

Alle therapeuten gehad?



# Alle therapeuten gehad ?

Michiel van  
Geloven

Nekpijn, hoofdpijn, rugpijn, whiplash, vermoeidheid,  
duizeligheid, spierreuma, hyperventilatie

met medewerking van Marten Klaver, Enny Versteeg,  
Monique Sturre, Rian Hesselink en Kees Meijer



**Alle therapeuten gehad?**

*Nekpijn, hoofdpijn, rugpijn, whiplash, vermoeidheid,  
duizeligheid, spierreuma, hyperventilatie*

Michiel van Geloven

m.m.v. Marten Klaver, Enny Versteeg, Monique Sturre,  
Rian Hesselink en Kees Meijer

ISBN 978 90 8850 514 0

NUR 770/860

© 2015 B.V. Uitgeverij SWP Amsterdam

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16B Auteurswet 1912 j° het Besluit van 20 juni 1974, Stbl. 351, zoals gewijzigd bij het besluit van 23 augustus 1985, Stbl. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp). Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot Uitgeverij SWP (Postbus 257, 1000 AG Amsterdam) te wenden.

# Voorwoord

Dit boek is uit het leven gegrepen. Van dichtbij maakte ik mee hoe een actieve vrouw veranderde in een spreekwoordelijk wrak, met veel pijn, altijd moe en vaak onderweg naar een dokter of therapeut. Niets hielp, totdat de huisarts haar na bijna tien jaar naar een psychosomatisch therapeut verwees. Binnen enkele maanden was de vrouw weer actief en volledig klachtenvrij.

Geïntrigeerd ging ik mij verdiepen in de psychosomatische therapie. Al snel ontdekte ik dat dit een relatief weinig bekende therapie is waarnaar huisartsen, fysiotherapeuten, praktijkondersteuners GGZ en andere zorgverleners nauwelijks verwijzen. Dat is jammer, want in veel gevallen kan een psychosomatisch therapeut helpen, waar de biomedische, op lichamelijke gevolgen gerichte wetenschap niet verder komt en ook een op gevolgen gerichte aanpak niet helpt.

Deze therapie is ook onder patiënten nauwelijks bekend. En als er al iets over bekend is, is de reactie vaak: 'Het zit niet tussen mijn oren, dus daar ga ik niet naartoe.' Dat is jammer en onnodig.

Gaandeweg ontdekte ik hoe groot de medische én economische potentie van psychosomatische therapie is. Het is dan ook merkwaardig dat zorgverzekeraars niet veel krachtiger sturen op verwijzing naar deze effectieve, oorzaakgerichte zorgverleners. Ook is het verbazingwekkend dat zorgverzekeraars de vergoedingen voor psychosomatische therapie eerder verlagen dan verhogen. Geen wonder dat het een te weinig populaire specialisatie binnen de zorg is.

Om een bijdrage te leveren aan de bekendheid – en brede erkenning – van de psychosomatische therapie kwam ik op het

idee voor een boek, en samen met enkele deskundigen groeide het in mijn tekstverwerker tot het werk dat nu voor u ligt. Ik ben Marten Klaver, Enny Versteeg, Monique Sturre, Kees Meijer en Rian Hesselink veel dank verschuldigd voor hun kritische blik en waardevolle bijdragen. Zonder hen had ik dit boek niet kunnen schrijven.

Ik hoop van harte dat deze gids velen de weg zal wijzen naar een klachtenvrije toekomst!

# Inhoud

- 1 Inleiding 9**
  - 1.1. Waarom dit boek? 9
  - 1.2. Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten 9
  - 1.3. Leeswijzer 11
  - 1.4. Verantwoording 11
  
- 2 Congres 13**
  - 2.1. Inleiding 13
  - 2.2. Keynote: een voormalige SOLK-patiënt 13
  - 2.3. Keynote: een psychosomatisch therapeut 17
  
- 3 Een aanrijding 23**
  - 3.1. Inleiding 23
  - 3.2. Het begin van de ellende 23
  - 3.3. Een intensief re-integratietraject 28
  - 3.4. Uitgeput 33
  
- 4 Chronisch ziek 37**
  - 4.1. Inleiding 37
  - 4.2. Fysiotherapie 37
  - 4.3. De klachten nemen toe 41
  
- 5 Semiklinische revalidatie 43**
  - 5.1. Inleiding 43
  - 5.2. Nekhernia 43
  - 5.3. Opereren of niet? 47
  - 5.4. Revalideren 49
  - 5.5. Gordelroos 52
  - 5.6. WIA-beslommeringen 57
  - 5.7. Vrijwilligerswerk 59

## **6 Re-integratie 63**

- 6.1. Inleiding 63
- 6.2. Weer aan de slag 63
- 6.3. In de WIA 68
- 6.4. Een spannend voorjaar 70
- 6.5. Een nieuwe baan 71

## **7 Een doorbraak 75**

- 7.1. Doormodderen 75
- 7.2. Terug naar de huisarts 79
- 7.3. Klachtenvrij 87
- 7.4. Epiloog 89

## **8 De juiste diagnose 91**

- 8.1. De juiste behandeling: schiet maar raak 91
- 8.2. Een andere visie maakt het verschil 95
- 8.3. Nabeschouwing 99

## **9 Medische en maatschappelijke kosten 103**

- 9.1. Medische kosten 103
- 9.2. Maatschappelijke kosten 105
- 9.3. Dat kan goedkoper! 107

## **10 Psychosomatische therapie: een wondermiddel? 109**

- 10.1. De feiten 109
- 10.2. De beleving van Kristel 112
- 10.3. De case van Kees 115
- 10.4. De case van Trees 120
- 10.5. De kosten van SOLK 124
- 10.6. Tot slot 126

Over de auteurs 127

Lijst van boxen 129

Literatuur 131



# 1

## Inleiding

### 1.1. Waarom dit boek?

In dit boek beschrijf ik de zoektocht van een vrouw van rond de veertig, die bijna tien jaar van de ene dokter naar de andere therapeut is gelopen, zonder dat ze daar echt beter van werd. Inmiddels is duidelijk dat zij last had van somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten. Uiteindelijk belandde deze patiënt bij een psychosomatisch therapeut, die haar in enkele maanden tijd volledig en duurzaam wist te genezen.

Dit is wellicht een wonder te noemen, maar zeker geen tovenarij. Psychosomatische therapie is een officieel erkende specialisatie van de fysiotherapie en oefentherapie met een wetenschappelijk onderbouwde aanpak.

Met dit boek wil ik een lans breken voor de psychosomatische therapie. Uit de praktijk van de psychosomatische therapie blijkt dat dit specialisme nog maar weinig bekend en erkend is, terwijl het een krachtige, effectieve en snelle route naar herstel kan zijn.

### 1.2. Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten

De medische wetenschap ontwikkelt zich in hoog tempo. Artsen kunnen steeds meer ziekten adequaat behandelen, vaak met steeds minder ingrijpende behandelingen. Operaties worden steeds preciezer en de daarbij behorende wonden steeds kleiner. Dit is echter vooral van toepassing als er een aanwijsbaar

biomedisch probleem is: een gebroken been, een ontstoken blinde darm, een beknelde zenuw, een dichtgeslibde ader, een tumor.

Er is een grote groep patiënten die klachten hebben, soms zelfs ernstige klachten, waarvoor ook na intensief speuren geen biomedische oorzaak gevonden wordt. Daardoor hebben artsen, ondanks onze ver ontwikkelde medische wetenschap, voor deze patiënten vaak geen adequate behandeling. Deze klachten worden sinds een aantal jaren SOLK genoemd: **S**omatisch **O**nvolgende verklaarde **L**ichamelijke **K**lachten.

Hoewel er geen precieze cijfers zijn, wordt geschat dat 30 tot 50 procent van de klachten waarmee mensen naar de huisarts gaan medisch onvoldoende verklaard blijven. Als deze klachten langer dan enkele weken duren en als adequaat medisch onderzoek geen somatische oorzaak vindt, dan is er sprake van SOLK. In veel gevallen gaan SOLK na verloop van tijd vanzelf over. Echter, naar schatting houdt 20 tot 30 procent van de SOLK-patiënten langdurig (meer dan drie maanden) last van hun klachten en zijn zij in meer of mindere mate beperkt in hun functioneren (bron: Nederlands Huisartsen Genootschap/NHG).

Veel mensen modderen lang door met SOLK. Ze worden van de ene naar de andere therapeut verwezen, zonder dat ze echt beter worden. Dat is vervelend voor de patiënt en zijn omgeving (familie, vrienden). Het is ook duur: al die behandelingen kosten veel geld en vaak is er sprake van gedeeltelijk of volledig arbeidsverzuim. Sommige SOLK-patiënten worden zelfs geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt.

De psychosomatiek is het medisch gebied dat zich bezighoudt met de klachtenbeelden die zich vooral lichamenlijk manifesteren, maar waarbij psychische factoren een duidelijk onderdeel zijn. Psychosomatische klachten kunnen in veel gevallen adequaat worden behandeld door een psychosomatisch therapeut (ook wel PST genoemd).

Psychosomatische therapie is sinds 2005 een erkend specialisme binnen de fysiotherapie en sinds 2007 binnen de oefentherapie. Het onderscheid tussen psychosomatische fysiotherapie en psychosomatische oefentherapie laat ik in dit boek achterwege

omdat de overeenkomsten tussen beide specialisaties sterker zijn dan de verschillen.

In dit boek bespreek ik de visie dat SOLK een psychologische oorzaak heeft.

### 1.3. Leeswijzer

De hoofdmoot van dit boek is het verhaal van Kristel, een vrouw van rond de veertig, die na een klein auto-ongeluk jarenlang veel pijn heeft geleden en daarvoor veelvuldig, maar zonder echt resultaat, is behandeld. Kristels verhaal begint bij het einde – de goede afloop – in hoofdstuk 2.

Vervolgens werk ik haar zoektocht naar genezing uit in hoofdstuk 3 tot en met 7 en zien we welke aanpakken op haar weg kwamen. Deze ‘real life soap’ komt ter sprake in korte theoretische beschouwingen.

In hoofdstuk 8 probeer ik grip te krijgen op wat er nu mis is gegaan bij Kristel en hoe het uiteindelijk helemaal goed gekomen is.

In hoofdstuk 9 analyseer ik de kosten van haar lange medische traject en maak ik een belangrijke afweging: hoe zou dit plaatje eruit hebben gezien als Kristel veel eerder naar de psychosomatisch therapeut zou zijn verwezen.

Tot slot volgt in hoofdstuk 10 een essentiële beschouwing: is psychosomatische therapie een wondermiddel, dat altijd werkt? Of is het toeval dat Kristel langs deze weg volledig herstelde?

### 1.4. Verantwoording

Het verhaal van Kristel is waargebeurd. Alle namen in dit boek, inclusief die van Kristel, zijn gefingeerd en dat geldt ook voor de beide casusbeschrijvingen in hoofdstuk 10. ‘Kristel’ zelf heeft een belangrijke rol gespeeld bij de totstandkoming van dit boek via interviews en door inzage te geven in relevante documenten, zoals rekeningen en verwijsbrieven.

De medisch-inhoudelijke onderbouwing is ingebracht door

experts. Het boek is gereviewd door een praktiserend fysiotherapeut.

Omwille van de leesbaarheid heb ik heel spaarzaam gebruik gemaakt van literatuurverwijzingen. Een aantal belangrijke bronnen heb ik opgesomd in de literatuurlijst achter in dit boek.

# 2

## Congres

### 2.1. Inleiding

In dit hoofdstuk maken we kennis met Kristel, een actieve en gezonde vrouw van 44 jaar. Ze werkt met energie en plezier als arbeidsbemiddelaar en accountmanager bij een klein bureau voor loopbaanbemiddeling. Naast haar drukke baan sport ze drie tot vier keer in de week bij de sportschool en ze brengt samen met haar vriend Menno veel tijd door in hun grote tuin, die er altijd piekfijn bijligt. Sinds vorig jaar kweken ze ook volop groenten in de moestuin, wat soms arbeidsintensief is, maar vooral veel vreugde geeft.

### 2.2. Keynote: een voormalige SOLK-patiënt

Na een normale, dus vrij hectische werkdag, stapt Kristel in haar Peugeot en rijdt de stad uit; het is een klein uur rijden naar huis. Ze heeft een paar lastige gesprekken achter de rug, maar gelukkig heeft ze ook een cliënt kunnen plaatsen en een nieuwe opdracht binnengehaald. Ze kijkt tevreden terug op de dag. De files vallen mee vanmiddag en ze heeft tijd om zich thuis even op te frissen, voordat ze naar het Reigerhotel rijdt. Daar vindt vandaag het jaarlijkse regionale SOLK-congres plaats. Tot voor kort had Kristel nog nooit van SOLK gehoord, maar inmiddels kan ze het 'somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten' dromen. Ze is immers zelf jarenlang SOLK-patiënt geweest – zonder het te weten.

## **Box 2.1. SOLK: Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten** (Marten Klaver)

Aanhoudende klachten na een whiplash worden medisch het post-whiplashsyndroom genoemd. Deze klachten worden niet goed begrepen, omdat er geen letsel aangetoond kan worden. Er zijn meer onbegrepen klachtenbeelden waarbij geen objectief aantoonbare afwijkingen naar voren komen, zoals spierreuma (fibromyalgie), het chronische vermoeidheidssyndroom, het prikkelbare darmsyndroom, hyperventilatie en aanhoudende littekenpijn na een operatie. Deze vallen alle onder SOLK. Minstens 30 procent van alle klachtenbeelden wordt niet goed begrepen.

Naast het ontbreken van objectieve afwijkingen is er het punt dat de klachten subjectief zijn. En dat klopt, want subjectief is afgeleid van ‘subject’ en dat betekent ‘persoon’. Het zijn dus klachten van de persoon, klachten die de persoon voelt. Je kunt ook zeggen dat het klachten vanuit het gevoel zijn – en dat is ook zo. We kennen de beleving niet als hersenfunctie en daarom worden deze klachten in het medische circuit vaak niet goed begrepen.

Het gevoel is een product van het emotionele brein – in het medisch jargon wordt dit het *limbisch systeem* genoemd. In het gevoel bevindt zich de centrale aansturing van lichaamsfuncties. Het lichaam voedt het gevoel en omgekeerd voedt het gevoel het lichaam. Het gevoel reageert op situaties. Zo kunnen de klachten in de ene situatie afwezig zijn en in een andere situatie zich opdringen.

Omdat er weinig kennis is van het limbisch systeem gaan we vreemd om met deze klachten. Subjectief krijgt hierdoor de bijbetekenis van onecht, aanstellerij, psychisch. Als blijkt dat het psychisch is, staan we klaar om te zeggen dat het de eigen schuld is van de persoon. Het is dom om dit te zeggen en bovendien geeft het blijk van een tekort aan kennis. We kunnen schuldig zijn bij overtredingen omdat we beter zouden moeten weten, maar niet bij onbewuste emoties en gevoelens.

Zo zijn er vele voetangels en klemmen op het pad van onbegrepen klachten.

Deskundigen hebben wetenschappelijk vastgesteld dat de overeenkomsten tussen genoemde onvoldoende verklaarde klachtenbeelden als het post-whiplash syndroom of fibromyalgie veel groter zijn dan de verschillen. Ook blijkt dat psychosociale factoren een grotere rol spelen en dat cognitieve gedragstherapie helpt.

Dit wijst erop dat er centraal in de hersenen overeenkomsten zijn die de klachten aansturen. Hoe dat gaat, weten we niet goed. Daarom noemen we de klachten onbegrepen. Patiënten willen iets begrijpen. Dokters willen iets verklaren. Daarom worden deze klachtenbeelden met een technische term *somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten* genoemd, afgekort tot SOLK. Een beetje dubbele term, omdat somatisch lichamenlijk betekent. Onvoldoende wil zeggen dat er soms afwijkingen zijn zoals slijtage, maar dat deze de klachten niet kunnen verklaren.

Immers, er zijn veel meer mensen die geen klachten hebben bij slijtage dan patiënten die wel klachten hebben bij slijtage. Daarom dus SOLK. Vandaag de dag schrijven we SOLK toe aan te veel of te weinig stresshormonen of aan een 'alarm' dat te scherp staat afgesteld als teken van een overprikkeld zenuwstelsel. Er zijn echter geen passende behandelingen bij deze verklaringen.

Er is een sluitende lichaam-geest verklaring die past bij een storing in het emotionele brein. De emotie speelt hierbij een centrale rol. De emotie is immers het symbool voor lichaam én geest. De emotie heeft zowel een lichamelijke kant (hartkloppingen, tranen, blozen, kippenvet) als een geestelijke kant (angst, verdriet, schaamte, verrukking). Omdat we door flink te willen zijn onze eigen ongewenste emoties onderdrukken, kunnen ze als stoorzender fungeren.

Psychosomatisch therapeuten zijn opgeleid om via het lichaam deze psychologische stoorzender op te sporen en te behandelen. We noemen deze aanhoudende stoorzender de oorzaak. Door de oorzaak van SOLK te behandelen, nemen de klachten af of volgt volledig herstel. ■

Als Kristel bij het hotel aankomt, zijn de meeste congresgangers al binnen. Als ze het USB-stickje met haar presentatie heeft ingeleverd, is er nog precies tijd voor een kopje thee en dan stroomt de zaal vol. Kristel is eigenlijk best gespannen, want ze heeft nog nooit voor zoveel mensen gesproken, laat staan over zo'n persoonlijk onderwerp. De dagvoorzitter trapt af en breekt het ijs met een goede grap. Dan is het Kristels beurt en ze gaat naar voren. En daar begint ze, alleen bij het kathedr, in een mooie jurk en op haar hippe rode laarzen.

Ze neemt haar gehoor mee terug naar februari 2004, toen ze in haar auto van achteren werd aangereiden. Het gevolg was een whiplash, wat volgens de huisarts na een week of drie wel over zou moeten zijn. Niets was minder waar. Geïllustreerd met een sobere Powerpoint-presentatie bespreekt ze op rustige en uiterst serieuze toon hoe haar leven overhoop lag na de whiplash. Ze vertelt hoe ze van dokter naar dokter ging, soms voor een second of zelfs een third opinion, maar zonder dat er echte, structurele verbetering optrad. Gelukkig had ze een goede fysiotherapeut die haar drie keer in de week behandelde, en daardoor kon ze overleven. 'Maar eigenlijk', concludeert Kristel nu, 'leefde ik van behandeling naar behandeling. Soms ging het ietsje beter en dan werden de oefeningen wat zwaarder. Maar lang duurde dat nooit, altijd was er een terugval en zat ik weer op niveau nul... En de pijn was nooit weg, soms meer, soms minder.'

Als ze vertelt dat ze na een vermeende nekhernia tot zeven keer toe een aanval van gordelroos in haar gezicht kreeg, gaat er een golf van medeleven door de zaal – al deze zorgprofessionals weten immers hoe heftig dat is. Verder is het muistil gedurende het half uur dat Kristel aan het woord is. Het lijkt bijna een spannend boek. Maar dit boek heeft wel een echt happy end: bijna ten einde raad ging Kristel een jaar geleden maar weer eens naar haar huisarts – een nieuwe, omdat ze verhuisd was. Nadat de huisarts haar verhaal had aangehoord – Kristel was de tel al lang kwijt hoe vaak ze het al verteld had – en haar lijvige medisch dossier had bekeken, gaf ze het advies om naar een psychosomatisch therapeut te gaan.

Hoewel Kristel eigenlijk in geen enkele therapie meer geloofde,

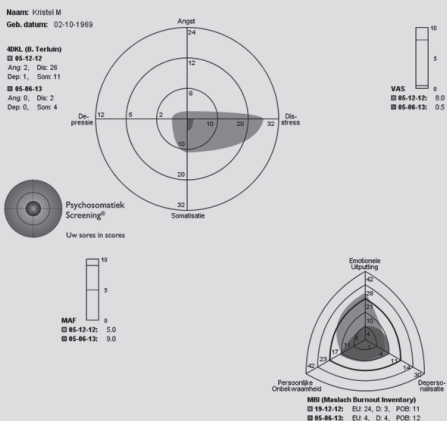


maakte ze toch een afspraak. ‘En om een lang verhaal kort te maken’, zo besloot ze haar keynote, ‘na een paar behandelingen in een paar maanden was ik geheel klachtenvrij. Ik was de oude Kristel weer en ik kon mijn leven weer normaal oppakken.’ Het is heel even stil, voordat een daverend applaus losbarst.

### 2.3. Keynote: een psychosomatisch therapeut

Met weinig woorden geeft de dagvoorzitter het stokje door aan de volgende spreker: Leanne Hoogland. Hoogland is psychosomatisch therapeut en heeft Kristel behandeld. Ze geeft heel kort aan wat psychosomatische therapie inhoudt en hoe deze therapeuten te werk gaan. Vervolgens pakt ze Kristels casus erbij en analyseert wat er bij haar aan de hand was. Ze doet dit onder meer aan de hand van enkele grafieken, die horen bij de zogeheten psychosomatische screening. Deze laten glashelder zien dat Kristel ernstig uit balans was op het moment dat ze bij Hoogland kwam.

#### Box 2.2. Psychosomatische screening (Enny Versteeg)



Voor een betere weergave van de figuur kijk op [solk.swpbook.com](http://solk.swpbook.com)  
 © E. Versteeg, [www.recoverborne.nl](http://www.recoverborne.nl)

Kristels klachten werden allereerst gemeten met de *Vierdimensionale Klachtenlijst*, afgekort 4DKL. De 4DKL is een zelfbeoordelingklachtenlijst met vijftig vragen die vier klachtdimensies meet: distress, somatisatie, angst en depressie.

De 4DKL is door Berend Terluin ontwikkeld om specifieke stressklachten (*distress*) en lichamelijke stressklachten (*somatisatie*) te onderscheiden van angst en depressie. De lijst is gevalideerd en wordt het meest gebruikt in de eerstelijnsgezondheidszorg, waar het van belang is om snel te onderscheiden of een klacht vooral stressgerelateerd is, of dat de klacht wijst op meer gecompliceerde problematiek (*angst en depressie*).

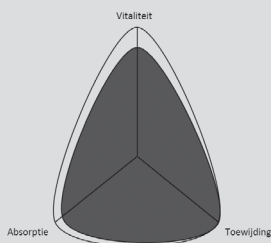
Bij aanvang van de therapie was Kristels distress-score van 26, met relatief lage scores voor depressie, angst en somatisatie, indicatief voor overspanning. De visuele weergave van de 4DKL toont Kristels *scores in scores*: een oranje klachtvlek op de distress-as bij aanvang van de therapie en een kleine blauwe klachtvlek als resultaat aan het eind, dat wil zeggen slechts nog te verwaarlozen alledaagse stress.

Vervolgens werd met de *Maslach Burnout Inventory* (MBI) gemeten of er ook sprake was van kenmerken van burn-out. De MBI is een gevalideerde zelfbeoordelingvragenlijst met twintig vragen die de drie dimensies van burn-out meet: emotionele uitputting, depersonalisatie en persoonlijke onbekwaamheid. Op de MBI scoorde Kristel wel ernstig verhoogd op emotionele uitputting, maar niet op depersonalisatie of persoonlijke onbekwaamheid. Dus was er geen sprake van burn-out. Zoals de blauwe klachtvlek op de MBI laat zien, was aan het einde van de therapie ook de emotionele uitputting hersteld.

De ernst van de klachten werd eveneens gemeten met de *Visual Analogue Scale* (VAS). De VAS is een schaal om de intensiteit van pijn of klachten te kwantificeren. De VAS bestaat uit een lijn van tien centimeter, die zowel horizontaal als verticaal kan worden afgebeeld, met aan de uiteinden 'geen' of 'ergst mogelijk'. De VAS is een voorbeeld van een grafische rating scale en is valide en betrouwbaar. Bij aanvang van de therapie gaf Kristel de hoogte van de klachten een 8 en bij het einde van de therapie was dit verbeterd naar 0,5.

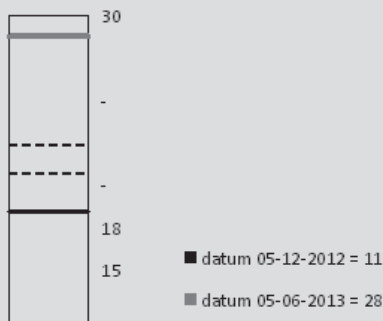
Het algemeen functioneren werd op een schaal van 10 gemeten met de *Meetlat Algemeen Functioneren*. Bij aanvang van de therapie was het functioneren onvoldoende: een 5. Bij einde van de therapie was het functioneren zeer goed, namelijk een 9.

In haar werk was Kristel altijd enthousiast, energiek, toegewijd en betrokken geweest en dat was ze nog steeds. Ze ging volledig op in haar werk, werd door haar werk geabsorbeerd en kon lang en onvermoeibaar doorwerken. Ze ervoer haar werk als zinvol, inspirerend en uitdagend en was er trots op. In termen van arbeids- en gezondheidspsychologie heet dit bevoegenheid, wat gemeten kan worden met de *Utrechtse Bevoegenheidsschaal* (UBES). Gemeten met de UBES had Kristel een grote bevoegenheid die gekenmerkt werd door maximale toewijding, sterke absorptie en grote vitaliteit. Dit werd gevisualiseerd in een grote bevoegenheidsvlek op de drie assen toewijding, absorptie en vitaliteit.



Kristels gevoel van eigenwaarde werd gemeten met de *Rosenberg Self-Esteem Scale* (RSES). De RSES is een betrouwbare schaal met tien uitspraken over eigenwaarde. De totaalscore voor eigenwaarde ligt tussen 0 en 30. Aanvankelijk scoorde Kristel met een score van 11 zeer laag op gevoel van eigenwaarde. Aan het einde van de therapie was haar gevoel van eigenwaarde heel sterk verbeterd naar 28.

Met behulp van de *Young Schema Questionnaire* (YSQ) werd gekeken of oude disfunctionele schema's uit de kindertijd nog een rol speelden. Daaruit bleek dat Kristel nog steeds last had van drie hardnekkige, vroeg ontstane disfunctionele schema's: zelfopoffering, meedogenloze normen en onderwerping. Deze disfunctionele



schema's werden in de therapie bewerkt en verzwakt. Daarnaast werd in de therapie de gezonde kant van Kristel juist versterkt. ■

Hoogland laat ook zien hoezeer Kristel bevlogen in het leven stond: bevlogen om haar werk heel goed te doen, om gedisciplineerd en vaak te sporten, om gevraagd en ongevraagd voor iedereen klaar te staan en daarmee eigenlijk zichzelf dikwijls op te offeren. Kristels perfectionisme en lage zelfwaardering stonden haar herstel ernstig in de weg – ze pleegde roofofbouw op zichzelf.

De behandeling begon dan ook met oefeningen om te aarden en te ontspannen. Daarnaast stuurde Hoogland Kristel naar een cesartherapeut, omdat ze het vermoeden had dat er ook een houdingsprobleem was. En inderdaad: de cesartherapeut ontdekte onder meer dat Kristel in liggende houding haar hoofd ietsje omhoog hield, in plaats van het ontspannen neer te leggen. Geen wonder dat ze zoveel nek- en schouderklachten had!

### Box 2.3 Oefentherapie cesar/mensendieck: zorg voor bewegen

(Enny Versteeg)

Oefentherapie cesar/mensendieck biedt paramedische zorg op het gebied van klachten aan het houdings- en bewegingsapparaat. Iedereen beweegt op zijn eigen manier en ontwikkelt daarin zijn eigen gewoonten. Soms zijn die gewoonten niet goed voor ons