleners. Hieruit kwam naar voren dat er drie te onderscheiden groepen zijn in de ambulante ggz-sector: een derde van de behandelaars heeft veel interesse en ervaring in het lichaamsgericht werken; een derde heeft wel interesse, maar weinig ervaring; en een derde heeft wel interesse, maar totaal geen ervaring. Verder bleek dat de behandelaars de oefeningen eerst zelf wilden ervaren voor ze aan de cliënt aan te bieden. Tot slot bleek dat het oefenen (modellen) het best op locatie zou kunnen plaatsvinden.
- 3 Op 6 november 2003 vond een werkbijeenkomst plaats voor een dertigtal spv-en en psychologen uit de ambulante ggz die allen met en voor vluchtelingen en asielzoekers werkten. De deelnemers deden in workshops ervaring op met zes uiteenlopende lichaamsgerichte behandelmethoden. Aan hen werd vooraf gevraagd een vragenlijst in te vullen en na de workshops op een evaluatieformulier met redenen omkleed aan te geven wat ze van de workshops hadden gevonden. Het thema van de dag en de centrale vraagstelling bij de evaluatie was: hoe bruikbaar is deze behandelmethode in jouw specifieke setting? Uit de dag en de evaluatie kon de conclusie getrokken worden dat behandelmethoden die stabilisatie en symptoom reductie teweeg brengen als zinvol bestempeld worden in tegenstelling tot methoden en oefeningen die verwerking beogen en het gevaar van triggering inhouden.
- 4 Nadat duidelijk was wat de ambulante ggz-behandelaars precies wilden, werd een ontwikkelgroep gevormd. Deze bestond onder anderen uit Rianne Coumou (Emergis) en Jacomijn Koldijk (Altrecht), twee spv-en die reeds pionierend bezig waren met lichaamsgerichte werkvormen. Verder zaten ook Marja Zwart (Bavo RNO) als ervaren pmt en Evert Bloemen en Erick Vloeberghs vanuit Pharos in de ontwikkelgroep. Daarnaast werd een begeleidingscommissie samengesteld met vier externe deskundigen: Mariëlle Hordijk-Dekker (bewegingswetenschapper en fysiotherapeut), Roman Kramer (sociaal-geneeskundige, in opleiding voor psychiater), Mia Scheffers (pmt en docent bewegingswetenschappen aan de Vrije Universiteit) en Peter van Overmeir (van oorsprong spv en nu regiocoördinator vluchtelingen en asielzoekers bij Symphora). In de ontwikkelgroep werden aan de hand van de

ingebrachte oefeningen vragen beantwoord als: tot welk domein behoort deze oefening en waarom. Een aantal oefeningen was gezien de invloed op de cliënt exclusief bestemd voor de expert met ervaring in lichaamsgericht werken. Ook kwamen vragen aan de orde als: wat zijn de werkzame bestanddelen bij deze oefening; wat doet ze met stabilisatie, met omgaan met pijn en andere lichamelijke klachten, enzovoort. Gaandeweg ontstonden behalve de oefeningen zelf ook de uitgangspunten en richtlijnen voor het gebruik ervan. De ontwikkelgroep kwam verder op het idee om het Aco-kader te ontwikkelen en de oefeningen daarmee te structureren.

- 5 Aan het eind van de zomer van 2004 waren er 26 lichaamsgerichte behandel oefeningen klaar om getest te worden. Dit is tussen augustus en eind november 2004 gebeurd op vier locaties. Voordat ze aan de cliënt(en) aangeboden werden, werden ze op de eigen werkplek geoefend (modelling). De modelling gebeurde door Kees van den Bos, psycholoog en pmt in voortgezette opleiding aan de Hogeschool Windesheim te Zwolle. De locaties waren Altrecht (locatie Lunetten), De Gelderse Roos (locatie Arnhem); GGNet (locatie Doetinchem) en Emergis (locatie Middelburg) (zie verder hoofdstuk 6). Afsluitend heeft Kees van den Bos ook een satisfactieonderzoek uitgevoerd.
- 6 Naar aanleiding van deze praktijkervaringen zijn enkele behandel oefeningen gewijzigd en zijn sommige uitgangspunten en richtlijnen bijgesteld.

Verantwoording

Het ontwikkelproces heeft geleid tot deze publicatie met 26 lichaamsgerichte behandel oefeningen en een werkmethode. Beide zijn getest op vier ggz-locaties. Het praktische gedeelte (oefeningen, uitgangspunten en richtlijnen, de beschrijving van het werkproces) wordt voorafgegaan door een theoretisch kader.

Zoals we al hebben aangegeven, is niet alles gelukt wat we oorspronkelijk wilden, in het bijzonder niet de participatie van de einddoelgroep bij de ontwikkeling van de oefeningen. Daar was meer tijd voor nodig dan acceptabel was voor de subsidiegever.

In zijn algemeenheid is het ontwikkelproces succesvol, omdat het eindproduct een gezamenlijk product is geworden van werkers uit verschillende disciplines en soorten werk. Daarnaast zijn belangrijke bruggen geslagen waardoor de kwaliteit van zorg aan vluchtelingen en asielzoekers beter tot zijn recht kan komen. Zo kan aan de hand van de oefeningen uit dit boek een vruchtbare samenwerking ontstaan tussen spv-en en psychologen uit de ambulante sector enerzijds en pmt-ers van de gelieerde instelling anderzijds.

Zoals blijkt uit het satisfactieonderzoek dat door Van den Bos is uitgevoerd, kunnen expertises aan de hand van de behandel oefeningen beter uitgewisseld en samengevoegd worden. Tevens komt erin naar voren dat deze synergie leidt tot minder gevoelens van onmacht bij de ggz-behandelaar. Of de lichaamsgerichte behandel oefeningen ook leiden tot meer tevredenheid bij de cliënt en of ze effectief zijn, dient in een vervolgfase van dit project onderzocht te worden.

6

Werkproces

Kees van den Bos

Er is op vier locaties gewerkt met de lichaamsgerichte behandel oefeningen. De ervaring die hiermee is opgedaan, kan vertaald worden in een werkbeschrijving voor het in de praktijk werken met de beschreven behandel oefeningen. De werkbeschrijving laat zich lezen als een cyclisch proces: de ervaring die is opgedaan in een fase, kan worden meegenomen in de volgende stap van de behandeling. De volgende onderwerpen komen aan bod: keuze van de behandel oefening, het aanbieden ervan aan de cliënt, evaluatie en de (eventuele) stap naar de volgende fase.

Keuze van de oefening

Voor het werken met de behandel oefeningen in de ambulante ggz is het uitgangspunt het fasemodel van Herman (1996). Zij beschrijft de taken in de verschillende fasen als volgt: 'De voornaamste taak tijdens de eerste fase is het verschaffen van veiligheid. De voornaamste taak tijdens de tweede fase heeft betrekking op herinnering en rouw. De voornaamste taak tijdens de derde fase is het weer tot stand brengen van een band met het dagelijks leven' (Herman 1996: 201). De behandel oefeningen zijn bedoeld om ingezet te worden in de eerste fase: het verschaffen van veiligheid en stabilisatie. Zoals eerder aangegeven kan het in de stabilisatiefase van belang zijn om de cliënt te activeren, meer controle te verschaffen of de nadruk te leggen op ontspanning. Informatie over de activerende, controlerende of ontspannende werking van een oefening staat kort samengevat in het ACO-venster.

De keuze voor een lichaamsgericht aanbod kan voortkomen uit het gevoel van onmacht van de therapeut. De verbale interventies hebben niet het beoogde doel, de cliënt voelt zich er niet door geholpen en de therapeut kan het gevoel hebben dat hij tekortschiet. Bij de keuze voor lichaamsgerichte behandel oefeningen dient het stabiliseren van de cliënt voorop te staan. De behandelaar dient de lichamelijke problematiek van de cliënt te inventariseren en op te letten hoe deze daarmee

omgaat. Pijnklachten spelen vaak een belangrijke rol bij getraumatiseerde vluchtelingen. Hierdoor kan bewegingsangst ontstaan waardoor de cliënt verder destabiliseert.

De behandelaar kan bij het maken van een keuze het ACO-venster gebruiken. Een activerende oefening kan bijvoorbeeld ingezet worden bij een cliënt die naast pijnklachten ook een zeer neerslachtige indruk maakt, of juist bij een cliënt die zich geen raad weet met zijn opgekropte energie. Een oefening die de controle vergroot, zou bijvoorbeeld gebruikt kunnen worden bij een cliënt die benauwd is en zegt geen greep meer te hebben op zijn angstige gevoelens. En een behandel oefening waarbij de nadruk ligt op ontspanning, kan ingezet worden bij een gespannen cliënt met pijnklachten. Door met behulp van de lichaamsgerichte behandel oefeningen aan de slag te gaan kan het vertrouwen in het lichaam worden herwonnen.

Bij de beschreven oefeningen is er meestal sprake van meer of minder en dit wordt aangegeven door de kruisjes (+) achter ieder aspect van de oefening in het ACO-venster. Bijvoorbeeld bij oefening 7 (Houthakken) ligt de nadruk meer op activeren en minder op controle en ontspanning, terwijl bij oefening 18 (Wortels van de boom) de nadruk meer ligt op ontspanning en minder op activeren.

Hoe meer de gekozen behandel oefening aansluit bij de problematiek van de cliënt, des te groter is de kans dat hij bereid is om te oefenen. Aan de hand van de volgende indicaties kan de behandelaar de keuze voor de behandel oefening verder bepalen:

- Spanning al dan niet gepaard gaand met pijn, toegespitst op de verschillende delen van het lichaam: hoofd, nek, keel, schouders, borst, rug, onderrug en het gehele lichaam.
- Ademhalingsproblemen in het algemeen en toegespitst op benauwdheid en hyperventilatie.
- Vermoeidheidsklachten al dan niet met een slechte conditie.
- Controle- en concentratieproblemen.
- Stemningsproblemen zoals somberheid, passiviteit en angst.
- Problematiek in de omgang met anderen.

Oefeningen hebben vaak een bredere werking dan in de indicaties en de doelen beschreven staat. Een cliënt die zijn nek en schouders ontspant door middel van een daarvoor geschikte oefening, zal wellicht ook beter gaan slapen of beter met zijn boosheid kunnen omgaan. Door ontspanning zal een cliënt minder angstig worden en kan de onrust afnemen.

Er zijn nog enkele andere factoren die meespelen in de keuze van de oefening. Werkt de behandelaar in een groep of individueel, over welke faciliteiten beschikt hij (een grote of een kleine spreekkamer) en met welke mogelijke oefeningen heeft hij affiniteit of al ervaring opgedaan.

Zo zijn er oefeningen die vooral gericht zijn op bewegen (bijvoorbeeld oefening 11 Skiën en langlaufen) en speelt bij andere oefeningen het vermogen om te visualiseren een belangrijke rol (bijvoorbeeld oefening 15 Wiegend bamboe).

Uiteraard is ook de ervaring van de cliënt met lichaamsgerichte interventies van belang. Als hij daar al ervaring mee heeft en er positief tegenover staat, kunnen andere oefeningen worden aangeboden dan wanneer hij nog helemaal geen ervaring heeft. In dat geval is het goed om heel laagdrempelig te beginnen.

Nadat aan de hand van deze aandachtspunten de keuze voor de behandeloefening is gemaakt komt de volgende stap: het daadwerkelijk aanbieden van de behandeloefening aan de cliënt.

Uitvoering van de behandeloefeningen

Bij het werken met de oefeningen is de inbedding in de therapie belangrijk. Onder inbedding wordt verstaan de plaats die de oefeningen hebben in het geheel van de therapie. Dit zorgt voor aansluiting bij de cliënt; hij weet waarom de behandeloefening wordt ingezet. De inbedding vindt plaats door de introductie, evaluatie en psycho-educatie.

In het proces van de uitvoering van de behandeloefening zijn de volgende stappen te onderscheiden: introductie, uitvoering van de oefening, evaluatie, psycho-educatie en afspraken over huiswerk.

Introductie

Bij de introductie is het van belang dat de behandelaar eerst uitlegt aan de cliënt waarom hij kiest voor het inzetten van lichaamsgerichte behandeloefeningen in het algemeen – wat voor nut heeft het – en waarom juist deze oefeningen. Zo'n uitleg zou als volgt kunnen luiden: 'De laatste tijd klaag je over pijn in je nek en schouders. Vaak hangen dergelijke klachten samen met een te grote spanning in je spieren. We kunnen er nu over praten, maar we zouden ook een oefening voor nek en schouders kunnen doen waardoor de spieren daar ontspannen. Na afloop staan we dan uitgebreid stil bij wat je aan de oefening hebt gehad.'

De impliciete boodschap is dat de ervaring van de cliënt belangrijk is, dat de behandelaar gaat luisteren naar hetgeen deze over de beleving van zijn lichaam te vertellen heeft.

Het tweede deel van de introductie omvat een korte inleiding op de oefening. De behandelaar kan gebruik maken van de inleidende tekst die bij iedere behandeloefening staat. Bijvoorbeeld: 'We gaan oefening 23 'Je nek uitsteken' doen. Je nek uitsteken betekent dat je laat zien wie je bent. De nek is erop gebouwd om erg beweeglijk te zijn. In het dage-

lijks leven zijn we afhankelijk van de nek om vrij te kunnen bewegen. Spanning in dit gebied kan ertoe leiden dat niet alleen de nek, maar ook omringende delen, zoals schouders, rug en borst stijf worden. Door deze oefening worden nekspieren soepel en kan spanning afvloeien.’ Met een dergelijke inleiding zorgt hij ervoor dat de cliënt zich gaat richten op bepaalde ervaringen.

Uitvoering van de oefening

Bij het aanbieden van lichaamgerichte behandel oefeningen is structuur heel belangrijk. Structuur zorgt voor veiligheid voor de cliënt. Zo wordt bij een cliënt met agressieregulatie problematiek van te voren afgesproken hoe vaak oefening 7 Houthakken zal worden gedaan.

Tijdens de therapie kan de innerlijke onrust een belangrijke rol spelen in het wel of niet willen doen van de oefeningen. Het maakt dan uit of de behandelaar bij een bepaalde beweging de fysieke kant benoemt, zoals ‘strek je armen zijwaarts’, of de emotionele kant: ‘stel je open door je armen te spreiden’.

Het valt aan te bevelen dat de behandelaar de oefening zelf meedoet. Dat heeft als voordeel dat de cliënt kan zien, hoe de oefening wordt uitgevoerd. De wijze waarop de behandelaar de oefening uitvoert, bepaalt in sterke mate de wijze waarop de cliënt dit gaat doen. Als hij de tijd neemt voor de oefening, zal de cliënt dat ook doen; als hij een grote beweging maakt, zal de cliënt de beweging ook groot uitvoeren. Houdt hij een houding langdurig vast of gaat hij langdurig door met een bepaalde oefening, dan zal de cliënt geneigd zijn dat ook te doen – met het risico dat de eigen grenzen overschreden worden. Om dit te voorkomen is het zinvol de cliënt er bij herhaling aan te herinneren dat hij de oefening uitvoert op een manier die bij hem past.

Daarnaast kan de behandelaar zijn eigen beleving bij de oefening gebruiken om met de cliënt over zijn ervaringen te praten. Door de oefening mee te doen en ervaringen te delen zal het gesprek over de effecten van de oefening waarschijnlijk makkelijker verlopen. De behandelaar kan ervoor kiezen om de oefening helemaal mee te doen dan wel ten dele.

Evaluatie

Is een deel van de oefening gedaan of de hele oefening, dan moet de behandelaar de tijd nemen om de effecten ervan te bespreken. Dit is minstens zo belangrijk als het uitvoeren van de oefening. De taal om lichaamssensaties te beschrijven moet vaak geleerd worden. De eigen ervaring van de behandelaar is een belangrijk hulpmiddel voor de cliënt. Hij moet daarvoor vooral niet schromen om ze in te brengen. Het maakt de ervaring voor de cliënt soms herkenbaar of het helpt hem om te zeggen dat het voor hem in ieder geval anders was. Het verschil in ervaring kan bekrachtigd worden door een opmerking als: ‘We

hebben nu beide dezelfde beweging gemaakt en de uitwerking is voor ons allebei verschillend en dat kan. Het is uiteindelijk heel persoonlijk wat je voelt.'

Behalve aan de directe lichaamssensaties kan de behandelaar aandacht besteden aan de activerende, controlerende of juist ontspannende aspecten van de uitgevoerde beweging. Hij kan bijvoorbeeld vragen naar de manier waarop de cliënt met zijn aandacht is omgegaan, wat de invloed daarvan geweest is op de cognitieve processen. In de beschrijving van de oefeningen staan aandachtspunten daarvoor vermeld.

Cliënten reageren heel verschillend op lichaamsgerichte interventies. Ze kunnen ontspanning ervaren en het een welkome aanvulling vinden op de andere therapieën. Ook aversieve lichamelijke reacties kunnen optreden zoals het toenemen van de pijnklachten of duizeligheid bij een adem oefening. Soms borrelt een nieuwe sensatie naar boven. In alle gevallen is het belangrijk om hierover in gesprek te blijven. De behandelaar kan indien mogelijk een voor de hand liggende verklaring geven voor het optreden van deze verschijnselen. Bijvoorbeeld: 'Als je gaat ontspannen kan het voorkomen dat je dan pas werkelijk ervaart hoeveel pijn je hebt'. Vervolgens kan hij de cliënt uitnodigen om de aandacht naar andere delen van lichaam te brengen en te vragen of daar ook veranderingen voelbaar zijn: 'We hebben nu oefening 23 Je nek uitsteken gedaan, hoe voelen je handen nu? Is er iets veranderd in de manier waarop je nu zit/staat?' Als mensen weinig intensief bewegen, kunnen ze gaan voelen hoe 'vastgeroest' ze zijn. Verder kan een kleine verandering in de manier waarop ze ademen tot gevolg hebben dat de verhouding zuurstof/koolzuur in het bloed verandert waardoor duizeligheid kan ontstaan. Het zijn over het algemeen kleine aanloopmoeilijkheden die optreden bij de introductie van een nieuw soort interventie.

Psycho-educatie

Na het uitvoeren van de behandel oefening volgt psycho-educatie. In het hierboven aangegeven voorbeeld wordt dan stilgestaan bij het optreden van nek- en schouderpijn in het dagelijks leven als uitdrukking van spanning. Hoe gaat de cliënt normaal gesproken met dergelijke sensaties om? Wanneer treden klachten op? Wat heeft de cliënt nu ervaren en hoe kan hij die ervaring meenemen naar zijn dagelijkse leven? Dergelijke vragen hebben alleen zin, nadat de cliënt ervaring heeft opgedaan. Aanwijzingen voor psycho-educatie zijn onder meer te vinden bij de behandel oefeningen zelf.

Huiswerk

De meningen over het geven van huiswerk lopen uiteen. Aan de ene kant geldt zoals voor meer dingen: oefening baart kunst. Aan de ande-

re kant is de kans groot dat de cliënt niet in staat is zich aan de gemaakte afspraken over huiswerk te houden. De therapiesituatie en de thuissituatie verschillen over het algemeen sterk van elkaar. Vaak is er onvoldoende ruimte of rust in de omgeving. Ook de innerlijke onrust, kenmerkend voor getraumatiseerde mensen maakt het lastig om thuis te oefenen. Voor lichamelijk getraumatiseerde mensen kan het opnieuw contact maken met het lichaam een bedreigende ervaring zijn, die alleen kan worden toegelaten in de veiligheid van de therapiesituatie. Het vraagt dus tact en inlevingsvermogen van de therapeut om tot huiswerkafspraken te komen die voor de cliënt haalbaar zijn.

De eerste handeling kan zijn dat de behandelaar de cliënt de vraag voorlegt of hij behoefte heeft om er thuis wat mee te doen. Met deze vraag geef hij de controle over het al dan niet doen van huiswerk aan de cliënt. Vervolgens kan hij samen met de cliënt kijken hoe dat praktisch realiseerbaar is en zoeken naar concrete situaties waarin deze kan oefenen. Bijvoorbeeld: als je ergens staat te wachten (bus, postkantoor, supermarkt) verschuif dan je gewicht een paar keer van je linker naar je rechtervoet en terug en voel hoe je contact met de grond maakt. Dit sluit aan bij oefening 2 Vierkantje stampen. Of: als je op de bank zit, maak dan een vuist met je rechterhand en daarna met je linkerhand en ontspan dan beide handen. Dit sluit aan op oefening 18 Wortels in de grond.

Na een gesprek over thuis oefenen kan de behandelaar (zeker in het begin) beter open laten of en hoe vaak geoefend wordt en eindigen met een opmerking als: 'Ik ben benieuwd of je er thuis mee aan de slag gaat'.

Evaluatie en volgende stap

Vaak verandert het uitvoeren van lichaamsgerichte behandel oefeningen de situatie ten opzichte van het begin. De oefeningen en de reacties erop van de cliënt leveren informatie op aan de hand waarvan de behandelaar het gehele proces opnieuw kan doorlopen. Bijvoorbeeld: na oefening 23 Je nek uit steken vertelt de cliënt aan de behandelaar dat hij vooral pijn in zijn nek en schouders krijgt, als hij berichten op tv ziet over zijn land van herkomst. Hij kan zich nog steeds ongelooflijk kwaad maken over de situatie daar en het onrecht dat hem is aangedaan. Omdat hij met die kwaadheid geen kant uit kan, wordt hij overvallen door gevoelens van machteloosheid en tenslotte voelt hij de pijn in zijn nek en schouders opkomen. Hij is bang dat hij zijn kwaadheid niet meer in bedwang kan houden en dat hij de mensen om hem heen iets aandoet.

De ervaring met de activerende oefeningen leert dat het in het kader van stabilisatie soms belangrijk is om lucht en ruimte te geven aan de opgekropte energie. Door dit als energie te benoemen wordt de negatieve lading eraf gehaald die vaak kleeft aan agressie.

Na een paar lichaamsgerichte oefeningen is het zinvol om opnieuw te kijken naar de copingstrategie van de cliënt. Hoe gaat hij met deze klacht om en wat levert hem dat op. Is het belangrijk om van strategie te veranderen of het accent te verleggen? De ontspannende oefeningen kunnen tot gevolg hebben dat de cliënt zich meer bewust wordt van zichzelf en zijn pijnlijke lichaam. De activerende oefeningen daarentegen hebben vaak tot gevolg dat de cliënt zijn aandacht weer minder op zichzelf en zijn lichaamssignalen richt. Heeft de behandelaar in eerste instantie de keuze gemaakt om bij pijnklachten een op ontspanning gerichte oefening aan te bieden, dan kan hij in tweede instantie een oefening aanbieden die de aandacht verlegt. De insteek verandert: leren omgaan met pijn vindt niet meer plaats door middel van ontspanning, maar door het verleggen van de aandacht. Dat kan door een andere oefening aan te bieden, bijvoorbeeld oefening 17 Appels plukken.

De behandelaar dient kortom bij de introductie van de volgende oefening een nieuw kader te creëren. Het kader beïnvloedt de manier waarop de cliënt met de oefening zal omgaan. Het maakt hem gevoelig voor bepaalde aspecten zoals de inhoud van de activiteit en tegelijkertijd draagt het eraan bij dat hij andere zaken – waaronder de pijn – even uit het oog verliest. Na de oefening en tijdens psycho-educatie kan over de invloed van aandacht en afleiding op het ervaren van pijnklachten gesproken worden.

Op deze manier ontstaat een cyclisch proces waarbij de behandelaar de opgedane ervaringen in de ene fase meeneemt in de volgende fase.

Stoppen met lichaamsgerichte interventies

Er kunnen overwegingen zijn om te stoppen met lichaamsgerichte interventies. Het kan zijn dat door met het lichaam te werken de cliënt op een voor hem onverwacht moment weer in contact komt met het trauma. Vooral wanneer de mogelijkheid tot controle en ontspanning nog onvoldoende ontwikkeld is, kan dit een overweging zijn om het aanbieden van lichaamsgerichte behandel oefeningen tijdelijk stop te zetten of om het uit te besteden aan een psychomotorisch therapeut.

Een andere overweging kan zijn dat de cliënt aan een volgende fase van behandeling toe is. Ook wanneer herinnering en rouw aan de orde zijn, kunnen lichaamsgerichte behandel oefeningen een belangrijk

aandeel vormen in de behandeling. Dit vraagt alleen meer specifieke kennis en ervaring dan in deze behandel oefeningen is beschreven.

Weerstand van de cliënt kan een reden zijn om te stoppen. De behandelaar dient zich wel eerst af te vragen wat de aard van de weerstand is. Deze kan ook gezien worden als een uitnodiging van de cliënt aan de therapeut om opnieuw zorg te dragen voor de juiste inbedding van de behandel oefeningen in de therapie. Het kan dan bijvoorbeeld gaan om de vraag hoe er voldoende controle en veiligheid wordt ingebouwd voor de cliënt zodat toch verder geëxperimenteerd kan worden met de behandel oefeningen. Tenslotte kan er een heel praktische reden zijn om te stoppen: de cliënt is uitbehandeld.

Tot slot

Ondanks alle aanwijzingen is werken met lichaamsgerichte behandel oefeningen een proces van vallen en opstaan. De behandelaar moet er daarom voor zorgen dat er een goed vangnet is en intervisiemomenten organiseren waarin hij zijn ervaringen kan bespreken.

Literatuur

- Asmundson, G., Coons, M., Taylor, S. & Katz, J. (2002). PTSD and the Experience of Pain: Research and Clinical Implications of Shared Vulnerability and Mutual Maintenance Models. *Canadian Journal Psychiatry* Vol. 47 (10).
- Attekum, M. van. (1997). *Aan den lijve. Lichaamsgerichte psychotherapie volgens Pesso*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Bieleveldt, S. (2003). *Kwetsbare kracht. Module ter vergroting van de draagkracht van vrouwelijke asielzoekers met traumagerelateerde klachten*. Scriptie Voortgezette Opleiding PMT - Windesheim Zwolle.
- Boersma, R. (2003). Lichaamsgeoriënteerde behandeling van overlevenden van seksueel traumatische ervaringen. *Tijdschrift voor psychosomatische fysiotherapie* (8) nr. 3 (themanummer).
- Bommel, H. van. (2003). *Leren voelen hoe voelen voelt. Behoeftanalyse Lichaamsgericht werken onder ambulante curatiemedewerkers die werkzaam zijn met volwassen vluchtelingen en asielzoekers*. Utrecht: Pharos.
- Bos, K. van den & Visser, A. (2004). Onverklaarbare chronische klachten. Verslag van een expertmeeting. *TSG* (82) nr. 6, p. 343-349.
- Bosscher, R. (1996). Over de effectiviteit van runningtherapie bij depressie. *Bewegen & Hulpverlening* (13), p. 246-258.
- Bourdieu, P. (1977). *Outline of a theory of practice*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bremner, J., Krystal, J., Southwick, S. & Charney, D. (1995). Functional Neuroanatomical Correlates of Effects of Stress on Memory. *Journal of Traumatic Stress* (8) nr. 4, p. 527-553.
- Burbach, F. (1997). The efficacy of physical activity interventions within mental health services: anxiety and depressive disorders. *Journal of Mental Health* (6) nr. 6, p. 543-566.
- Coker, E. (2004). Travelling Pains: embodied metaphors of suffering among Southern Sudanese refugees. *Culture, Medicine & Psychiatry* (28) nr. 1, p. 15-39.
- Csordas, T. (1990). Embodiment as a paradigm for anthropology. *Ethos* (18) nr.1, p. 5-47.

- Delfos, M. (2004). *De schoonheid van het verschil*. Lisse: Harcourt Book Publishers.
- Dijk, P. van. (2003). *Geneeswijzen in Nederland. Compendium van alternatieve geneeswijzen* (9de druk). Deventer: Ankh-Hermes.
- Dijk, R. van. (2004). Cultuur: een Fremdkörper in de gezondheidszorg? Het hanteren van een dynamisch cultuurbegrip kan bijdragen aan de humanisering van de gezondheidszorg. *CMG* (1) nr. 1, p. 2-15.
- Dijkhuis, E. & Jol, D. (2002). De seksspecifieke bril. Seksspecifieke aspecten van psychomotorische therapie aan mannen en vrouwen. In L. Konsten & M. Peters (red.), *Terug naar de toekomst. Bijdragen aan het tweedaags symposium*. Z.P.: Nederlandse Vereniging voor psychomotorische therapeuten (NVPMT).
- Dixhoorn, J. van. (1994). Principes van ontspannen ademen. *Bewegen & Hulpverlening* nr. 11, p. 74-97.
- Drozdek, B., Dijk, M. van & Winter, B. de. (2002). Omdat ik niet meer weet wie ik ben... In E. van Meekeren, A. Limburg-Okken & R. May (red.), *Culturen binnen psychiatriemuren. Geestelijke gezondheidszorg in een multiculturele samenleving*. Amsterdam: Boom, p. 179-188.
- Evenblij, M. (2003a). Migrantenzorg. Specifieke wensen van allochtonen in kaart gebracht. *Medisch Contact* (58) nr. 52.
- Evenblij, M. (2003b). Aanraken doet meer dan duizend woorden. *De Volkskrant*, zaterdag 11 oktober (Katern Gezond).
- Feltz, C. van der & Horst, H. van der. (2003). *Handboek Somatisatie. Lichamelijk onverklaarbare klachten in de eerste en tweede lijn*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Gordon, J., Staples, J., Blyta, A. & Bytyqi. (2004). Treatment of Post-traumatic Stress Disorder in Postwar Kosovo High School Students Using Mind-Body Skills Groups: A Pilot Study. *Journal of Traumatic Stress* (17) nr. 2, p. 143-147.
- Good, B. (1977). The Heart of What's the Matter: The Semantics of Illness in Iran. *Culture, Medicine and Psychiatry* nr.1, p. 25-28.
- Groot, F. de. (2001). Pleidooi voor meer placebo. Mogelijkheden van niet-specifieke factoren voor opleiding, werkorganisatie en praktijk van psychosociale zorg. *DTh* (21) nr. 4, p. 384-397.
- Hattum, M. van & Hutschemaekers, G. (2000). *In beweging. De ontwikkeling van producten voor psychomotorische therapie*. Utrecht: Trimbos.
- Herman, J. (1993; 1996). *Trauma en Herstel. De gevolgen van geweld - van mishandeling thuis tot politiek geweld*. Amsterdam: Wereldbibliotheek.
- Hondius, A. & Willigen, L. van. (1992). *Vluchtelingen en Gezondheid. Deel II. Empirisch onderzoek naar de medische klachten van vluchtelingen* (proefschrift). Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Hooijer, H. (1999) Schokkende gebeurtenissen. Confrontatie met

- opvang en verwerking van schokkende gebeurtenissen. *Sociale Psychiatrie* (SP) jrg. 18 nr. 53. (Themanummer traumabehandeling in de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige beroepsuitoefening) <http://www.nvsv.nl/kennis/vakblad/indexsp/53.html>.
- Hordijk-Dekker, M. (2003) Langdurige pijnklachten bij vluchtelingen. *Handboek Interculturele Zorg* 11 3.3.1. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.
- Hubble, M., Duncan, B. & Miller, S. (1999). *The heart & soul of change: what works in therapy*. Washington: American Psychological Association.
- Janet, P. (1889). *L'automatisme psychologique: essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine*. Parijs: Felix Alcan.
- Jol, D. (1997). Psychomotore therapie bij posttraumatische stressstoornis. *Bewegen en Hulpverlening* (4), p. 231-249.
- Kaplan & Sadock's (2003). *Synopsis of Psychiatry. Behavioral sciences/Clinical Psychiatry* (9th edition). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Klaver, M. & Baart, J. (2003). Het limbische systeem, een mogelijke verklaring voor onbegrepen lichamelijke klachten. *Huisarts en Wetenschap* (46) nr. 11.
- Kleinsman, A. & Bosscher, R. (1995) Hardlopen als behandeling: ervaringen in een RIAGG. *Directieve Therapie* (15), p. 77-84.
- Kolk, B. van der, Mc Farlane, A. & Weisaeth, L. (1996). *Traumatic Stress. The effects of Overwhelming Experience on Mind, Body and Society*. New York: The Guilford Press.
- Kooyman, M. (1997). Een nieuwe start, Psychiatrische diagnostiek en behandeling in Phoenix. In Hovens & Kooymans (red.), *Vluchteling en psychotrauma*. Assen: Van Gorcum.
- Lakoff, G. & Johnson, M. (1980). *Metaphors we live by*. Chicago: University of Chicago Press.
- Lee, M. van der. (1985). *Fysiotherapie bij slachtoffers van martelingen*. Scriptie, Academie voor fysiotherapie Leiden.
- Lely, J. & Heuvel, D. van den. (2002). *Psychosociale zorg voor vluchtelingen en asielzoekers. Een handleiding*. Assen: van Gorcum.
- Levine, P. & Frederick, A. (1997). *Waking the Tiger. Healing trauma. The Innate Capacity to Transform Overwhelming Experiences*. Berkeley, California: North Atlantic Books.
- Loos, W. de. (1989). Somatische gevolgen van oorlogsgeweld. *Blijven* (5), nr. 2-3.
- Löwen, A. & Löwen, L. (1977). *The way to vibrant health: A manual of exercises*. New York: Harper & Row. Excerpt: www.bioenergetics-society.com/whatisbio.shtml.
- Lyon, M. (1999). Emotion and embodiment: the respiratory mediation of somatic and social processes. In Hinton, A. (Ed.), *Biocultural appo-*

- aches to the Emotions*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Maassen, H. (2004). Angst en walging in het brein. Neurobiologie en emoties. *Medisch Contact* (59) nr. 30/31, p. 1194-1197.
- Meijer, K. (1992). *Handboek Psychosomatiek*. Baarn: HB Uitgevers.
- Nijenhuis, E. & Hart, O. van der. (1999). Forgetting and Reexperiencing Trauma. From anesthesia to pain. In J. Goodwin & R. Attras (eds.), *Splintered reflections. Images of the body in Trauma*. New York: Basic Books.
- Nijenhuis, E., Hart, O. van der & Steele, K. (2004). *Trauma-related Structural Dissociation of the Personality*.
URL: <http://www.trauma-pages.com/nijenhuis-2004.htm>.
- Overtoom, D. (1997). *Fysiotherapie bij vluchtelingen*. Scriptie, Hogeschool van Amsterdam, afdeling fysiotherapie Alkmaar.
- Petzold, H. & Orth, I. (1997). *Integrative body and movement therapie: a multimodal approach to the body subject*. Amsterdam: vu University Press.
- Psy (2004). Vrouwen bellen, mannen vluchten of vechten. *Psy* (7), p. 12.
- Rademaker, B. (1999). Post traumatische Stress Stoornis. Herkennen van de gevolgen in de crisisdienst. *Sociale Psychiatrie* (SP) jrg. 18 nr. 53. (Themanummer traumabehandeling in de sociaal-psychiatisch verpleegkundige beroepsuitoefening).
<http://www.nvspv.nl/kennis/vakblad/indexsp/53.html>.
- Rauch, S., Kolk, R. van der, Fisler, N. e.a. (1996). A symptom provocation study of posttraumatic stress disorder using positron emission tomography and script-driven imagery. *Archives of General Psychiatry* (53) nr 5, p. 380-387.
- Reenen, van, Vandermeersch & Hutschemaekers (1997). Alternatieve GGZ en New-Age. Verslag van een enquête onder alternatieve hulpverleners. *MGV*, 12, p.1207-1218.
- Ridder, K. de. (2003). Lichaamsgerichte therapie na seksueel misbruik. In N. Nicolai (red.) *Handboek psychotherapie na seksueel misbruik*. Enschede: De Tijdstroom.
- Rijnders, R. (2002). De rol van de therapeut in de behandeling van getraumatiseerde asielzoekers en vluchtelingen. In E. van Meekeeren, A. Limburg-Okken & R. May (red.), *Culturen binnen psychiatriemuren*. Amsterdam: Boom.
- Rothschild, B. (2000). *The Body Remembers. The Psychophysiology of Trauma and Trauma Treatment*. New York: W.W.Norton & Company.
- Santini, I. & Marsal Roig, C. (1999). *De deur van de hoop. Integrale multidimensionele groepstherapie voor vluchtelingen*. Utrecht: Pharos.
- Samwel, H., Meer, T. van & Crul, B. (2002). *De psycholoog als pijnbehandelaar*. Bussum: Coutinho.
- Scheffers, M. & Knegtering, H. (2002). *Integratieve Bewegingstherapie*. Seminar voortgezette opleiding Psychomotorische Therapie.

- Cursus 2001/2003.
- Scheffers, W. & Schreuder, B. (2000). Seksuele traumata bij mannelijke oorlogsgetroffenen. Een lichaamsgerichte en seksspecifieke benadering. *Icodo Info* 2000-3, p. 45-59.
- Schreuder, B. (2003). *Psychotrauma. De psychologie van schokkende ervaringen*. Assen: Van Gorcum.
- Sharp, T. & Harvey, A. (2001). Chronic pain and posttraumatic stress disorder: mutual maintenance. *Clinical Psychology Review* (21) nr. 6, p. 857-877.
- Skyly, G., Bloch, I. & Hoehne (1990). Muscle tension and articular dysfunction in torture victims. *Journal of Manual Medicine* (5), p. 158-161.
- Snijders, H. (2004). Groepscohesie: een empirisch ondersteunde therapeutische factor? Een overzichtartikel. *Tijdschrift voor psychotherapie* (30) nr. 4, p. 245-266.
- Spiering, H. (2004). Het lichaam in je hoofd. Antonio Damasio over gevoel, brein en Spinoza. *NRC Handelsblad*, zaterdag 17 januari (Katern Wetenschap & Onderwijs).
- Staudenmayr, G. (2002). De kracht van woede. In L. Konsten & M. Peters (red.): *Terug naar de toekomst. Bijdragen aan het tweedaags symposium*. Z.P.: Nederlandse Vereniging voor psychomotorische therapeuten (NVPMT).
- Turk, D. (1996). Biopsychosocial perspective on chronic pain. In Gatchel & Turk (Eds.), *Psychological approaches to pain management: a practitioner's handbook*. London: Gilgord Press. Vertaling: <http://www.kngf-nfp.nl/tijdschr/turk96.htm>.
- Turner, S. & Gorst-Unsworth, C. (1990). Psychological sequelae of torture: a descriptive model. *BJP* (157), p. 475-480.
- Varela, F.J., Thompson, E. & Rosch, E. (1993). *The Embodied Mind. Cognitive Science and Human Experience*. Cambridge (Mass.): MIT Press.
- Veer, G. van der. (2004). Praktische uitgangspunten van psychotherapie met vluchtelingen. *Tijdschrift voor psychotherapie* (30) nr. 5, p. 320-330.
- Vos, H. (2004). De relatie tussen trauma en verslaving. In W. Visser (red.), *Oorlogstrauma en verslaving*. Utrecht: Icodo.
- Waal, M. de, Arnold, I. & Eekhof, J. (2004) Somatoform disorders in general practice. Prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders. *BJP* (184), p. 470-476.
- Wessler, R. & Wessler, R. (1980). *The principles and practices of Rational-Emotive Therapy*. London: Jossey-Bass Publ.
- Winter, B. de. (2002). Psychomotorische therapie bij folterslachtoffers. In L. Konsten & M. Peters (red.), *Terug naar de toekomst. Bijdragen aan het tweedaags symposium*. Z.P.: Nederlandse Vereniging voor psychomotorische therapeuten (NVPMT).

- Winter, F. (1988). *De Pijn de Baas. Het zelf behandelen van chronische pijn*. Enschede: Intermap.
- Zundel, E. & Zundel, R. (1988). *Sleutelfiguren in de psychotherapie*. Rotterdam: Lemniscaat.
- Zwart, M. (2001). Het lichaam als sleutel tot gedragsverandering. Psychomotorische behandeling. *Phaxx* nr. 2, p. 13-15.
- Zwart, M. (2001). Impulscontrole in psychomotorische therapie met getraumatiseerde vluchtelingen. *MGV* (3), p. 218-230 (themanummer Aan den lijve).

Aanbevolen Literatuur

Herman, J. (1993; 1996). Trauma en Herstel. De gevolgen van geweld – van mishandeling thuis tot politiek geweld. Amsterdam: Wereldbibliotheek. Een must voor behandelaars van cliënten met traumatische ervaringen; het standaardboek.

Hordijk-Dekker, M. (2003). Langdurige pijnklachten bij vluchtelingen. Handboek Interculturele Zorg 11 3,3.1. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom. Heel overzichtelijk en helder geschreven artikel waarin bovendien veel aandacht besteed wordt aan de verbale component bij lichaamsgericht werken bij langdurige pijnklachten.

Levine, P. & Frederick, A. (1997). Waking the Tiger. Healing trauma. The Innate Capacity to Transform Overwhelming Experiences. Berkeley, California: North Atlantic Books. Een vlot geschreven en betrokken betoog boordevol verhalen en casussen waarin veel aandacht voor de instinctieve reactiepatronen op stress en gevaar, met name *de freeze*; daarnaast ook hoe de cliënt te begeleiden in de transformatie naar *survivor*.

MGV (2001). Themanummer Aan den Lijve (56) 3. Met onder meer bijdragen over de ethische kant van de zaak (M. Leijssen), impulscontrole (M. Zwart), afstand en nabijheid (J. Delhaas), het verslag over een verkennend onderzoek naar acupunctuurbehandeling (Boksem e.a.) en een boekbespreking van *Somatoform Dissociation*, het proefschrift van E. Nijenhuis.

Rijnders, R. (2002). De rol van de therapeut in de behandeling van getraumatiseerde asielzoekers en vluchtelingen (in E. van Meeke- ren, A. Limburg-Okken & R. May (red.), Culturen binnen psychiatriemuren. Amsterdam: Boom). Een leesbaar artikel waar in kort bestek een heel scala aan facetten aan bod komt waar behandelaars mee te maken krijgen tijdens de behandeling van getraumatiseerde asielzoekers en vluchtelingen. Een artikel uit de dagelijk-

se praktijk van psychotraumacentrum De Vonk in Noordwijkerhout.

Rothschild, B. (2000). *The Body Remembers. The Psychophysiology of Trauma and Trauma Treatment*. New York: W.W.Norton & Company. Zoals de titel aangeeft gaat het in dit boek om neurofysiologische processen naar aanleiding van traumatisering en hun intrinsieke relatie met psychologische fenomenen. De nadruk in de behandeling van Rothschild ligt op het gebruik van somatische technieken, op het lichamelijke als krachtbron.

Winter, F. (1988). *De Pijn de Baas. Het zelf behandelen van chronische pijn*. Enschede: Intermap. Ooit begonnen als cursusmateriaal voor een Teleac-cursus. Helder en eenvoudig geschreven boekje waarin duidelijk gemaakt wordt hoe de relatie tussen pijn en cognitie in elkaar zit. Tevens een draaiboek met een gefaseerde aanpak van chronische pijn, waaronder schrijfoopdrachten.

Zwart, M. (2001). Impulscontrole in psychomotorische therapie met getraumatiseerde vluchtelingen. *MGV* (3), p. 218-230 (themanummer Aan den lijve). In dit artikel schetst Marja Zwart mede aan de hand van een casus, wat zij als pmt in een klinische setting zoal doet met vluchtelingen en asielzoekers die opgenomen zijn in De Vonk. Het artikel geeft een duidelijk beeld van het belang van lichaamsgericht werken en de pmt in het bijzonder bij de behandeling van (chronische) traumatisering.

Eerder verschenen boeken

Voor een volledig overzicht en meer informatie zie www.pharos.nl.

- Evelien van Asperen, *Intercultural Communication & Ideology*. Utrecht: Pharos, 2005. Engelse editie. Bestelnr. 9P2005.07.
- Dubravka Zarkov, *Working through the War. Trajectories of Non-Governmental and Governmental Organizations Engaged in Psycho-social Assistance to Victims of War and Family Violence in the ex-Yugoslav States*. Utrecht: Pharos, 2005. Bestelnr. 9P2005.03.
- Admira, *Speaking of War. War Rape and Domestic Violence in the Former Yugoslavia. Trainers about their Work for Care*. Utrecht: Pharos, 2005. Bestelnr. 9P2005.02.
- Breg van Baars, *Vrije Vogel. De voor- en doormethode toegepast in een preventieproject voor asielzoekers*. Utrecht: Pharos, 2005. Bestelnr. 9P2005.01.
- Maria van den Muijsenbergh, *Ziek en geen papieren. Gezondheidszorg voor mensen zonder geldige verblijfspapieren*. Utrecht: Pharos, 2004. Bestelnr. 9P2004.05.
- David Engelhard, *Zorgen over terugkeer. Terugkeermigratie met gezondheidsproblemen*. Utrecht: Pharos, 2004. Bestelnr. 9P2004.04.
- Mirjam Blaak, David Engelhard, Frenny de Frenne & Marola Sproet, *De smaak van noedelsoep. Begeleiding van Chinese ama's in opvang en onderwijs*. Utrecht: Pharos, 2004. Bestelnr. 9P2004.02.
- Sander Kramer & Marianne Cense, *Overleven op de m². Veiligheidsbeleving en strategieën van vrouwen in de centrale opvang voor asielzoekers*. Utrecht: Pharos/TransAct, 2004. Bestelnr. 9P2004.01.
- René Grotenhuis (samenstelling), *Van pionieren tot verankeren. Tien jaar gezondheidszorg voor vluchtelingen*. Utrecht: Pharos, 2003. Bestelnr. 9P2003.08.
- Evelien van Asperen, *Interculturele communicatie & ideologie*. Utrecht: Pharos, 2003. 2de druk. Bestelnr. 9P2003.03.
- Guus van der Veer, *Training counsellors in areas of armed conflict within a community approach*. Utrecht: Pharos, 2003. Bestelnr. 9P2003.02.
- Admira, *Getuigenis en verbondenheid. Oorlogsverkrachting en huiselijk geweld in voormalig Joegoslavië. Trainers over hun werk voor de hulpverlening*. Utrecht: Pharos, 2003. Bestelnr. 9P2003.01.
- Guus van der Veer, *Gevluchte adolescenten. Ontwikkeling, begeleiding en hulpverlening*. Utrecht: Pharos, 1998-2002. 2de druk. Bestelnr. 9P2002.04.

- Ien van Nieuwenhuijzen, met bijdragen van Bram Tuk, *Bijvoorbeeld de liefde. Forumtheater bij voorlichting en educatie aan vluchtelingenjongeren*. Utrecht: Pharos, 2002. Bestelnr. 9P2002.02.
- Marola Sproet, *Vitamine C. Preventiemethode met creatieve werkvormen*. Utrecht: Pharos, 2002. Bestelnr. 9P2002.01.
- Maartje Goudriaan, *Met de dood in het hart. Rouw bij migranten- en vluchtelingenjongeren*. Utrecht: Pharos, 2001-2003. 2de druk. Bestelnr. 9P2001.02.
- Ton van Dijk (m.m.v. Godelieve van Hugte), *Wat doe je vanavond? Methodiek sociale steun vluchtelingenjongeren*. Utrecht: Pharos, 2001. Bestelnr. 9P2001.01.
- Sjef de Vries, *Psychosociale hulpverlening en vluchtelingen*. Utrecht: Pharos, 2000-2002. 2de druk. Bestelnr. 9P2000.04.
- Patricia Schell & Paulien Muller, *Terugkeren: een levenslang dilemma. Methodiek voor psychosociale ondersteuning van vluchtelingen*. Utrecht: Pharos, 2000. 2de druk. Bestelnr. 9P2000.01.
- Truus Wertheim-Cahen (red.), *Huizen van karton. Creatieve therapie met asielzoekers, mogelijkheden en onmogelijkheden*. Utrecht: Pharos, 1999-2000. 2de druk. Bestelnr. 99.007.
- Hans Rohlof, Mia Groenenberg & Coen Blom (red.), *Vluchtelingen in de ggz. Handboek voor de hulpverlening*. Utrecht: Pharos, 1999-2001. 3de druk. Bestelnr. 99.005.
- Ildis Santini & Cristina Marsal Roig, *De deur van de hoop. Integrale multidimensionele groepstherapie voor vluchtelingen*. Utrecht: Pharos, 1999. Bestelnr. 99.003.
- Ton Haans (m.m.v. Harry van Tienhoven), *Het labyrint van Ares. Werkbelasting door hulpverlening aan geweldsoverlevenden*. Utrecht: Pharos, 1998-2004. 4de druk. Bestelnr. 98.003.



KENNIS- EN ADVIESCENTRUM
MIGRANTEN, VLUCHTELINGEN EN GEZONDHEID



Uit lijfsbehoud

Uit lijfsbehoud – Lichaamsgericht werken met vluchtelingen in de ggz is gebaseerd op het werk van een aantal pioniers en voortgekomen uit de behoeften in het veld van de geestelijke gezondheidszorg. Het boek is ontwikkeld voor ggz-behandelaars die werken met vluchtelingen en asielzoekers, in het bijzonder met cliënten die met een psychosociale of psychiatrische diagnose of met onbegrepen lichamelijke klachten zijn doorverwezen naar de ggz. Behandelaars krijgen bij deze cliënten vaak te maken met klachten aan het bewegingsapparaat, hoofd- en spanningspijnen, benauwdheid en hyperventilatie. De oefeningen in dit boek kunnen hen helpen om aan de slag te gaan met het voor vluchtelingen zo belangrijke element van hun lijden, de lichamelijke problemen. Ze kunnen ook bijdragen aan een vermindering van de gevoelens van machteloosheid bij de behandelaars zelf.

Behalve concrete behandel oefeningen geven de auteurs een theoretisch kader waarbinnen de oorzaak van lichamelijke klachten, de wisselwerking tussen spanning, pijn, angst en depressie en het lichaamsgerichte behandelaanbod voor vluchtelingen een plaats krijgen.

In de pilotfase zijn de 26 lichaamsgerichte behandel oefeningen in vier ambulante ggz-instellingen aangeboden aan asielzoekers en vluchtelingen. Mede aan de hand van deze ervaringen hebben de auteurs het stramien ontwikkeld waarmee de oefeningen zijn beschreven.

Uit lijfsbehoud geeft behandelaars veel concrete handvatten om op een andere – niet-verbale – manier aan de slag te gaan met vluchtelingen en asielzoekers. De reacties in de ontwikkelingsfase wijzen erop dat het boek daardoor een bijdrage kan leveren aan een betere behandeling van asielzoekers en vluchtelingen in de geestelijke gezondheidszorg.

Erick Vloeberghs (1953) is verpleegkundige en medisch antropoloog en als methodieontwikkelaar werkzaam bij Pharos.

Evert Bloemen (1957) is arts en als senior adviseur/trainer verbonden aan Pharos.