



SOLK
/ALK

EN DE BEHANDELING ERVAN MIDDELS HYPNOTHERAPIE

In het kader van het afstuderen van mijn opleiding hypnotherapie en psychosociale therapie bij Academie Hypnos | Natalija Grasso | December 2022

Inhoud

Voorwoord	blz. 2
Inleiding	blz. 3
Hoofdstuk 1 SOLK	blz. 4
Wat is SOLK	blz. 4
Historie	blz. 5
SOLK in deze tijd	blz. 6
Verklaringsmodellen	blz. 7
In stand houdende factoren	blz. 9
Stress	blz. 9
De functie van pijn	blz. 10
Hoofdpijn	blz. 12
Buikpijn	blz. 13
Tinnitus	blz. 13
Specifieke behandelmethoden en interventies	blz. 15
Hoofdstuk 2 Hypnotherapie in het kort	blz. 17
Wat is hypnotherapie?	blz. 17
Trance verschijnselen	blz. 17
Moderne hypnotherapie	blz. 17
Methoden voor het behandelplan	blz. 18
Hoofdstuk 3 Praktijk	blz. 22
Behandelplan	blz. 22
Cliënt Sheila	blz. 22
Evaluatie Sheila	blz. 24
Cliënt Dirk	blz. 25
Evaluatie Dirk	blz. 26
Cliënt Britt	blz. 27
Evaluatie Britt	blz. 28
Cliënt Iris	blz. 28
Evaluatie Iris	blz. 30
Samenvatting van de resultaten	blz. 31
Conclusies	blz. 31
Dankwoord	blz. 34
Geraadpleegde Literatuur	blz. 35
Bijlagen	blz. 36

Voorwoord

Ik schrijf deze scriptie in het kader van het afstuderen van mijn opleiding hypnotherapie en psychosociale therapie bij Academie Hypnos. Mijn keuze voor deze opleiding is voortgekomen vanuit mijn wens om me beroepsmatig verder te verdiepen en te bekwamen in hypnotherapie, hoewel ik eerder tijdens mijn eerste therapeutische opleiding, de integratieve kindertherapie, al heb mogen proeven van sommige hypnotherapeutische interventies. Ook tijdens na- en bijscholingen kwam ik in aanraking met hypnotherapie, bijvoorbeeld tijdens de training Prikkelbare Darm Syndroom.

Sinds oktober 2005 voer ik mijn zelfstandige praktijk voor integratieve kinder- en jongerentherapie. Deze integratieve kinder- en jongerentherapie is een kortdurende, oplossingsgerichte vorm van psychotherapie waarbij uitgegaan wordt van de eigen kracht en het zelfhelende vermogen van het kind. Hierbij wordt gebruik gemaakt van spel, tekeningen, dromen, actieve imaginaties, ontspanningsoefeningen, e.d. Mijns inziens is de hypnotherapie een perfecte aanvulling op de integratieve, holistische, aanpak.

In mijn praktijk kom ik regelmatig cliënten tegen met aanhoudende lichamelijke klachten (ALK) zonder schijnbare medische oorzaak. Doordat er geen directe oorzaak voor de klachten te vinden is, duurt het vaak een lange tijd voordat men geholpen wordt. Dit is erg vervelend en vaak een machteloze zoektocht. Tijdens de therapie komen we er dikwijls achter dat er spanningen zijn opgebouwd en dat stress een plausibele verklaring kan zijn voor de fysieke klachten. Immers, we leven tegenwoordig in een hectische tijd waarbij er van alles van ons verwacht wordt en de prestatiedrang groot is. Wie lukt het nog om daadwerkelijk stil te zitten, even niets te doen, of stil te staan bij wat we voelen? Weten wij nog wat verveling is? Wat is de functie eigenlijk van al die afleiding die wij voor onszelf opzoeken? In mijn therapie en met behulp van hypnotherapie is het mijn streven om bewustwording te creëren bij mijn cliënten, tools aan te bieden om werkelijk tot rust te kunnen komen, te leren de gevoelens te ontladen en het begeleiden van verwerking van ontstane trauma's.

Dit is immers van belang om chronische stress en de daarmee gepaard gaande fysieke klachten te voorkomen dan wel te verminderen. Per slot van rekening gun ik het een ieder om weer te kunnen genieten van het leven en het zelfhelende vermogen van het lichaam. Dat men weer de regie mag krijgen over zijn eigen toekomst.

Inleiding

Door het schrijven van deze scriptie zal ik mij verder kunnen verdiepen in het onderwerp “SOLK / ALK” en tevens kunnen ervaren op welke wijze de hypnotherapeutische behandeling van deze vorm van klachten succesvol kan worden toegepast bij de cliënt.

In het eerste hoofdstuk van deze scriptie *SOLK / ALK* komt een theoretische beschrijving van wat SOLK / ALK is, hoe vaak deze somatisch onverklaarbare lichamelijke klachten voorkomen en wat de huidige behandelwijzen zijn. Tevens wordt beschreven wat pijn is en in het bijzonder buik- en hoofdpijn. Daarnaast volgt er een beschrijving van Tinnitus, omdat twee van de cliënten die ik behandelde voor deze scriptie Tinnitus (mede) als hulpvraag hadden.

In het tweede hoofdstuk *Hypnotherapie in het kort* wordt uitgelegd wat er in de huidige tijd onder hypnotherapie wordt verstaan en wat trance is. Vervolgens volgt een beschrijving van de methoden die gebruikt zullen worden voor het praktische gedeelte van deze scriptie. Deze methoden vormen samen mijn behandelplan en aan het eind van dit hoofdstuk zal ik de keuze voor dit specifieke behandelplan uiteen zetten.

In het derde hoofdstuk *Praktijk* zal ik mijn werkwijze met vier afzonderlijke cliënten in de praktijk verslaan. In dit hoofdstuk zal duidelijk worden op welke wijze het behandelplan is toegepast en volgt er een evaluatie per cliënt.

Het behandelplan ziet er als volgt uit;

Sessie 1	Startevaluatie ALTIS Motivatietest Wanneer er tijd is een zintuigenvisualisatie
Sessie 2	Pijnveranderingstechnieken (eventueel de grot of de spiegeltechniek, aangepast op de specifieke behoefte van de cliënt)
Sessie 3	Kinesthetisch werken met persoonlijkheidsdelen
Sessie 4	Werken met ongezonde overtuigingen: Maultsby (RET)
Sessie 5	BJT/DRT
Sessie 6	Eindevaluatie

Voor deze scriptie wil ik laten zien dat hypnotherapie succesvol kan worden ingezet als methode bij psychosomatische klachten als buik- en hoofdpijn. Ik wil onderzoeken welke hypnotherapeutische interventies geschikt zijn bij pijnklachten als buik- en hoofdpijn. De gekozen methoden van het behandelplan worden aanbevolen voor het werken met ziekte en pijn (Academie Hypnos, Stappenplannen hypnotherapie). Met behulp van de praktijkopdracht kan ik evalueren welk effect het gekozen behandelplan heeft op de vier cliënten die deelnamen.

Hoofdstuk 1 SOLK / ALK

Wat is SOLK / ALK

Nagenoeg iedereen heeft wel eens last van lichamelijke klachten. In die zin horen deze klachten bij het normale leven. Of mensen met hun lichamelijke klachten naar de dokter gaan hangt doorgaans af van de betekenis die zij geven aan de klacht. Met andere woorden, de mate van hoe ernstig zij de klachten inschatten bepaalt of zij uiteindelijk naar de dokter gaan of niet. Bij mensen die wel een arts bezoeken wordt lang niet altijd een medische oorzaak gevonden. Bij de huisarts behoort 30% van alle klachten tot SOLK. (Trimbos-instituut, 2010)

Er zijn door de jaren heen vele termen gebruikt voor lichamelijke klachten waarvoor geen duidelijke medische oorzaak werd gevonden: stressklacht, ‘tussen de oren’, functionele klacht, psychosomatische klacht, psychisch, histerie, en dergelijke. Ook in de medische wereld loopt de terminologie uiteen. In de eerstelijns geneeskunde gebruikt men weer andere termen dan de somatische tweede lijn of de GGZ. De keuze voor welke term gebruikt wordt is wezenlijk van belang, omdat het voor de patiënten veel uitmaakt hoe de hulpverlener de klachten benoemt. Somatische ziekten genieten nu eenmaal meer erkenning dan psychische kwalen. (Trimbos-instituut, 2010) Patiënten voelen zich vaak niet serieus genomen als ze horen dat hun klachten psychisch zijn. Door henzelf of hun omgeving zal het als een persoonlijk falen of nederlaag gezien kunnen worden. Veel patiënten zullen daarom van hun arts een medische diagnose blijven verlangen en blijven zoeken naar een medische oorzaak, in de hoop uiteindelijk erkenning te krijgen voor hun lichamelijke lijden. In de huisartsenpraktijk blijkt bovendien dat bij de meeste patiënten met SOLK geen psychische aandoening wordt gevonden.

De multidisciplinaire richtlijn SOLK en somatoforme stoornissen van het Trimbos-instituut (2010) spreekt van de volgende, meest neutrale, definitie SOLK:

We spreken van Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK) bij lichamelijke klachten die langer dan enkele weken duren en waarbij bij adequaat medisch onderzoek geen somatische aandoening wordt gevonden die de klacht voldoende verklaart.

In de DSM-5 (2016) is de somatoforme stoornis onderdeel geworden van de somatisch-symptoomstoornis. Echter, tot de somatisch-symptoomstoornis horen SOLK-klachten alleen indien:

- 1) de klachten langer duren dan zes maanden;
- 2) de cliënt gepreoccupeerd is met zijn klacht;
- 3) er sprake is van disfunctioneel ziektegedrag.

SOLK-klachten behoren dus maar gedeeltelijk tot de DSM-5 onder de somatisch-symptoomstoornis en er zijn veel meer onvoldoende begrepen fysieke klachten, waaronder pijn, moeheid, die onder SOLK vallen. (Uijtenbogaardt, 2019)

Belangrijk is te weten, dat de terminologie rondom SOLK nog steeds in ontwikkeling is. Zo wordt de term SOLK sinds 2021 steeds meer verlaten en sindsdien steeds vaker gesproken over ‘aanhoudende lichamelijke klachten (ALK)’. Dit schijnt beter aan te sluiten bij de internationale wetenschappelijke literatuur en de DSM-5. (www.kenniscentrum-kjp.nl, 2022)

Veel voorkomende SOLK klachten per discipline

Interne geneeskunde	Vermoeidheid, CVS
Dermatologie	Overmatig zweten / Jeuk
KeelNeusOren (KNO)	Oorsuizen / Slikklachten
Neurologie	Hoofdpijn / Duizeligheid / Spierzwakte
Cardiologie	Pijn op de borst / Hartkloppingen
Longziekten	Gevoel van benauwdheid
Maag Darm Lever (MDL)	Buikpijn / PDS
Reumatologie	Pijn spieren / gewrichten / fibromyalgie
Psychiatrie	Slaapproblemen
Endocrien	Verminderde eetlust
Oogheelkunde	Brandende ogen
Gynaecologie	PMS

(Kallen, Pennings, 2013)

Mensen met SOLK klachten hebben vaak een cluster van klachten die tevens in gemengde vorm kunnen voorkomen. Bovendien vormen SOLK klachten veel overeenkomsten met klachten die ook bekend zijn bij burn-out en overspanning. (Kallen, Pennings, 2013)

Continuüm van SOLK:

- Lichte, kortdurende SOLK (enkele weken), met klachten die niet direct vanzelf herstellen; SOLK met een beginnend verstoord herstel.
- Matige SOLK (enkele weken tot drie maanden), met een toename in frequentie van optreden en intensiteit van de klachten. Vaak treden er na verloop van tijd ook steeds meer andere klachten dan de aanvankelijke op (zowel lichamelijke als cognitieve-, emotionele-, gedrags- en sociale klachten (Van Dulmen et al. 1995; Hoedeman et al. 2006: klachtenmodel voor het in kaart brengen van SOLK klachten), waarbij een verstoord herstel zich duidelijke aftekent.
- Ernstige SOLK (langer dan drie maanden), met forse, beperkende klachten en een fors verminderde belastbaarheid, waarbij zich steeds meer sociaal terugtrekgedrag voordoet, evenals de onmogelijkheid om arbeid te verrichten.
- Zeer ernstige SOLK en somatoforme stoornissen, vaak jaren bestaand (vijf tot tien jaar), met fors invaliderende klachten (bijvoorbeeld heftige pijn of een zeer beperkte belastbaarheid en/of zeer ernstige beperkingen in functioneren), waarbij arbeidsongeschiktheid is opgetreden.

Historie

Wanneer men nadenkt over lichamelijke klachten, denkt men als vanzelf na over de relatie tussen lichaam en geest. In oosterse culturen heeft men lichaam, geest en omgeving altijd als een geheel opgevat: voeding, meditatie, yoga en bewegings- en verdedigingskunsten dienden in landen als India of China de geestelijke en sociale harmonie. (Meijer, 1992)

In het Westen daarentegen groeiden lichaam en geest uit elkaar ten tijde van de klassieke Grieken. Zo bracht filosoof Plato een duidelijke hiërarchie aan tussen de twee, waarbij de geest goed was en het lichaam minderwaardig. Deze scheiding is in de christelijke cultuur nog lang gehandhaafd.

Een aantal eeuwen later, in de 17^e eeuw tijdens het dualisme van de filosoof en Fransman René Descartes werd er in de geneeskunde een duidelijk onderscheid gemaakt tussen lichamelijke en psychische klachten. Descartes hield zich bezig met het snijden in lichamen en kwam tot de conclusie dat er geen ziel te vinden was. Hij veronderstelde dat de ziel het lichaam niet nodig had om te denken, maar kon niet ontkennen dat het lichaam het denken beïnvloedde en vice versa. Zijn verklaring vond hij in de pijnappelklier in de hersenen waar lichaam en ziel op elkaar inwerkten. Descartes was van mening dat dieren geen pijnappelklier hadden en daarom zielloze machines waren die geen pijn konden voelen. Door met dieren te experimenteren wilde hij de zielloosheid van de mens bewijzen.¹

Hoewel geen enkele filosoof tegenwoordig nog de strikte scheiding tussen lichaam en geest zou onderschrijven, wordt in de moderne geneeskunde nog steeds een onderscheid gemaakt en is de medisch-biologische benadering bij lichamelijke klachten inmiddels mainstream geworden. (Kallen, Pennings, 2013) De huidige geneeskunde is gecentreerd rond de organen, heeft vele specialismen en concentreert zich bovendien op waarneembare fysieke signalen. Een van de oorzaken waardoor de scheiding tussen lichaam en geest nog steeds zo gehanteerd wordt is het feit dat men zich binnen de geneeskunde baseert op de wetenschap die ervan uit gaat dat onderzoek meetbaar en objectiveerbaar dient te zijn. (Kallen, Pennings, 2013) Bij lichamelijke afwijkingen is deze medisch-biologische benadering ook zeer succesvol. Inmiddels hebben meerdere wetenschappers het ongelijk van Descartes al jaren aangetoond, waaronder hoogleraar neurologie Antonio Damasio (1995, 2001, 2010) en professor en hoogleraar biologische psychiatrie Johan Den Boer (2003-2004). Hun conclusie is dat lichaam en hersenen niet los van elkaar staan en elkaar over en weer beïnvloeden. Onze lichamelijke signalen beïnvloeden de hersenen voortdurend en bepalen daarmee ons gedrag. Het integraal functioneren van lichamelijke en psychische processen, die tezamen aan de basis staan van ons gedrag en ons dagelijks functioneren, wordt tevens in recente onderzoeken onderschreven. (Kallen, Pennings, 2013)

SOLK in deze tijd

De moderne mens heeft een heel ander leven dan een jaar of veertig, vijftig geleden. We hebben het druk, handelen snel (multitasken) en worden voortdurend omgeven en bestookt door prikkels (drukte op kantoor, continue beschikbaar zijn met onze mobiele telefoons, sociale media, hobby's, sporten, gezond leven en zo voort. We nemen meerdere rollen op ons en hebben daarmee meerdere verantwoordelijkheden. Hiermee lijken de grenzen tussen werktijd en privé steeds meer te vervagen. De moderne mens heeft kortom veel meer prikkels te verwerken dan vroeger en gaat gebukt onder toegenomen tijdsdruk. Door deze tijdsdruk is er minder tijd voor bewegen en herstelactiviteiten.

De informatiesamenleving doet steeds meer een beroep op onze hersencapaciteit en cognitieve prestaties en steeds minder op onze fysieke prestaties, zo stelt Bakker (2012). (Kallen, Pennings, 2013) Hierdoor is er minder tijd voor rust, reflectie, verwerking, creativiteit, verveling, aandacht voor persoonlijke of innerlijke tijd... Het ontbreken van deze factoren zou een belangrijke bron kunnen zijn voor het optreden van chronische stress. Doordat men overbelast raakt en niet meer uit gaat van het principe 'geen inspanning zonder herstel'.

De vraag of er tegenwoordig daadwerkelijk meer mensen met SOLK / ALK zijn is niet zo makkelijk te beantwoorden, omdat het hiervoor nodig is dat er een eenduidige classificatie komt en deze bestaat pas sinds de multidisciplinaire richtlijn tot stand is gekomen (2010). Onderzoeken zullen in de toekomst wellicht een antwoord kunnen geven op deze vraag. Het is wel duidelijk dat SOLK / ALK-klachten steeds beter worden (h)erkend en dat is belangrijk om mensen beter te kunnen helpen. Inmiddels is er ook een Netwerk onvoldoende verklaarde Aanhoudende Klachten (NALK) opgericht waarin instellingen samenwerken en expertise uitwisselen. (Kallen, Pennings, 2013)

¹ <https://www.filosofie.nl/nl/artikel/28817/een-kleine-geschiedenis-van-de-ziel.html>

Verklaringsmodellen

Bij het verklaren van SOLK is er gelijk de moeilijkheid van de tweedeling van lichaam en geest. Verklaart men de klachten nu vanuit het lichaam in de medische somatische setting of vanuit de geest in een psychiatrische setting? In de praktijk blijkt deze tweedeling nauwelijks te werken omdat de klachten zo nauw met elkaar verweven zijn. De term SOLK komt echter voor zowel in de medische setting voor bijvoorbeeld de functioneel somatische syndromen als prikkelbaredarmsyndroom en chronischvermoeidheidssyndroom, als in de psychiatrische setting voor de somatisch-symptoomstoornis en aanverwante stoornissen. (Spaans, 2017)

Huidige beschikbare verklaringsmodellen bieden steeds een beperkte verklaring voor SOLK en daarom is het van belang om met een breder vizier te kijken en SOLK te beschouwen als een multifactorieel systeem. Tegenwoordig worden er verschillende modellen ingezet bij de diagnostiek van mensen met SOLK, waarvan ik de meest gangbare zal beschrijven;

Het biopsychosociale model, gebaseerd op de theorie van Engel (1977)

Dit model gaat bij ziekte en stoornissen in het menselijk functioneren uit van drie factoren – biologische, psychologische en sociale – die altijd een rol spelen en waarbij men onderscheid kan maken in drie groepen kwetsbaarheidsfactoren; voorbeschikkende factoren, uitlokkende factoren en in stand houdende factoren.

Bij het opstellen van een behandelplan kan dit model helpen om de vele factoren die een cliënt met SOLK kwetsbaar maken in kaart te brengen. Het biopsychosociale model werkt vaak met het SCEGS model. (Spaans, 2017) Uitgangspunt van het model is dat gedrag en omgeving van invloed zijn op het ontstaan, het verloop en de beleving van ziekte. En het ziek-zijn beïnvloedt vervolgens ook het psychologische welzijn van de mens alsmede de sociale relaties. Bij SOLK is het dus van belang om het geheel aan factoren inzichtelijk te krijgen als zijnde het stukjes van een puzzel.

Voorbeelden van risicofactoren voor het ontwikkelen van SOLK (biopsychosociale model)			
	Biologisch	Psychologisch	Sociaal
Voorbeschikkend	* Genetische aanleg * Langdurige somatische ziekte * Vroeg fysiek/ seksueel misbruik	* Vroeg psychisch trauma * Persoonlijkheidskenmerken * Onveilige gehechtheidsstijl	* Langdurige gezins- en relatieproblematiek * Omgang met ziekte in de familie * Emotionele verwaarlozing
Uitlokkend	* Acute somatische ziekte * Ongeval * Fysieke uitputting	* Psychologische problematiek * Heftige onhanteerbare emoties * Innerlijk conflict	* Ingrijpende sociale gebeurtenissen als ziekte in familie, verhuizing, scheiding, dood van dierbare
In stand houdend	* Inactiviteit * Overactiviteit * Conditieverlies	* Bewegingsangst * Catastroferen * Vermijden	* Stigmatisering * Verlies van werk en inkomsten * Weinig sociale steun

(Spaans, 2017)

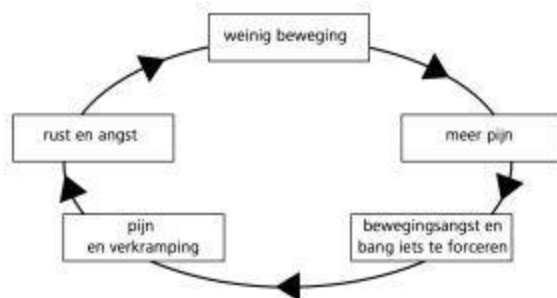
Het SCEGS model, van Spaendonck & Bleijenberg 1999

Het SCEGS model wordt vaak in de eerstelijnszorg gebruikt en is een uitbreiding van het biopsychosociale model. Dit model brengt de somatische, cognitieve, emotionele, gedragsmatige en sociale dimensies van de klachten in kaart, met als vertrekpunt het verhaal van de cliënt. Veel mensen hebben met behulp van deze exploratietechniek voldoende aanknopingspunten om mee verder te kunnen. Soms is er meer nodig, omdat de klachten langdurig beperkend zijn of wanneer een cliënt de overtuiging heeft dat er wel degelijk een lichamelijke aandoening moet zijn die nog niet gevonden is.

Het gevolgenmodel

Het gevolgenmodel gaat verder dan het biopsychosociale model en het SCEGS model en wordt ingezet bij langer bestaande klachten. Hierbij worden de gevolgen van die specifieke klacht bij die specifieke cliënt nauwkeurig in kaart gebracht waardoor men tot een gepersonaliseerd behandelplan kan komen. Bij het gevolgenmodel wordt naar de problematiek van SOLK gekeken in termen van in stand houdende factoren. (Spaans, 2017)

Wanneer een cliënt met SOLK pijn ervaart zal deze goed uitkijken bij het bewegen, met als gevolg angst voor lichamelijke activiteiten. Door het vermijden van beweging, ontstaat er conditieverlies en de daarmee gepaard gaande gevoeligheid voor pijnprikkels. Hierdoor belandt de cliënt in een vicieuze cirkel met als gevolg sociaal isolement en somberheid.



Duidelijk is dat cliënten en hun behandelaren behoefte hebben aan een verklaring voor de klachten die optreden. Een goede verklaring is die verklaring waarin de cliënt zich kan vinden en die tevens aangrijpingspunten biedt voor een behandeling. (Spaans, 2017)

Cognitieve verklaringsmodellen

Er zijn verschillende cognitieve verklaringsmodellen waarbij niet zozeer de somatisch ervaren klachten centraal staan, maar de interpretatie van deze klachten in samenwerking met de emoties en het gedrag van de cliënt. Bij SOLK komt het vaak voor dat men blijft zoeken naar een ziekteverklaring voor de klachten en daarbij gaat doemdenken, zich zorgen gaat maken en niet kan accepteren dat er geen lichamelijke oorzaak is voor de symptomen. Het gevolg hiervan is dat mensen met SOLK vaak overmatig gebruik maken van de gezondheidszorg en hier vaak ook nog ontevreden over zijn. (Spaans, 2017)

De kracht-klachtbalans

Bij SOLK is het belangrijk om gezondheid te zien als meer dan het afwezig zijn van ziekte en te kijken naar de balans tussen de symptomen en kwetsbaarheden aan de ene kant en de krachten en flexibiliteit van de cliënt aan de andere kant. Het draagkracht-draaglast model gaat uit van de individuele verschillen bij mensen in hun mogelijkheden om met problemen om te gaan. Wanneer de draaglast hoger is dan de draagkracht zal dit leiden tot zowel lichamelijke als psychische klachten. En of men hulp zal zoeken hangt dan weer af van de interpretatie van de klachten. Het acceptatieproces is hierbij een belangrijke factor omdat dit de veerkracht van de cliënt versterkt waardoor het minder van belang is om te vermijden of vechten tegen de klachten. Andere aspecten die bevorderend voor de veerkracht zijn, zijn; optimisme, sociale steun, emoties kunnen reguleren, lichaamssignalen herkennen en verdragen, zelfcompassie en zelfredzaamheid. (Spaans, 2017)

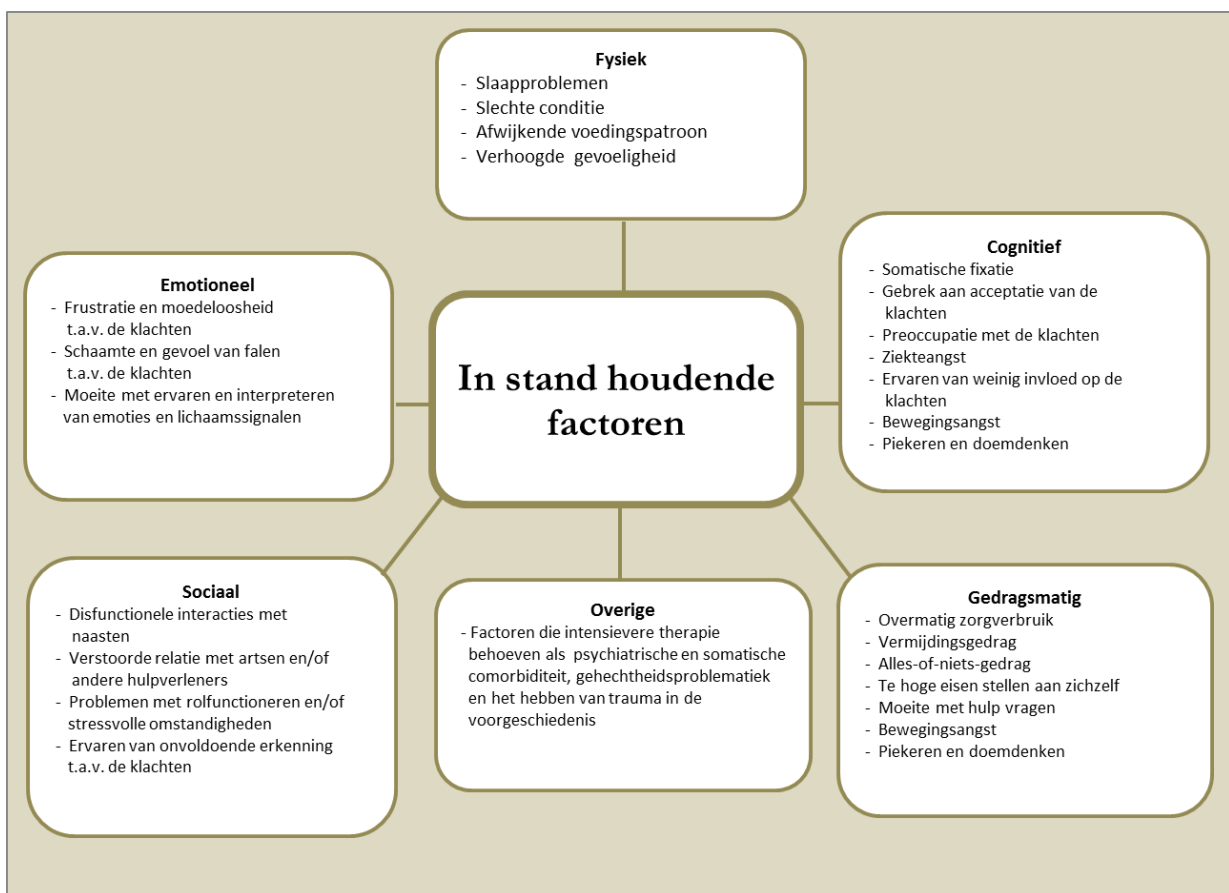
Uit alle bestaande verklaringsmodellen komt eigenlijk naar voren dat zij gezamenlijk heel veel informatie geven, maar afzonderlijk tekort schieten omdat zij dan wel gericht zijn op een biologische verklaring dan wel op een psychologische verklaring. Echter, elke cliënt met SOLK heeft meerdere unieke ziektefactoren die elkaar beïnvloeden of versterken en een monocausale beschrijving voldoet simpelweg niet.

In stand houdende factoren

Bij SOLK is het duidelijk dat er meerdere factoren zijn die het ontstaan en voortbestaan ervan verklaren. Deze factoren worden doorgaans onderverdeeld in drie groepen; de kwetsbaarheidsfactoren, de uitlokkende factoren en de in stand houdende factoren.

De eerste groep factoren betreft die mensen die gevoeliger zijn om SOLK te ontwikkelen door hun karakter of door trauma's uit het verleden. Uitlokkende factoren zijn stressvolle levensgebeurtenissen en infecties. Omdat de factoren uit deze twee groepen nauwelijks te beïnvloeden zijn, richt de behandeling zich voornamelijk op de derde groep van in stand houdende factoren. (Spaans, 2017)

De factoren die bijdragen aan het ontstaan en voortduren van SOLK kunnen per persoon erg verschillen. Een factor die bij de ene cliënt de klachten in stand houdt, hoeft bij de andere cliënt geen enkele rol te spelen. Daarom lijkt het van belang om bij de behandeling die interventies te gebruiken die gericht zijn op de factoren die bij deze cliënt de symptomen van SOLK in stand houden.



In stand houdende factoren (Spaans, 2017)

Stress

De definitie van stress zoals genoemd in de Dikke Van Dale online is;

1 *psychologie* kracht die, in de vorm van fysische, psychische of sociale druk uitgeoefend op een systeem, leidt tot veranderingen (meestal verslechtingen of verstoringen)

2 [toestand van psychische gespannenheid die het gevolg is van stress (1)

In de volksmond staat stress voor psychische spanningen waardoor men minder kan functioneren. Een mens kan veel stressoren (factoren die stress veroorzaken) hebben maar weinig stress voelen. Daarentegen kan een mens ook weinig stressoren hebben en veel stress voelen. Elk individu reageert anders op stressoren als gevolg van karakter, coping, vaardigheden (endogene factoren, van de persoon zelf), omstandigheden, reacties van de omgeving, live-events (exogene factoren, buiten de persoon). Uiteindelijk is het niet de gebeurtenis zelf die de mate van stress bepaalt, maar hoe de persoon ermee omgaat.

Het stressresponsysteem is het systeem waarbij het brein alle vormen van gevaar oppikt waarbij een reactie van het lichaam nodig is. Dit geldt zowel voor acute bedreigingen (tijger) als voor langer durende bedreigingen zoals lichamelijke overbelasting. (Fleming & Vollebregt, 2019) Wanneer het brein concludeert dat er gevaar dreigt, worden er allerlei lichamelijke processen in gang gebracht;

- het spierstelsel gaat op spanning zodat men kan vechten, vluchten, verstijven.
- het zenuwstelsel zorgt voor een verhoogde bloeddoorstroming, een snellere hartslag, verhoogde zuurstoftoevoer door snellere ademhaling en een verhoogde transpiratie tegen oververhitting.

Het stressresponsysteem is een beschermingsmechanisme welke zeer goed werkt in tijden van acuut gevaar gedurende een korte periode, maar echter niet berekend is op langdurige perioden. Hierdoor ontstaan op den duur problemen. Naast de activerende mechanismen van het spier- en zenuwstelsel zijn er ook mechanismen die worden plat gelegd in tijden van gevaar, omdat het lichaam niet alles tegelijkertijd kan. Voorbeelden hiervan zijn;

- het immuunsysteem (genezing van letsels) wordt onderdrukt.
- het spijsverteringsstelsel (voedselverwerking) wordt uitgesteld.
- het vermogen om in slaap te vallen wordt onderdrukt.
- het libido is verlaagd.

Dit is waarom mensen met chronische pijnklachten vaak ook te maken hebben met langer durende infecties of darmklachten (PDS/IBS). Door de langdurige stress en de overbelasting van het lichaam zijn het immuunsysteem en het spijsverteringsstelsel anders gaan reageren.

De functie van pijn

Pijn is een zeer nare sensatie die expres zo ingrijpend is gemaakt omdat het op deze wijze een zeer effectief mechanisme is voor de overleving van de mens. (Fleming & Vollebregt, 2019) Pijn heeft als doel de mens te beschermen, doordat gevaar razendsnel gesignaleerd wordt, nog voor er sprake is van weefselschade. Men voelt pijn zodra het brein de conclusie trekt dat de situatie bedreigend is en er maatregelen dienen worden getroffen.

Pijn is complex omdat veel onderdelen van het lichaam en het brein erbij betrokken zijn. Deze onderdelen tezamen noemt men ook wel het pijncentrum. Het pijncentrum wordt geactiveerd door signalen van het lichaam die uiteindelijk verwerkt worden in het centrale zenuwstelsel; het ruggenmerg en het brein. Tenslotte komt het brein met een reactie op de binnen gekomen signalen.

Acute pijn

Acute pijn is een waarschuwing van ons lichaam om verdere schade te voorkomen. Er is vaak een aanwijsbare oorzaak; er is sprake van beschadigd weefsel (na een stoot of een val), er heeft een operatie plaats gevonden of de persoon heeft een ontsteking. Deze pijn gaat relatief snel over omdat het brein zo snel mogelijk van de pijn af wil en de persoon zal stimuleren de situatie aan te passen door middel van aanpassing van het gedrag van de persoon; hand terug trekken van een te

hete kachel, de houding veranderen bij langdurig in een houding zitten achter de computer, en dergelijke.

Chronische pijn

Chronische pijn is pijn die niet verdwijnt binnen zes maanden en waarbij er vaak geen schade meer te vinden is aan het lijf. Bij veel mensen biedt medisch onderzoek geen duidelijke oorzaak meer voor het ontstaan en voortbestaan van de klachten. De pijn heeft in die zin geen waarschuwingssignaal meer en is daarom ook wel ‘waardeloos’ te noemen. Mensen met chronische pijnklachten hebben vaak lange tijd niet geluisterd naar signalen in hun lichaam die wezen op overbelasting en/of pijnsignalen van hun lichaam onderdrukt met pijnmedicatie.

Het pijnsysteem

Pijn is te voelen in ons lichaam, maar wordt door het brein gegenereerd. Wanneer ons brein concludeert dat er geen gevaar dreigt, of er nu wel of geen schade is in het lichaam, voelt men geen pijn. (Fleming & Vollebregt, 2019)

Het pijnsysteem is het onderdeel van ons alarmsysteem dat ons over dreigend gevaar informeert. Als een deel van dit alarmsysteem niet naar behoren werkt, kunnen er ontstekingen ontstaan of delen van het lichaam afsterven. Pijn is nodig om te kunnen overleven, want zonder pijn heeft men immers niet door dat er gevaar is.

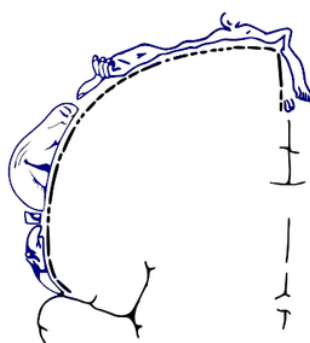
Het pijnsysteem bestaat onder andere uit onze *zintuigen* die informatie via specifieke zenuwbanen doorgeven aan ons brein. Daarnaast heeft men miljoenen *sensoren* in het lichaam die continu veranderingen in de toestand van het lichaam waarnemen op het gebied van druk, temperatuur en chemische stoffen. Deze veranderingen worden vervolgens doorgegeven aan het ruggenmerg. De zogenaamde *nociceptieve sensoren* of allround sensoren geven met prioriteit gevaar door aan het brein wanneer er meerdere soorten prikkels tegelijk binnenkomen. Deze sensoren hebben dus voorrang op de ‘gewone’ *gespecialiseerde sensoren*. Het is van belang te weten dat geen van de sensoren in het lichaam pijn kunnen registreren omdat pijn altijd een interpretatie is van het brein. (Fleming & Vollebregt, 2019)

Via de *synaps*, ofwel het schakelcentrum, wordt vervolgens de informatie gesorteerd en geordend. Via de ene zenuw (van lichaamsdeel naar ruggenmerg) komt de informatie naar de volgende (via ruggenmerg naar brein). De synaps stuurt alleen een gevaarboodschap naar het brein wanneer er binnen een bepaalde tijd genoeg informatie over het gevaar verzameld is.

In het brein bestaat er een kaart van het hele lichaam waarop elk onderdeel van het lichaam dat gevoeld kan worden staat weergegeven. Deze kaart noemt men de sensorische homunculus, oftewel het gevoelspoppetje. Naast het gevoelspoppetje bevindt zich een tweede kaart in het brein, die het bewegen aanstuurt; de motor homunculus oftewel het bewegingspoppetje. Wanneer een bepaald onderdeel in het brein wordt geactiveerd, bijvoorbeeld het rechterbeen, zullen er sensaties in het rechterbeen zelf worden waargenomen. Dit gegeven wordt gebruikt bij hersenoperaties.



Homunculus



**Primaire motorcortex
“bewegingspoppetje”**



**Primaire somatosensorische cortex
“gevoelspoppetje”**

De pijnmatrix

De pijnmatrix is een netwerk van verschillende hersendelen die alle informatie analyseert en op afstand van de werkelijke lichaamsdelen beslissingen neemt. Elk deelnemend hersendeel heeft een op zichzelf staande functie maar er bestaan tevens onderlinge verbindingen. Er zijn ook signalen (gedachten en stressvolle emoties) die zonder de informatie uit het lichaam de pijnmatrix kunnen aanzetten. Met andere woorden; door angstgedachten of stress kan er een pijnervaring zijn zonder dat er uit het lichaam maar enige informatie over dreigend gevaar komt. (Fleming & Vollebregt, 2019) Andersom is het ook mogelijk dat men geen pijn voelt terwijl er wel informatie van gevaar naar het brein gestuurd wordt vanuit de lichaamssensoren. Dit is bijvoorbeeld het geval in acute noodsituaties waarbij het voor het overleven van een persoon van belang is om geen pijn te voelen. De pijnervaring komt dan vaak heftig naar voren wanneer het gevaar voorbij is.

Centrale Sensitisatie

Bij chronische pijn gaat de aandacht aanvankelijk vaak naar het gebied waar de pijnervaring wordt waargenomen, terwijl de oorzaak te vinden is in het centrale zenuwstelsel (het ruggenmerg + het brein). Van *Centrale Sensitisatie* spreekt men wanneer er in het centrale zenuwstelsel sprake is van verhoogde waakzaamheid van het alarmsysteem terwijl er geen sprake meer is van weefselschade. Deze verhoogde waakzaamheid is een soort overbescherming en ook wel te vergelijken met een brandalarm dat te scherp staat afgesteld. Als pijn blijft bestaan terwijl de weefselschade weg is, dan betekent dit dat het brein “denkt” dat er gevaar dreigt, ook al is dit niet meer het geval. Onze gedachten, emoties en herinneringen kunnen de pijn-matrix activeren zonder dat er gevaarpraktijk uit de lichaamssensoren komen.

Hoofdpijn

Hoewel iedereen weleens hoofdpijn ervaart, komt het bij vrouwen twee keer zo vaak voor als bij mannen. (Fleming & Vollebregt, 2019) In de meeste gevallen gaat het om primaire hoofdpijn en wordt de pijn niet veroorzaakt door andere aandoeningen zoals dit bij secundaire hoofdpijn het geval is.

De bekendste vormen van hoofdpijn betreffen migraine en spanningshoofdpijn. Migraine wordt tegenwoordig geclassificeerd als een hersenziekte en is veel meer dan een gewone hoofdpijn. Kenmerkende signalen bij migraine zijn dat de pijn bijna altijd eenzijdig is en gepaard gaat met overgevoeligheid voor geluid en licht, misselijkheid en overgeven. Mensen met migraine zijn gevoeliger voor prikkels uit de omgeving, zoals felle lichten of harde geluiden, of van binnenuit, zoals hormonen. Hierdoor raken delen van de hersenen sneller in de war, vooral in de hersenstam die op zijn beurt informatie stuurt naar de rest van de hersenen en de hersenvliezen. Omdat de hersenvliezen geïrriteerd raken, krijgt men dan hoofdpijn. (www.hersenstichting.nl, 2022)

Spanningshoofdpijn is de meest voorkomende vorm van hoofdpijn waarbij men last heeft van een drukkende of klemmende pijn rondom de schedel. Vaak kan men geen bepaalde plek aanwijzen waar de pijn zich bevindt. Deze vorm van hoofdpijn ontstaat doorgaans door toegenomen spierspanning van de spieren die aan de schedel vast zitten, door te lang in een bepaalde houding te hebben gezeten of door stress. Bij deze vorm van hoofdpijn worden tevens vaak lage rugpijnklachten gesignaleerd door spanning in de rugspieren.

Van chronische hoofdpijn spreekt men wanneer men meer dan 15 dagen per maand last heeft van hoofdpijn. Bij een kwart van de mensen met chronische hoofdpijn is deze ontstaan door langdurig gebruik van pijnstillers (langer dan drie maanden). In veel andere gevallen is er geen oorzaak aan te wijzen. Wanneer men afhankelijk geworden is van het nemen van pijnstillers als paracetamol/ibuprofen/naproxen krijgt men onthoudingsverschijnselen in de vorm van

hoofdpijn wanneer men hiermee stopt. De behoefte ontstaat dan om weer medicijnen te gebruiken en zo vervalt men in een vicieuze cirkel van hoofdpijn en het gebruik van pijnstillers.²

Mensen die goed weten waar hun hoofdpijn vandaan komt (bv door overbelasting, stress, waardoor de spierspanning is toegenomen) zullen zich minder zorgen maken over het verloop van hun hoofdpijn dan mensen die niet goed op de hoogte zijn en denken aan een ernstigere oorzaak. Mensen die zich meer zorgen maken hebben meer stress en meer stress zorgt voor meer pijn. Ook hier kan men in een vicieuze cirkel vervallen; meer stress → meer pijn, meer pijn → meer stress....

Buikpijn

Buikpijn is lastig te definiëren, omdat er vele soorten van buikpijn zijn evenals vele mogelijke oorzaken. Veel mensen hebben regelmatig last van buikpijn. Buikpijn is een pijnlijk gevoel in de boven-, of onderbuik of soms zelfs in alle twee gebieden tegelijk, vaak ter hoogte van de maag en darmen. Soms verklaarbaar, maar ook heel vaak onverklaarbaar. De beleving van buikpijn is voor iedereen anders. De één voelt steken, de ander darmkrampen en weer een ander een opgeblazen gevoel of een dof, pijnlijk gevoel dat constant aanhoudt. Buikpijn kan af en toe voorkomen, maar ook chronisch zijn.

Van *functionele buikpijn* spreekt men wanneer er sprake is van aanhoudende of steeds terugkerende buikpijn, er geen verbetering van de klachten is na ontlasting of een link heeft met een veranderd ontlastingspatroon én er geen medische aandoeningen gevonden zijn die de buikpijn afdoende kunnen verklaren.³

Naast lichamelijke oorzaken (verstopping, diarree, brandend maagzuur, voedselallergieën, galstenen, menstruatie, PDS, IBD) zijn er ook oorzaken te vinden in de psyche en leefstijl; stress, spanningen, te veel eten, te gekruid eten, te weinig slaap, e.d. Bij kinderen komt tevens vaak functionele buikpijn voor waarbij vaak emotionele (eigen of overgenomen verdriet, angst), sociale (interacties [opvoeding: soms te corrigerende ouder]), psychische (rollen, verantwoordelijkheid, schuld) of omgevingsfactoren (verhuizing, overleden dierbare) een rol te spelen. (Uijtenbogaardt, 2017) Van kinderen is bekend dat zij hun ouders kunnen spiegelen; zij nemen vaak onbewust emoties of gedragingen van hun ouders over als ware deze van henzelf. Vaak is dit een uiting van liefde en het onbewuste idee van kinderen dat de ouder een emotie of verantwoordelijkheid niet zelf kan dragen. (Uijtenbogaardt, 2017) Hierdoor belast het kind zichzelf onnodig wat tevens kan leiden tot buikklachten.

Mensen die heftige en/of chronische buikpijn ervaren kunnen zich belemmerd voelen in het dagelijkse leven, door vermoeidheid als gevolg van de pijn. Naast de lichamelijke gevolgen kan er ook sprake zijn van psychische gevolgen als neerslachtigheid en stemmingswisselingen.⁴

Tinnitus

Tinnitus of oorsuizen is het horen van geluid in een of beide oren of in het hoofd. Dit gehoorde geluid heeft geen externe geluidsbron en komt dus van binnenuit. Het geluid kan van alles zijn: suizen, piepen, gonzen, een melodie of meertonige geluiden. (Wagenaar, 2012)

Tinnitus kan in combinatie met *hyperacusis* voorkomen; een overgevoeligheid voor geluid van buiten. Het verschil tussen beide is dat het bij hyperacusis gaat om een aanwijsbare geluidsbron uit de omgeving en bij tinnitus om een geluid zonder aanwijsbare geluidsbron. (Wagenaar, 2012)

² www.allesoverhoofdpijn.nl

³ Richtlijn functionele buikpijn bij kinderen, www.isala.nl, 2015

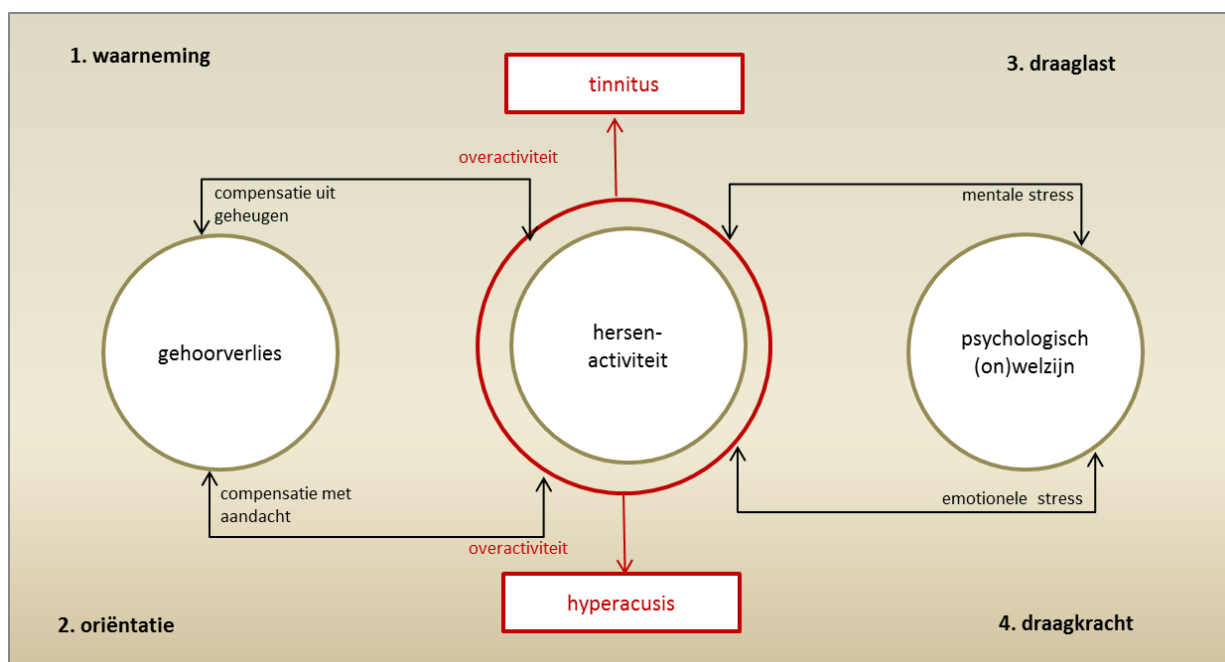
⁴ www.mlds.nl/klachten/buikpijn-buikklachten/

Veel mensen hebben last van tinnitus. In Nederland zijn er ca. 900.000 die hinderlijk last hebben van tinnitus. De hinder bij deze mensen varieert van irritatie tot slaapproblemen tot niet meer kunnen werken. Uit wetenschappelijke studies blijkt tevens dat 2% ziek wordt van tinnitus. In Nederland komt dit neer op ruim 100.000 mensen. (Wagenaar, 2012) Hierbij kan men denken aan symptomen als uitputting en ernstige depressies waarbij men soms aan zelfdoding denkt. Bij deze mensen is vaak sprake van angst- machteloosheids- en wanhoopgevoelens. Door de versnipperde kennis over tinnitus in de zorgverlening komt hulp soms te laat. Er is echter steeds meer kennis over tinnitus. De behandeling richt zich met name op uitleg over tinnitus (wat is het), waarom men het heeft en het grip krijgen op de oorzaken ervan. Door deze kennis en het veranderen van gedrag krijgt men vaker controle over de tinnitus.

Met het gehoor, een van de vijf zintuigen, kan de mens waarnemen (wát hoor ik?) en zich oriënteren (wáár bevindt zich wat ik hoor?). Het antwoord op deze vragen is van belang voor het gevoel van veiligheid. Als het gehoor afneemt, neemt de hersenactiviteit toe om de binnengekomen informatie toch te kunnen interpreteren. Het brein past zich als het ware aan de verandering (gehoorverlies) aan. Dit noemt men *neuroplasticiteit*. Wanneer dit aanpassingsproces te veel moeite kost en het brein overbelast is dan is het hulpmiddel hoorbaar (tinnitus) en voelbaar (hyperacusis). Tinnitus is het horen van de compensatie ten behoeve van de waarneming en hyperacusis het resultaat van moeizame compensatie van de oriëntatie.

Naast gehoorverlies (en het aanpassingsvermogen van het brein) kan de psychologische gezondheid van de mens tevens een rol spelen in het ontstaan van tinnitus. Bij psychologische stress is er sprake van een verstoord evenwicht tussen draagkracht en draaglast van de mens. Bij mensen met een normaal gehoor wijst tinnitus vaak in deze richting. Het is dus van belang dat mensen met tinnitus een audiogram laten maken om te bepalen of er sprake is van gehoorverlies. Tenslotte kan er tevens sprake zijn van verminderde lichamelijke fitheid (inclusief die van het brein) die leiden tot mentale overbelasting en daarmee de tinnitus.

Voorafgaand aan de behandeling van tinnitus is het daarom van belang om deze drie terreinen (gehoor, lichamelijke conditie en psychische gezondheid) te onderzoeken. (Wagenaar, 2012) Samenvattend zijn tinnitus en hyperacusis verschijnselen van overbelaste en daarom overactieve hersenen. De behandeling dient er op gericht te zijn om de overbelasting op de gebieden die van belang zijn onder controle te brengen en weg te nemen.



(Wagenaar, 2012)

Specifieke behandelmethoden en interventies

Inmiddels wordt SOLK in hulpverleningsland steeds sneller en beter (h)erkend en dat heeft er toe geleid dat er meerdere behandelmethodes en interventies toegepast worden. Hieronder volgt een selectie van het aanbod dat er momenteel is voor cliënten met SOLK.

Screening en anamnese

Tijdens de intake is het aan de behandelaar om te beoordelen of de genoemde lichamelijke klachten SOLK klachten zijn of dat er iets anders aan de hand is. In de psychosociale- en hypnotherapie is het van belang om bij lichamelijke klachten altijd te checken of de cliënt bij de huisarts en/of specialist heeft uitgezocht of er een medische oorzaak is voor de klachten. De therapeut dient hierbij alert te zijn op rode vlag signalen en/of gele vlag signalen.

Bij de anamnese is het van belang dat zorgvuldig wordt uitgevraagd welke klachten er zijn, hoe lang deze aanwezig zijn, wat de pijnscores zijn, welke mogelijke verklaringen de cliënt heeft voor de klachten, welke invloed er is van de sociale omgeving en werk, draaglast versus draagkracht, energiescores, slaap-waakritme, voedingspatroon, lichaamsbeweging e.d.

Bij mensen met SOLK is het bekend dat zij over hun grenzen gaan bij fysieke activiteiten evenals bij mentale werkzaamheden. Mensen zijn zich vaak niet bewust dat ook mentale prikkels verwerkt dienen te worden en inspanning vragen. Het is zinvol om psychische klachten (als concentratie-, geheugen- en planningsproblemen) naast de andere (zoals bewegingsangst, catastrofen en somberheid) te plaatsen en deze dan als neuropsychologische overbelastingklachten te zien. (Kallen, Pennings, 2013)

Desensitisatie:

Psycho-educatie zorgt voor begrip in het bewuste deel van het brein waardoor men goed weet wat er aan de hand is. Hoe beter men op de hoogte is van de processen in het lichaam, hoe beter het onbewuste van de mens begrijpt dat er geen daadwerkelijk gevaar dreigt. Dit zal er uiteindelijk voor zorgen dat de verhoogde waakzaamheid niet meer nodig is en de pijn naar de achtergrond kan verdwijnen. Desensitisatie kan ook jaren later nog plaatsvinden. Een belangrijk onderdeel van de behandeling bij SOLK is dus psycho-educatie en het transformeren van niet-helpende gedachten naar helpende gedachten (RE/T/CGT/NLP). Wanneer er sprake is van een traumatische ervaring, zoals een ongeluk, waarbij de herinnering er aan steeds pijnprikkels oproept, is EMDR aanbevolen bij desensitisatie. Binnen de hypnotherapie kan men de afgeleide vorm van EMDR toepassen: DRT (Distraction Reprocessing Therapy), eventueel in combinatie met BJT (Bevrijd Jezelf Therapie).

Balans:

Om het lichaam te laten herstellen van perioden van stress is het nodig dat men weer volledig tot rust komt zodat de hartslag kalmer kan worden, de spijsvertering weer op gang gebracht kan worden, de energieopslag weer opgebouwd kan worden, e.d. Mindfulness, meditatie en ontspanningsoefeningen kunnen hierbij helpen, evenals een gestructureerd slaap-waak ritme en eet- en bewegingspatroon. Het leren toepassen van herstel bevorderende technieken kan de vicieuze cirkel rond slapen en grote vermoeidheid helpen doorbreken. (Fleming & Vollebregt, 2019)

Een bekend effect van ontspanningsoefeningen is het schijnbaar toenemen van de lichamelijke pijnklachten. Dit heeft waarschijnlijk te maken met het stilstaan bij de gevoelens waarbij men niet meer afgeleid wordt van de pijn. Met andere woorden; de focus is verlegd waardoor de klacht heviger naar voren lijkt te komen. Het is niet voor niets waarom zoveel mensen afleiding zoeken in werk, alcohol, drugs, eten, gamen, series kijken. Toch is het erg belangrijk dat het lichaam zich herstelt waardoor het uiteindelijke effect verbetering is van de klachten.

Tevens is het belangrijk om balans te vinden in inspanning en ontspanning. Bij te veel inspanning raakt men overbelast en van te weinig inspanning wordt men lusteloos en valt men minder diep in slaap 's nachts. Dit leidt weer tot slaaptekort en tot onvoldoende herstel van inspanningen. Uiteindelijk leidt dit tot een slechtere conditie en afbraak van de energievoorraad. Bij chronische pijn en vermoeidheid is het dus van belang om de conditie weer op te bouwen.

Cognitieve gedragstherapie

Cognitieve gedragstherapie (CGT) is de best onderzochte en meest gebruikte behandelmethode bij SOLK. (Spaans et al., 2017) De CGT gaat ervan uit dat disfunctioneel gedrag en disfunctionele cognities sterke invloed hebben op het beloop van lichamelijke klachten. Visser en Reinders (2015) hebben een behandelprotocol ontwikkeld voor de omgang met lichamelijke klachten, waarbij er een inventarisatie plaats vindt van de klachten op basis van het gevolgenmodel en een inventarisatie van de copingvaardigheden. (Spaans et al., 2017) Hierop volgt een aantal interventies; uitleg van cognitieve therapie, leren relativeren, uitdagen van niet-helpende cognities, het opzetten van gedragsexperimenten, het stoppen van vermijding en controles, exposure en het oefenen met vaardigheden die nodig zijn om met de lichamelijke klachten om te kunnen gaan.

Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

ACT is een bruikbare en effectieve behandelmethode voor cliënten met SOLK. Het uitgangspunt is dat blijven vechten tegen chronische fysieke klachten deze kunnen versterken en daarmee de kwaliteit van leven beïnvloeden. ACT rekent zich tot de derde generatie gedragstherapie die zich richt op Mindfulness, acceptatie, cognitieve defusie (het losmaken van de gedachten) en activiteiten vanuit persoonlijke waarden, waardoor de psychologische flexibiliteit, kwaliteit van leven en het gedragsrepertoire toeneemt. De ACT streeft niet naar afname van lichamelijke klachten, maar naar het aannemen van een accepterende houding in plaats van gedachten of gevoelens te proberen te vermijden, negeren, veranderen of controleren. (Spaans et al., 2017)

Hypnotherapie

Hypnose kan worden ingezet bij verschillende SOLK-klachten. Hypnose is ook aangetoond effectief gebleken bij de behandeling van het prikkelbaredarmsyndroom bij volwassenen. Door middel van hypnose verbeterden angst- en depressieve klachten en somatisatie (Gholamrezaei et al., 2006; Whiteshead et al., 2006). Maar ook bij kinderen is aangetoond dat hypnose de pijnfrequentie en intensiteit van pijn vermindert bij het prikkelbaredarmsyndroom (Vlieger et al., 2007). In het behandelprotocol voor motorische conversiestoornis wordt hypnose ook genoemd als interventie en zijn er positieve resultaten mits de behandeling is uitgevoerd door gespecialiseerde therapeuten, maar hierbij is verder onderzoek nog gewenst omdat het bewijs voor de effectiviteit nog bescheiden is. (Spaans et al., 2017)

Hoofdstuk 2 Hypnotherapie in het kort

Wat is hypnotherapie?

Hypnotherapie is een vorm van psychotherapie waarbij gebruik wordt gemaakt van trance. Trance is een toestand van diepe ontspanning en veranderd bewustzijn, waarin wij contact kunnen maken met ons onbewuste. Door het toepassen van hypnotherapeutisch taalgebruik en afstemming op de ademhaling kan deze trance worden opgewekt⁵. (Uijtenbogaardt, 2015)

De bewust opgeroepen trance zorgt ervoor dat de aandacht meer naar binnen gericht kan worden en het (vaak kritische) denken meer kan worden losgelaten. Hierdoor heeft men toegang tot innerlijke hulpbronnen en staat men meer open voor positieve suggesties ten behoeve van het behalen van persoonlijke doelen.

Trance kan men het beste vergelijken met dagdromen en ieder mens heeft het weleens ervaren; het moment in de auto dat men tot het besef komt al een eind te hebben gereden zonder zich daar helemaal bewust van te zijn, het kind in de klas dat tijdens de klassikale lessen niets heeft meegekregen van de uitleg van de docent omdat hij zat weg te dromen, de pan vol met geschildre aardappelen terwijl wij ‘in gedachten verzonken waren’...

Het sterkste zelf-hypnotische tijdstip van de dag is het moment dat wij ’s morgens wakker worden en nog even vertoeven in een slaap-waaktoestand.

Tranceverschijnselen

Er zijn verschillende diepten van trance en daarbij kunnen ook verschillende tranceverschijnselen optreden welke waar te nemen zijn als lichamelijke signalen. Voorbeelden van tranceverschijnselen zijn het veranderde tempo in reactievermogen van de cliënt, veranderd stemgeluid, slikken, knippen van de oogleden, diepere of verstilde ademhaling, onwillekeurige spierbewegingen, e.d. Deze signalen hebben een belangrijke diagnostische waarde voor de therapeut omdat deze kan achterhalen of het tempo aangepast dient te worden, of de cliënt een prettige ervaring heeft of een lichamelijke prikkel die aandacht behoeft.

Moderne hypnotherapie

Iedereen heeft wel een idee bij hypnose en vaak denkt men dan aan een vorm van toneelhypnose waarbij mensen in een kip veranderen en niets meer weten van wat zij onder hypnose gedaan hebben. Dit beeld zorgt ervoor dat mensen doorgaans wat huiverig zijn voor hypnose en bang zijn om de controle te verliezen.

In de *moderne* hypnotherapie blijft de cliënt tijdens de trance te allen tijde bewust en alert en worden de gevoelens van de cliënt gevolgd. Vergeleken met de klassieke hypnotherapie en toneelhypnose is de moderne hypnotherapeut meer volgend dan autoritair en maakt men geen gebruik meer van *amnesie*; het tijdelijk niet meer weten. De hypnotherapeut stemt af op de cliënt en poogt telkens een balans te vinden tussen volgen en sturen, tussen non-directief en directief zijn, met als doel de cliënt te ondersteunen in diens proces. De moderne hypnotherapie kwam op in de jaren zestig van de vorige eeuw waarbij de Amerikaanse psychiater en psychotherapeut Milton Erickson doorbrak met hypnose als therapeutisch instrument. Milton Erickson is door zijn manier van werken van grote invloed geweest op de moderne hypnotherapie en wordt daarom dan ook de grondlegger van de moderne hypnotherapie genoemd. Hoewel Erickson nog steeds autoritaire trekjes had, een kunstenaar was in manipuleren en gebruik maakte van *somnambulistische* trance (met slaap en amnesie), stond de cliënt bij hem centraal en paste hij zijn behandelwijze aan de omstandigheden en de individuele behoeften van zijn cliënt aan.

⁵ De afbeelding op de achtergrond betreft Hypnos, de Griekse god van de slaap

Methoden voor het behandelplan

ALTIS-model

Het ALTIS-model hoort bij een gedegen intake wanneer er sprake is van SOLK-klachten. Cliënten hebben vaak een lange zoektocht achter de rug voor hulp en verbetering van hun lichamelijke klachten. Als therapeut is het van belang om zorgvuldig de tijd te nemen en te luisteren naar hun verhaal en zoveel mogelijk achtergrondinformatie te verkrijgen. Medici gebruiken bij pijnklachten het ALTIS-model bij de intake. Hypnotherapeuten voegen hier vaak ook psychosociale vragen aan toe:

A: Aard: beschrijving van de aard van de klachten, om welke verschijnselen het gaat en hoe de pijn beschreven zou kunnen worden (prikkend, stekend, tintelend, snijdend, ed.). Een hypnotherapeut vraagt tevens naar de kleur, vorm, grootte en hoedanigheid (hardheid, structuur) van de klacht.

L: Locatie: waar in het lichaam bevindt zich de pijn, hoe groot is dit gebied, bevindt de pijn zich aan de oppervlakte of dieper, is er sprake van uitstraling? De hypnotherapeut vraagt hierbij of er iets in de cliënt opkomt wanneer de aandacht gericht wordt op het pijngebied.

T: Tijdsbeloop: hoe lang duurt de pijn, hoe frequent is deze aanwezig, op welke dagen/dagdelen het hevigst? De hypnotherapeut vraagt ook door over het ontstaan van de klachten: wanneer voor het eerst bemerkt, is de klacht acuut of geleidelijk ontstaan, was er sprake van opvallende live-events?

I: Intensiteit: vragen naar de pijnbeleving aan de hand van de schaal van 0-10; hoe intens ervaart men de pijn? Neemt de intensiteit toe of juist af? De hypnotherapeut vraagt hier ook naar factoren die de klachten verergeren of verminderen.

S: Samenhang: hangt de klacht samen met andere klachten? Voor de hypnotherapeut: welke invloed heeft de klacht op het dagelijkse functioneren met betrekking tot nachtrust, werk, sociale contacten? Wat levert de klacht je op (ziektewinst) of wat raak je kwijt door de klacht?

(Uijtenbogaardt, 2015)

Motivatietest

Een motivatietest helpt de therapeut om te achterhalen hoe gemotiveerd de cliënt is om tot verandering te komen en of er sprake is van belemmerende overtuigingen. Zoals gezegd komen cliënten vaak na een lange zoektocht naar een verklaring voor hun lichamelijke klachten bij de hypnotherapeut en het wil wel voorkomen dat men de hoop op verbetering eigenlijk al heeft opgegeven. Het werken met de belemmerende overtuigingen is dan een startpunt van de therapie.

De motivatietest bestaat uit de volgende vier vragen;

- Wat heb ik niet als ik mijn doel niet bereik?
- Wat levert het me op als ik mijn doel niet bereik?
- Wat raak ik kwijt als ik mijn doel bereikt heb?
- Wat levert het me op als ik mijn doel bereikt heb?

Verder is het interessant om te bekijken of de cliënt echt kiest om zijn doel te bereiken. Is hij in staat om de volgende zinnen uit te spreken?

- Ik wil mijn doel bereiken.
- Het is mogelijk mijn doel te bereiken.
- Ik ben het waard om mijn doel te bereiken.
- Ik heb de vaardigheden om mijn doel te bereiken.

(Uijtenbogaardt, 2015)

Progressieve Relaxatie

De Progressieve Relaxatie of Spierontspanning is een van de bekendste ontspanningsoefeningen en inmiddels een echte klassieker. De Amerikaanse arts Edmund Jacobson ontwikkelde deze oefening in de jaren 20 van de vorige eeuw.

Ontspannen is volgens Jacobson het tegenovergestelde van nerveus of onrustig zijn en bovendien een lichamelijke kwestie. Het bewust ontspannen van een spier is echter niet iets dat we gewend zijn. We zijn gewend om onze spieren aan te spannen om iets vast te pakken, om te praten, om te lopen, ed. Dit zou geen probleem zijn, als we na iedere lichamelijke handeling weer terug zouden keren naar een toestand van volkomen lichamelijke ontspanning. Maar hier ligt volgens Jacobson het probleem.

Als gevolg van het jachtige moderne leven houden veel mensen continue, dus ook als ze niet actief een handeling uitvoeren, een bepaalde spanning in hun spieren vast. Hierin zou de oorzaak liggen van allerlei klachten.

Spieren ontspannen is eigenlijk de afwezigheid van een handeling of actie. Hoe doe je dat? Jacobson ontwikkelde zijn Progressieve Relaxatie methode om dit systematisch aan te leren. Hiermee oefen je in een liggende houding één voor één spiergroepen aanspannen en vervolgens ontspannen. Het doel is om te leren waarnemen hoe spanning in die spieren aanvoelt en hoe de afwezigheid van spanning aanvoelt. Vervolgens kun je die afwezigheid van spanning ook in je dagelijks leven oproepen.⁶

Voor cliënten die nog weinig ervaring hebben met ontspanningsoefeningen en/of met trance, kan een ontspanningsoefening met progressieve relaxatie helpend zijn in het leren ontspannen.

Medische hypnose en methoden bij pijn en ziekte

Medische hypnose

Voor het behandelplan heb ik gekozen voor een aantal methoden en technieken uit de *Medische Hypnose*, waarvan bekend is dat ze goed werken bij SOLK klachten. (Uijtenbogaardt, 2019) Medische hypnose omvat elke interventie in trance die bijdraagt tot vermindering van pijn of stress door diepe ontspanning en interne focus. De methoden en technieken zijn laagdrempelig van aard en goed af te stemmen op reguliere behandelingen. Bij medische hypnose is het niet nodig gebruik te maken van diepe trance en richt de behandeling zich met name op bewustwording en verandering van gedachten en gedragingen waardoor er meer ruimte is voor emoties waarvan de cliënt aanvankelijk (onbewust) dacht dat hij deze niet aan zou kunnen. De medische hypnose werkt op het brein en beïnvloedt de hersenen zodat emoties niet meer opgeslagen hoeven te blijven en introjecties terug gegeven kunnen worden. In die zin werkt de medische hypnose bevrijdend en helend zodat de cliënt weer helemaal zichzelf durft te zijn bevrijd van interne pijn.

De grot

De grot is een bijzondere methode waarbij de cliënt met gerichte aandacht middels visualisatie de fysieke klacht in kan gaan alsof hij een grot binnengaat. De maagklacht is dan bijvoorbeeld de grot die de cliënt binnen gaat. Om het donker aan te kunnen kan de therapeut een mijnlamp op het hoofd suggereren. Deze lamp geeft licht in de duisternis. Tevens kan een begeleider worden gesuggereerd die de weg wijst. De metafoor blijkt sterk te werken en leidt de cliënt af van de controle en het denken.

De grot-metafoor wordt gebruikt voor pijnreductie, klachtenvermindering en voor meer begrip van de pijn of ziekte wat kan leiden tot gedragsverandering.⁷ (Uijtenbogaardt, 2019)

⁶ www.ontspanningsoefeningen.com/progressieve-relaxatie-van-jacobson

⁷ Stappenplannen Major Hypnotherapie Academie Hypnos, 2018

De spiegeltechniek

De spiegeltechniek is een methode die zeer geschikt is om een lichamelijke kwaal of pijnklacht middels een visualisatie af te spiegelen in een spiegel. Het proces is dan een beetje als Alice in Wonderland: je stapt in het verhaal, bent het en beleeft het. Het spiegelen van pijn is een dissociatieve aanpak. Met andere woorden; de cliënt zit niet in de beleving van de pijn maar is hier observator van de pijn en heeft meer afstand ertoe.

De spiegeltechniek wordt gebruikt voor pijnreductie, klachtenvermindering en voor meer begrip van de pijn of ziekte wat kan leiden tot gedragsverandering.⁸ (Uijtenbogaardt, 2019)

Pijnveranderingstechnieken

Bij het werken met pijn en ziekte is een metafoor heel geschikt. Vandaar dat het werken met pijnveranderingstechnieken een methode is die heel geschikt is voor pijnreductie. Het indirecte werken doet de pijn meer naar de achtergrond verdwijnen. Tijdens de visualisatie wordt de pijn niet meer genoemd, maar wel de vorm, de kleur, de grootte van de plek die pijn doet. Zowel voor kinderen als volwassenen met pijnklachten zeer geschikt.

De pijnveranderingstechnieken is een interventie die gebruikt wordt om de hoedanigheid van de pijnbeleving te veranderen en is tevens een manier om op een laagdrempelige manier kennis te maken met hypnotherapie.⁹ (Uijtenbogaardt, 2019)

Kinesthetisch werken met persoonlijkheidsdelen

Bij deze methode wordt er gewerkt met de persoonlijkheidsdelen van de cliënt. Deze delen staan voor een bepaalde karaktertrek of eigenschap en kunnen authentiek zijn of strategie. Veel voorkomende strategie-delen zijn controle of weerstand. Het is voor de cliënt belangrijk te ontdekken welke strategie-delen er zijn om deze te kunnen transformeren en zo meer authentiek te kunnen worden.

‘Het zelf’ is een verbindend deel, dat met alle delen contact houdt en de regie heeft en zorgt dat iemand met al zijn deelpersoonlijkheden in verbinding blijft. Hierdoor ontstaat een eenheid, gevoel van identiteit, het ‘ik-gevoel’.

Bij kinesthetisch werken met deelpersoonlijkheden associeert de cliënt eerst met alle delen en zal dan vanuit de regie, ‘het zelf’ en tevens de overzichtsplek, interventies doen in zijn eigen persoonlijkheid om een gezonde nieuwe balans te creëren.

Binnen de methode wordt gewerkt met associatie en dissociatie, regressie, innerlijk kindwerk, introjecties, loslatingsrituelen ed. Er is kortom heel veel mogelijk en bovendien is de methode geschikt voor cliënten met een laag draagvlak. (Uijtenbogaardt, 2015)

Werken met ongezonde overtuigingen (RET/Maultsby)

Het stappenplan Maultsby vindt zijn oorsprong in de Rationeel Emotieve Therapie van de psycholoog Albert Ellis en zijn ABC-model. Ellis ontwikkelde een aanpak die focuste op de wijze van denken van mensen en de betekenis die men geeft aan gebeurtenissen. Zijn ideeën over het belang van cognitie bij het ontstaan van emoties en gedrag hebben een belangrijke rol gespeeld binnen de psychologie.

RET richt zich op het ombuigen van belemmerende (irrationele) gedachten tot positieve helpende gedachten en gaat ervan uit dat het gevoel mee verandert wanneer gedachten positief veranderen. Met het ABC-model brengt RET emotionele gebeurtenissen in kaart. Het zijn niet de

⁸ Stappenplannen Major Hypnotherapie Academie Hypnos, 2018

⁹ Stappenplannen Major Hypnotherapie Academie Hypnos, 2018

gebeurtenissen (A; activating; gebeurtenis) die emoties los maken en spanning of stress veroorzaken (C; emotional consequence; gevoel), maar onze gedachten hierover (B; belief; gedachte). Dr. Maxie C. Maultsby heeft de oorspronkelijke aanpak van Ellis doorontwikkeld.

Bij het stappenplan Maultsby worden de volgende vragen gesteld om te bepalen hoe ongezond de gedachte is;

- Is mijn gedachte gebaseerd op feiten?
- Zal mijn gedachte me helpen verstandig, veilig en gezond te leven?
- Geeft mijn gedachte gevoelens, die ik graag heb?
- Helpt mijn gedachte mij mijn gekozen doel te bereiken?
- Helpt mijn gedachte innerlijke conflicten en conflicten met anderen te verminderen?

Wanneer men door het beantwoorden van deze vragen tot de conclusie komt dat de gedachte ongezond en belemmerend is, kiest men voor een nieuwe functionele gedachte. De formulering luistert nauw en komt met behulp van de therapeut tot stand. Met de nieuwe zinnen gaat de cliënt minimaal zes weken oefenen door deze meerdere malen per dag op te zeggen (als zijnde affirmaties). Na deze periode zal de ongezonde gedachte getransformeerd zijn in de nieuwe functionele gedachte.

¹⁰

BJT (Bevrijd Jezelf Therapie) / DRT (Distraction Reprocessing Therapy)

BJT is een afgeleide vorm van EFT; Emotional Freedom Therapy. DRT is een afgeleide vorm van EMDR; EyeMovements Desensitization Reprocessing. De reden dat ze hier samen genoemd worden, is dat deze twee methoden binnen de hypnotherapie vaak met elkaar worden afgewisseld, bijvoorbeeld wanneer het nodig is bij heftige processen om te sturen naar ik-sterkte. Het is mogelijk met BJT te beginnen en door te gaan met DRT waarna weer met BJT geëindigd kan worden. Je kunt ook andersom beginnen met DRT en eindigen met BJT.

Bij DRT werkt men met trance door middel van inductie met oogbewegingen en/of het herhalen van een beladen zin waarbij de cliënt zich concentreert op een bepaalde emotie of lichaamsgevoel. Hierdoor ontstaat op een gegeven moment een transformatie en gaat het negatieve affect over in een positief affect.

DRT wordt toegepast bij traumaverwerking en angsten en vergt veel zorg en aandacht van de therapeut. Aangezien er met trance gewerkt wordt is het een pré dat de therapeut kennis heeft van hypnotherapie en bovendien veel ervaring heeft om de methode veilig te kunnen gebruiken. De timing en keuze van het gebruik van het juiste affect is iets wat door ervaring steeds beter toegepast kan worden.

BJT kan openleggen, verdiepen, ik-versterken, inzicht geven, helpen loslaten en (introjecties e.d.) teruggeven, overtuigingen ombuigen en intens het zelfbeeld bekrachtigen. Door het kloppen op de diverse drukpunten (meridianen) in samenspraak met het hardop uitspreken van de negatieve beleving/overtuiging komt in het hele gestel (lichaam en geest) een acceptatie van dat gevoel of die overtuiging. Er wordt doorgegaan totdat de beleving omkeert naar iets positiefs. Na een ronde kloppen gaat de cliënt met de aandacht naar binnen om te kunnen voelen welke veranderingen er waargenomen worden. Waar nodig wordt er steeds een rondje kloppen herhaald.

¹⁰ Stappenplannen Major Hypnotherapie Academie Hypnos, 2018

Hoofdstuk 3 Praktijk

In dit hoofdstuk worden 24 sessies beschreven waarvan Sheila, Dirk, Iris en Britt¹¹ ieder zes sessies ontvangen.

Zoals in Hoofdstuk 2 beschreven zullen deze vier cliënten de volgende sessies ondergaan:

Sessie 1	Intake ALTIS Motivatietest Wanneer er tijd is een ontspanningsoefening met progressieve relaxatie, gevolgd door een zintuigenvisualisatie
Sessie 2	Keuze uit de methoden van medische hypnose bij pijn en ziekte (de grot, de spiegeltechniek of pijnveranderingstechnieken (aangepast op de specifieke behoefte van de cliënt)
Sessie 3	Kinesthetisch werken met persoonlijkheidsdelen
Sessie 4	Werken met ongezonde overtuigingen: Maultsby (RET)
Sessie 5	BJT/DRT
Sessie 6	Eind evaluatie

In het belang van de cliënt kan worden afgeweken van bovenstaand behandelplan. Dit wordt toegelicht onder de paragraaf Evaluatie die aan het eind van elke cliënt-beschrijving is opgenomen.

Sheila | 58 jaar | getrouwd

Sheila heeft zich een paar maanden voor start van de therapie ziek gemeld van haar werk wegens draaiduizeligheid. Sindsdien heeft zij veel lichamelijke klachten (duizeligheid, vermoeidheid, verminderde concentratie, niet kunnen slapen) en als restverschijnsel tinnitus in haar linkeroor. Voor de lichamelijke klachten is tot op heden geen medische oorzaak gevonden. Ze geeft aan zich continue overprikkeld en gestrest te voelen. Van een zeer drukke vrouw is zij in korte tijd veranderd in een vermoeide en angstige vrouw die continue aan het denken is over wat haar overkomt. Sheila wil zich herpakken en doorgaan met haar leven zoals zij altijd gewend is geweest. Dit lukt haar echter niet en zij voelt zich enorm beperkt door haar lichamelijke klachten.

De intake wordt afgesloten met een ontspanningsoefening met behulp van progressieve relaxatie en de visualisatie “Het huis met de zintuigen”^{12, 13}. Vanuit de zintuigenvisualisatie komen vooral de geur (olfactorisch) en smaak (gustatoir) naar voren. Als huiswerk krijgt Sheila mee dagelijks te oefenen met de ontspanningsoefening, om weer meer verbinding te krijgen met haar lichaam.

Bij de *tweede* sessie gaan we verder in op de vragen van de intake die nog onbeantwoord waren gebleven. Sheila zit ‘vol’ in haar hoofd en heeft veel tijd nodig om haar verhaal te doen. Ze geeft aan dat het vertellen haar al meer rust geeft en dat zij de laatste tijd “met ups en downs” gaat. Haar valkuil is te blijven vervallen in een negatieve spiraal van gedachten. Ze voelt de druk van buitenaf (‘op mijn werk willen ze vast dat ik weer ga beginnen, mijn man is nu heel begripvol maar zal er ook wel eens klaar mee zijn’) maar komt steeds meer tot het besef dat de druk vooral van binnenuit komt. Zij legt zichzelf de druk keer op keer op. Gevolg is dat de lichamelijke klachten onverminderd blijven evenals de tinnitus.

Omdat de draagkracht van Sheila laag is en de ervaren draaglast hoog pas ik het behandelplan aan en voeg ik tijdens deze sessie de Dierimaginatie¹⁴ in ter bevordering van kracht en zelfvertrouwen. Sheila geeft aan zich geraakt te voelen door de dierimaginatie en het contact dat

¹¹ Namen van cliënten zijn wegens privacy redenen gefingeerd

¹² Uit de opleiding IBS therapeut - Prikkelbare Darm Syndroom, van docent en hypnotherapeut Rita Gras

¹³ Zie bijlage 1

¹⁴ Stappenplannen Major Hypnotherapie Academie Hypnos, 2018

zij ervaart met de dieren; de dolfijn waar ze erg veel bewondering voor heeft en een gevoel van rust, stilte en vriendelijke interactie met zich mee brengt. De olifant met prachtige mooie wimpers trekt haar enorm aan door de schoonheid, de bescherming van haar kleintjes en de blijheid die ze uitstraalt. En tenslotte de hond, een pitbull, haar lievelingsdier, die zo verkeerd begrepen wordt, als eng bestempeld wordt, maar voor Sheila staat voor loyaliteit en onvoorwaardelijke liefde.

De suggesties die Sheila voor de komende tijd mee krijgt zijn ont-moeten en vooral haar dagen te vullen met wat haar energie geeft en daarbij het liefdevol en met compassie met zichzelf om te gaan. Zij is langdurig over haar grenzen heen gegaan waardoor het tijd vergt om weer helemaal op te kunnen laden.

In de *derde* sessie is Sheila weer wat dichterbij acceptatie gekomen van haar ziekteproces en wordt zij zich steeds bewuster van allerlei patronen die haar belemmeren en hebben belemmerd. Ook komen er weer herinneringen naar boven vanuit haar onderbewuste waar zij al lang niet meer aan gedacht heeft. Haar afkomst, de Ierse mentaliteit, waarbij ze geleerd heeft dat het leven zwaar is, maar dat je dat gewoon moet ondergaan en aankunnen. Haar schuldgevoel ten opzichte van haar moeder, omdat zij haar moeder ooit in de steek heeft gelaten door te emigreren voor de liefde. Dat ze nooit heeft geleerd om ruzie te maken, ervoor heeft gekozen om alles in te slikken en niets te zeggen, omdat woorden zoveel kapot kunnen maken en niet meer terug genomen kunnen worden. De pijn van haar beste vriendin die haar zo lang geleden van de een op andere dag in de steek heeft gelaten en wat haar zo enorm heeft gekwetst. Ooit heeft ze de beslissing genomen zich als een oester te sluiten en zich niet meer open te stellen voor anderen. En ze wacht nog steeds voortdurend op die klap van anderen waarvan zij verwacht dat die ongetwijfeld gaat komen. Zij heeft het zichzelf bewijzen tot haar levensmissie gemaakt, dat ze het leven aan kan, dat zij het leven waard is, dat mensen daarom van haar zullen houden.

Tijdens de *vierde* sessie geeft Sheila aan veel baat te hebben bij de ontspanningsoefeningen. Zij is net een paar weken naar Ierland geweest naar haar moeder die een heupoperatie heeft ondergaan. Deze andere omgeving heeft haar geholpen wat afstand te nemen waarbij zij merkte dat de rust gelijk invloed had op haar lichamelijke gestel. Ze voelde zich heel relaxt en de draaierigheid en duizeligheid nam af. Terug in Nederland vervalt Sheila echter weer in haar oude patronen van denken en het uitstellen van de ontspanningsoefeningen of wandelingen. Ze vraagt zichzelf af of ze onbewust soms in deze situatie wil blijven. Tijdens dit proces voelt ze zich opgejaagd en onrustig. Ze heeft de behoefte om alleen te zijn, maar durft dit eigenlijk ook niet. Ze twijfelt aan alles, heeft weinig energie. Deze sessie bestaat vooral uit spiegelen, bevestiging geven, psycho-educatie verlenen en een plan opstellen voor de komende tijd. Dit plan bestaat uit het 'noodplan' voor Burn-out waarbij de tijd in drie stukken wordt gehakt; een half uur moeten (tanden poetsen, aankleden, een boodschapje), een half uur lichte activiteit (wandelen, in de tuin rommelen) en een half uur rust (mediteren, op de bank). Tevens maken we een start met de Choice Techniek Oefening¹⁵, gebaseerd op EFT en RET. De Choice Techniek is een oefening waarbij men ervaart dat negatieve suggesties door gebruik van eigen wilskracht overgaan in positieve. Middels choice-affirmaties ("ik kies voor") kiest men bewust voor positieve suggesties, waarbij er uit gegaan wordt van een transformatie na een periode van zes weken. Sheila komt tot de volgende choice-affirmaties:

- Ik kies ervoor om me licht en luchtig te voelen in mijn lijf
- Ik kies ervoor om meer te ontspannen en lachen
- Ik kies voor meer regie in mijn leven
- Ik kies ervoor om bij mezelf te blijven
- Ik kies voor meer zelfvertrouwen

¹⁵ Stappenplannen Major Hypnotherapie Academie Hypnos, 2018

In de *volgende* sessies (5-6-7) komt steeds naar voren dat Sheila een vol hoofd heeft, continu ‘aan’ staat en vol zit met oordelen. Zij is gewend te pleasen op haar werk, in haar relatie met haar man en in haar relatie met haar moeder. Haar lichamelijke klachten, waaronder de Tinnitus, zijn momenteel erg aanwezig. Ze voelt veel weerstand en moet veel van zichzelf. Hierbij is ze erg streng voor zichzelf en gunt ze zichzelf weinig plezier en rust. Niet werken is lui, even niets doen is lui en bovendien geeft werk status en zekerheid. Sheila ziet zichzelf als de persoon die er 100% voor gaat en echt goed is in wat ze doet. Door de Burn-out kan ze echter niet meer die persoon zijn en ziet ze er erg tegen op om weer in de werkomgeving te zijn. Ze ziet ook de ziekelijke sfeer en de werkdruk die een negatief effect hebben. Een beslissing nemen vindt ze erg moeilijk. Sheila vindt het tijdens deze sessies vooral fijn om haar verhaal te doen en met behulp van RET/Maultsby ordenen we steeds welke gedachten functioneel en helpend zijn en welke niet. Dit geeft haar steeds meer inzicht. Oude ervaringen komen naar boven die ertoe hebben geleid dat zij zich ging aanpassen en haar uiterste best deed om maar bevestiging te krijgen. Zij heeft zich dikwijls zo afgewezen en klein gevoeld... Nu lukt het haar steeds beter te kiezen en grenzen te stellen. Haar zelfvertrouwen neemt toe. Hierdoor merkt Sheila dat zij zich rustiger voelt en zich anders en makkelijker opstelt.

Door de lockdown wegens Covid-19 in het voorjaar lukt het niet om tot de geplande afronding van de therapie te komen. Een paar maanden later spreken we af om nog eens te *evalueren*. Dan blijkt dat de lockdown Sheila erg goed heeft gedaan. Zij heeft het als erg rustgevend ervaren dat zij niets hoefde (met permissie van de overheid) en kon hierdoor de druk van haar werk en alle moetens beter loslaten. Hierdoor heeft ze uiteindelijk ook de beslissing kunnen maken om niet meer naar haar werk terug te keren. Dit heeft haar meer lucht gegeven en haar lichaam vaart hier wel bij. Sheila is enorm afgevallen, heeft geen last meer van duizeligheid en de Tinnitus ervaart ze alleen bij drukte of stress. Ze geeft aan, dat ze wel af en toe last heeft van een deining-gevoel, alsof ze vaart op zee. Op de vraag of zij op die momenten soms erg in haar hoofd zit en weinig voeten in de grond voelt, komt een bevestigend antwoord. Hierop doen we een grondingsoefening en krijgt Sheila het advies net zo lief te zijn voor haar voeten als voor haar handen (ze heeft net een manicure ondergaan) door deze dagelijks warm en liefdevol te masseren, alsof ze er helemaal bij horen. Dan bekent Sheila dat zij haar hele leven al een voetenfobie heeft en haar voeten altijd verstopt en nooit aanraakt...

Evaluatie Sheila

Bij Sheila bleek gaandeweg de therapie veel meer aan de hand te zijn dan ‘slechts’ de lichamelijke klachten; zij was gedurende langere tijd over haar grenzen heen gegaan, leek in een Burn-out te zitten en stond bij aanvang van de therapie ook echt in het beginproces van bewustwording. Hoewel zij al enkele maanden last had van Tinnitus, duizelingen en andere lichamelijke klachten, had zij nog geen lange zoektocht achter de rug naar oorzaken van de lichamelijke klachten. Tijdens de therapie werd al snel duidelijk dat de lichamelijke klachten verbeterden door vermindering van stress en bij geestelijke en lichamelijke ontspanning. Zij werd zich bewust van het feit dat er gewerkt diende te worden aan de verhouding tussen draaglast en draagkracht. De Draaglast van Sheila was erg groot als gevolg van jarenlang overpresteren op het werk alsmede door traumatische ervaringen in het verleden waar zij nog nooit met iemand over had gesproken. De behoefte om hierover te praten was groot. Het behandelplan week daarom al snel af van het oorspronkelijke plan en richtte zich met name op psycho-educatie, ik-versterking, het bieden van een luisterend oor, ontspanningsoefeningen, het werken met belemmerende overtuigingen (RET/Maultsby) en Choice Therapie. Bovendien had Sheila meer nodig dan de geplande 6 (in totaal 8) sessies. Gaandeweg kreeg ze meer zelfvertrouwen, werd ze milder voor zichzelf en kon ze tevens weer belangrijke beslissingen nemen. Hierdoor werd ze rustiger, meer ontspannen en had ze veel minder last van de lichamelijke klachten dan voorheen. Bovendien heeft Sheila meer inzicht in haar eigen proces en vraagt ze zich steeds af of iets moet van zichzelf of dat ze het echt wil. Ook staat ze er steeds meer bij stil dat ze de neiging heeft gedachten voor de ander in te

vullen en dit doet ze steeds minder vaak. Cijfers van pijnbeleving vond Sheila heel moeilijk om te geven, dus die zijn er niet.

Dirk | 46 jaar | alleenstaand

Dirk heeft al ruim 20 jaar last van onrust en geluid in zijn hoofd (Tinnitus). Als oorzaak geeft hij aan een stevige griep en een concertbezoek in dezelfde periode. Hij voelde als het ware de Tinnitus ontstaan en het is nooit meer weg gegaan. Naar eigen zeggen heeft hij er alles aan gedaan om ervan af te komen en daarna om ermee om te leren gaan. De klacht is altijd aanwezig en daarbij komt dat Dirk altijd moe is. Het betreft een diepe pijn met impact op zijn hele lichaam. Dirk heeft een onrustige energie, naar eigen zeggen opgefokt. Zijn neiging is om afleiding te zoeken en continue bezig te zijn, omdat rust de klachten verergert. Daarnaast hebben stress, slaaptekort en alcohol een negatieve uitwerking.

Tijdens de intake komen er meer tegenwerkende factoren naar boven, als de diagnose ADHD met de bijkomstigheid van een gebrekkige concentratie, lichamelijke spanning gepaard gaande met een hoge ademhaling, angsten, weinig steun uit zijn omgeving. Dirk is een eenzame man die aangeeft al 46 jaar liefde te missen en het erg moeilijk vindt om over zijn gevoelens te praten. Hij heeft een moeilijke jeugd gehad met een ernstig depressieve moeder en een 'rare' vader, aldus Dirk. Zijn moeder heeft uiteindelijk zelfmoord gepleegd. Met zijn zus heeft Dirk nauwelijks contact meer, waarover hij zich schuldig voelt.

Dirk hoopt dat de hypnotherapie hem kan helpen meer rust in zijn hoofd te krijgen en dat hij meer tot ontspanning kan komen. Met betrekking tot de Tinnitus heeft hij nauwelijks tot geen hoop dat dit zou kunnen verminderen. Bij de motivatietest komt naar voren dat hij het wel wil proberen, maar dat hij er eigenlijk van overtuigd is dat het niet gaat helpen. Bovendien levert zijn klacht hem nu op dat hij niet veel energie hoeft te steken in sociale contacten en dat is ook wel weer fijn omdat hij zo meer afwijzing in zijn leven kan vermijden. Een grote hulpbron is muziek; daar heeft Dirk altijd veel naar geluisterd en hierbij verdwijnen zijn klachten naar de achtergrond. Daarbij heeft hij ervaring met yoga en mediteren en een flinke dosis humor ter relativering.

In de tweede sessie gaan we verder in op de thema's die besproken zijn tijdens de intake. Speciale aandacht werd besteed aan de motivatie voor de hypnotherapie en daarbij belemmerende overtuigingen en gedragingen (zoals hierboven beschreven). Dirk is zich hiervan bewust maar tevens bereid zich in te zetten. In deze sessie wordt gestart met een ontspanningsoefening met behulp van progressieve relaxatie en de visualisatie "Het huis met de zintuigen". Het is voor Dirk een uitdaging om zich te kunnen ontspannen in deze nieuwe setting. Hij geeft aan niet van 'zachte' kussens en/of dekens te houden en ligt het liefst op de harde ondergrond. Het duurt even eer hij een juiste startpositie heeft gevonden. Verder vindt hij het erg gênant om zijn ogen dicht te doen en daarbij 'bekeken' te worden. Na afloop geeft hij aan dat hij wel mee kon komen met de visualisatie, maar zich continue bewust was van de omgeving. Met andere woorden; zijn denken stond volop aan, ondanks suggesties om gedachten te parkeren en te focussen op de zintuigen van de visualisatie.

Tijdens de derde sessie werken we met een interventie uit de medische hypnose, de Grot genaamd, waarbij middels trance de cliënt met aandacht de holte waar de klacht zich bevindt als een grot binnen gaat. Het doel van deze grot-interventie is pijnreductie, klachten vermindering en/of het begrijpen van de pijn. Met behulp van de suggestie dat hij een mijnlamp op zijn voorhoofd heeft kan Dirk zien wat hij tegenkomt wanneer hij via zijn oor 'de grot' binnen gaat. Via een nauw, kronkelig pad komt hij in een grotere ruimte waar het ondanks het licht van de mijnlamp pikkedonker is. Het voelt vochtig, koud en onprettig aan, ook omdat de Tinnitus hier op zijn luidst is. De neiging is om hier gauw weg te willen gaan, maar het lukt Dirk om een tijd te blijven bij deze ruimte en af te wachten wat er verder gebeurt. Dan lukt het meer ontspanning te vinden en verdwijnt de Tinnitus wat meer naar de achtergrond. Het licht van de mijnlamp laat

tevens een doorgang zien die de weg wijst naar de uitgang van de grot, via het andere oor naar buiten. Na de interventie is Dirk verbaasd dat hij zo goed kon meekomen met de trance de grot in. Een eyeopener is wel zijn neiging tot het vermijden van ontspanning en stilte omdat dan de confrontatie met de onrust en het harde geluid/de pijn zo groot is. Terwijl tegelijkertijd de ontspanning een oplossing lijkt te zijn om de Tinnitus te reduceren of in ieder geval meer op afstand te kunnen zetten. Dirk krijgt als huiswerk mee om middels dagelijkse bodyscan meditaties zijn lichaam weer te laten wennen aan ontspanning om zo de stresshormonen te reduceren, waardoor zijn lichaam weer gaat voelen dat het veilig is.

In de vierde sessie werken we met kinesthetische persoonlijkheidsdelen. De delen die naar boven komen zijn onrust, energie, angst, boosheid en schuldgevoel. Het wordt Dirk steeds duidelijker dat hij zich focust op negatieve zaken zoals de irritatie over mensen die allemaal met zichzelf bezig zijn, de huishoudelijke klussen waar hij geen zin in heeft, sociale verplichtingen waar hij niets mee heeft, het schuldgevoel over dat hij geen behoefte heeft aan contact met zijn zus, e.d. Door deze focus verliest hij zijn energie voor zaken waar hij wel energie voor zou willen hebben; zijn creatieve bedrijf verder ontplooiën, zijn nieuwe vriendin, gezonder eten, meer sporten. Dirk herkent deze negativiteit van zijn vader waarmee hij tot zijn 8^e in één huis heeft gewoond. Als kind heeft hij zich hieraan aangepast door altijd de aardige, vrolijke en spontane Dirk te zijn. Maar de laatste jaren heeft de negativiteit ook bij hem de overhand gekregen. Tijdens de sessie lukt het hem een groot deel van deze negativiteit terug te geven aan zijn vader, omdat het niet bij hem hoort. Dit bewustwordingsproces helpt Dirk om te bepalen welke zaken van hem zijn en waar hij zijn energie wel in wil steken. Dit neemt hij de komende tijd mee om verder uit te werken.

De vijfde en zesde sessie krijgen de belemmerende overtuigingen de aandacht die nog in de weg zitten om daadwerkelijk stappen te kunnen maken. Overtuigingen als ‘ik ben niets waard’, ‘het heeft toch geen zin’, ‘wat stel ik me aan’, ‘ik kom hier nooit van af’. Met behulp van het stappenplan van RET/Maultsby vraagt Dirk zich af of de betreffende overtuigingen belemmerend dan wel helpend zijn en komt uiteindelijk tot de volgende omgekeerde positieve en helpende gedachten;

- Ik mag de tijd nemen om te groeien
- Mijn eigen tempo is ook een stap vooruit
- Ik ben net zoveel waard als ieder ander mens
- Ik neem mezelf serieus
- Ik heb de regie over mijn leven

Met deze helpende gedachten gaat Dirk de komende (minimaal 6) weken oefenen door ze voor zichzelf hardop te lezen, waardoor volgens Simonton de gedachten blijvend positief zullen veranderen en uiteindelijk ook zijn gedrag ten goede zal veranderen.

Evaluatie Dirk

In het geval van Dirk is de motivatietest van de intake een goede voorspeller gebleken van de stappen die hij zou maken gedurende de zes sessies hypnotherapie. Hij gaf gelijk aan geen hoop te hebben in enige vooruitgang met betrekking tot de klachten omtrent Tinnitus en bij de eindevaluatie bleek ook dat de pijn/klachtwaarde hetzelfde is gebleven als bij aanvang van de therapie: Dirk gaf hier beide keren een 8 voor. Toch heeft Dirk wel stappen gemaakt in zijn bewustwordingsproces en is het hem duidelijk geworden dat hij zichzelf afremt door zijn neiging te focussen op het negatieve. Elke dag kan hij echter weer beslissen om meer te focussen op wat wel fijn is en waar hij energie van krijgt. Hierdoor neemt hij meer de regie terug over zijn eigen leven. Tevens lukt het hem zo nu en dan wel te ontspannen en de ‘stilte’ op te zoeken. Naar eigen zeggen is hij niet meer zo bang voor de confrontatie met de pijn/het geluid/de onrust in deze

stilte. Het feit dat hij een nieuwe relatie heeft, heeft Dirk ook erg geholpen; door haar voelt hij zich minder eenzaam en heeft hij meer zin in sociale activiteiten. Hoewel Dirk zijn gewenste toestand niet heeft bereikt na deze zes sessies, heeft hij geen zin om de hypnotherapie te vervolgen. Hierbij geeft hij aan ‘dat het toch niet helemaal zijn ding’ is.

Britt | 16 jaar | woont thuis bij ouders en broertje

Britt heeft eerder ervaring met integratieve kinder- en jeugdtherapie gehad, maar zoekt nu specifiek naar hulp middels hypnotherapie voor langdurige pijnklachten in haar voet. Na een ongeluk met haar paard, waarbij deze op haar voet stond, kreeg zij deze pijnklachten met als resultaat de diagnose “functioneel neurologische stoornis” als gevolg van dystrofie en stress. Britt voelt zich verontwaardigd en verdrietig door deze diagnose, omdat ze de stress niet herkent en zo op zoek is naar een (medische) verklaring voor haar pijnklachten. Haar angst is dat haar omgeving vindt dat ze zich aanstelt, terwijl ze echt veel pijn voelt en zich belemmerd voelt in haar dagelijkse leven door haar klachten. Tijdens de uitgebreide intake is het daarom van belang om gedegen psycho-educatie te geven over het ontstaan van SOLK waardoor ze gaat begrijpen hoe het kan dat haar lichaam pijnsignalen blijft afgeven terwijl er geen acuut ‘gevaar’ meer is. Door te begrijpen hoe haar lichaam werkt, kan Britt een start maken in het acceptatieproces. Het geven van erkenning, gedegen uitleg en een luisterend oor helpen haar om zich serieus genomen te voelen waardoor ze niet verder hoeft te zoeken naar een medische oorzaak voor haar pijn, maar kan beginnen met haar herstel. Door de psycho-educatie snapt Britt beter hoe stress van invloed kan zijn op haar klachten en is zij meer gemotiveerd om het therapieproces aan te gaan. Zij hoopt middels hypnotherapie tot klachtvermindering te kunnen komen en tot betere acceptatie van wat (on)mogelijk is. Het cijfer voor pijnbeleving stelt Britt tijdens de intake vast op gemiddeld een zeven. Zij heeft last met (trap)lopen, fietsen, rennen en de pijn is continu aanwezig. Soms gaat de pijn gepaard met uitval van haar voet en zakt zij er doorheen. Zij kan nu ook niet meer paardrijden op haar eigen paard, wat haar somber maakt omdat haar grote liefde en hulpbron nu wegvalt. Naast de belemmering voor haarzelf voelt zij zich schuldig over de last die zij hiermee aan haar gezin brengt. Over haar moeder die haar steeds naar afspraken in het ziekenhuis moet brengen of met de auto naar school. Over haar vader die niet weet hoe met de situatie om te gaan en steeds boos wordt. Over haar broer omdat de situatie thuis nu minder gezellig is. De intake wordt afgesloten met de visualisatie “het huis met de zintuigen” (Gras, 2016) om te ervaren hoe lichte trance is en om te achterhalen welke voorkeurszintuigen Britt heeft. Na afloop geeft Britt aan het meest te hebben met het visuele en het voelen.

In de volgende twee sessies werken we aan belemmerende overtuigingen die gebaseerd zijn op de angsten die Britt heeft. De angst dat de pijn nooit meer weg zal gaan. Dat ze nooit meer zal kunnen paardrijden, wat ze haar ergste angst noemt. Bij dit beeld heeft ze de neiging om in bed te gaan liggen en er nooit meer uit te komen. Dan is er de angst dat ze haar vrienden kwijt raakt omdat zij geen geduld meer voor haar zullen hebben en dat ze steeds meer een blok aan het been van haar gezin zal zijn. Tijdens deze sessies werken we aan het ombuigen van deze gedachten naar positieve, helpende gedachten en aan het verhogen van haar ik-sterkte met behulp van korte trancesessies volgens het stappenplan “Ankeren”. Ankeren is een laagdrempelige manier om kennis te maken met hypnotherapie waarbij positieve elementen in de beleving versterkt worden en gebruikt worden om belevingen in de toekomst middels suggesties positief te beïnvloeden. Positieve ankers voor Britt zijn rijden op haar paard door het bos, met door de bomen een warme lichtinval, goudkleuren, cap op en haar rood met zwarte paardrijdkleding. Hier voelt ze zich gelukkig, zwevend en licht. Hierbij verdwijnt de koude pijn naar de achtergrond. Als huiswerk krijgt Britt mee om minimaal drie keer per week, maar liefst elke dag te oefenen met het visualiseren van haar prettige plek en ankers.

Britt omschrijft haar acceptatieproces als een rouwproces, gepaard gaande met allerlei gevoelens als irritatie, boosheid en verdriet. De onbevangenheid die ze noodgedwongen heeft moeten achter laten. Langzaam maar zeker gaat ze steeds meer beseffen dat stress wel degelijk een factor

is in haar leven en valt de twijfel weg dat de diagnose “functioneel neurologische stoornis” geen onzin is. In de vierde sessie werken we met de spiegeltechniek, een interventie uit de medische hypnose veelal gebruikt voor pijnreductie en het begrijpen van de pijnklachten. Het lukt Britt prima om een prettige plek te visualiseren bij de zee, met haar voeten in het zand en hoge, wilde golven, met haar haren in de wind en een heerlijk vrij gevoel. Wanneer zij vervolgens door de magische spiegel stapt kan ze weer ervaren hoe het is om volledig zichzelf te zijn, rennen en vrolijk en zorgeloos rondhuppelen door het bos. De confrontatie met haar ‘oude ik’ zorgt voor een jaloers en verdrietig gevoel; Britt mist de oude Britt! In de visualisatie neemt ze plaats bij een oude groene boom en legt haar handen op haar buik en terwijl ze naar haar buik toe ademt maakt zij contact met de oude Britt en worden zij weer helemaal één. Britt neemt het vrije, zorgeloze en vrolijke gevoel mee naar het moment van nu en middels post-hypnotische suggesties ook mee naar situaties in de toekomst.

In de sessies daarna werkt Britt aan het thema ontspanning en balans vinden in haar dagelijkse leven. Haar school, haar werk en de zorg voor haar paard slokken haar dagen op waardoor ze erg moe is. Toch merkt ze dat het wel steeds beter gaat, omdat haar focus steeds meer gericht is op wat wel lukt en fijn is, in plaats van op de pijn. Met behulp van RET/Maultsby en mindfulness oefeningen lukt het Britt steeds beter om te gaan met de pijn. In plaats van het vermijden van pijn, oefent zij nu met haar voet en weet zij “ik kan mijn voet niet kapot maken”. De pijn is niet weg, maar de pijnbeleving is anders, aldus Britt. En op deze manier is de situatie voor haar weer leefbaar geworden.

In de 7^e en laatste sessie wordt de spiegeltechniek op verzoek van Britt nogmaals herhaald. Zij vond het zo fijn om weer helemaal bij het vrije gevoel van ‘zichzelf’ zijn te kunnen komen. Tevens is zij benieuwd hoe de ervaring deze keer zal zijn. Opvallend vergeleken met de vorige keer is, de kalme en rustige zee, het gevoel van rust en vrede en Britt die veel minder moe lijkt en een vrolijke uitstraling heeft. De fysieke pijn is ook meer naar de achtergrond verdwenen.

Evaluatie Britt

Hoewel Britt aanvankelijk worstelde met de verkregen diagnose en niet kon rijmen hoe haar lichamelijke pijn veroorzaakt kon worden door stress, was zij erg gemotiveerd om te werken aan haar pijnklachten. Psycho-educatie hielp haar te begrijpen hoe haar lichaam werkt en daarbij te accepteren dat de dingen die voorheen normaal waren nu niet meer vanzelfsprekend waren. Britt was bereid om te reflecteren op haar eigen proces en handelen, oefende trouwmatig met de visualisaties en mindfulnessoefeningen, was eerlijk wanneer iets niet lukte en door deze houding maakte zij grote stappen vooruit. Tijdens het therapieproces is zij anders gaan kijken naar haar lichaam en naar zichzelf; milder, minder veeleisend en trots op haar lichaam. De hypnotherapiesessies hebben Britt geleerd dat zij te allen tijde contact kan maken met haar innerlijke kind en dat is voor haar een grote nieuwe hulpbron gebleken.

Iris | 23 jaar | student en wonende in studentenflat

Iris heeft al jaren last van hoofdpijnklachten waarvoor geen medische oorzaak is gevonden. Het cijfer dat ze voor de pijnklachten geeft is een 8 en als bijkomende klachten noemt ze misselijkheid, moeheid, piekeren, weinig slaap en stress. Haar wens is dat ze zich meer leert te ontspannen waardoor de hoofdpijn hopelijk minder vaak zal voorkomen. Tevens zou ze de pijn minder als belemmering willen zien en meer als signaal van te veel hooi op haar vork nemen.

Tijdens de intake blijkt dat Iris erg consciëntieus is en veel verantwoordelijkheid voelt om te presteren en de druk voelt van sociale verplichtingen. Daarnaast heeft ze een druk (studenten)leven met weinig regelmaat. Ze is streng voor zichzelf en weet met haar hoofd waarin ze zichzelf belemmert, maar het voelt van binnen anders. Ze weet dat ze beter voor zichzelf ‘moet’ zorgen, maar doet het niet en vraagt zich tegelijkertijd af wat haar tegenhoudt. Het gevoel

van verantwoordelijkheid neemt ze ook mee naar de hypnotherapie; ze is buitengewoon gemotiveerd en neemt huiswerkopdrachten zeer serieus.

De tweede sessie is er aandacht voor belemmerende gedachten als “ik moet niet zo zeuren, ik ben niet ziek”, “ontspannen is saai” en “ik ben een jonge meid en moet genieten van het studentenleven”. Tevens heeft Iris laten weten dat haar relatie net is beëindigd en dat zij daar veel verdriet van heeft. Psycho-educatie over SOLK en het belang van ontspanning voor haar lichaam om de stress uit haar systeem te halen en haar hersenen als het ware te “herprogrammeren” en te laten weten dat er geen gevaar is klinken heel aannemelijk, aldus Iris. Zij heeft al zoveel geprobeerd om van de pijnklachten af te komen; minderen met suiker, voldoende water drinken, sporten, leuke dingen doen, afleiding zoeken, bloed laten prikken, e.d. Dit alles heeft echter niet afdoende geholpen en Iris is bereid om “alles” te proberen. Met behulp van progressieve relaxatie en de visualisatie “Het huis met de zintuigen” ervaart Iris hoe het is om haar lichaam actief te helpen ontspannen en maakt zij kennis met een lichte vorm van trance. Na afloop zegt Iris dat het aanvankelijk even wennen was en dat zij zich ongemakkelijk voelde bij het aanspannen van haar lichaam (voor de progressieve relaxatie) omdat dit er raar uit zag. Later kon zij echter helemaal meekomen in de trance welke zij beschreef als dat ze helemaal ‘weg’ was en toch nog bij. Iris had het meest met de visuele kamer door de kleuren die ze zag en de kamer van het voelen waar ze zich het fijnst voelde.

Tijdens de derde sessie werken we met de spiegeltechniek, een interventie uit de medische hypnose veelal gebruikt voor pijnreductie en het begrijpen van de pijnklachten. Iris stelt zich voor dat ze op een fijne plek ver weg half in de jungle is, op het strand bij de zee, lekker warm, alleen zonder zich alleen te voelen terwijl ze heerlijk schommelt in een hangmat ligt. Wanneer ze door de magische spiegel kijkt ziet ze zichzelf en valt het haar op dat haar voeten koud zijn. Tevens ziet ze een zwarte bewegende vlek die open en dicht gaat en bij het open gaan geel/oranje kleurt. Wanneer ze hierop focust voelt ze zich draaierig worden, maar toch blijft haar blik hierdoor aangetrokken. Uiteindelijk trekt de vlek weg en kleurt deze meer blanco. De spiegeltechniek wordt afgesloten met het stappenplan Shiva-Shakti waarbij er een lichtkoord vanuit de hemel gevisualiseerd wordt door de kruin het lichaam in door de stuit naar het middelpunt van de aarde en men alles kan verbranden wat men kwijt wil de aarde in. Vervolgens stelt men voor dat er warme, rode energie vanuit de aarde door de stuit naar boven trekt door de kruin de hemel in. De Shiva-Shakti energie zorgt voor een beschermd gevoel en meer balans. Als huiswerk krijgt Iris deze oefening mee om dagelijks te oefenen evenals de tip om haar handen en voeten dagelijks liefdevol te masseren om meer verbinding te krijgen met het voelen. Het wordt namelijk steeds duidelijker dat Iris weinig balans kent tussen denken en voelen, waardoor zij te veel energie heeft in haar hoofd en de bovenkant van haar lichaam. Hierdoor is het aannemelijk dat zij klachten krijgt als hoofdpijn en duizeligheid.

In de vierde sessie wordt er gekozen voor Oppositiedelenwerk in plaats van het werken met kinesthetische deelpersoonlijkheden, omdat er bij Iris duidelijk twee oppositionele delen naar voren komen die zorgen voor een innerlijk conflict; enerzijds het denken/weten/wel willen doen deel versus anderzijds het voelen/niet in actie kunnen komen deel. Met behulp van oppositiedelenwerk komt er een innerlijk gesprek tot gang wat de communicatie tussen de delen verbetert en waardoor er weer innerlijke balans komt. Vanuit een prettige plek (op het strand aan het einde van de middag, met veel groen eromheen en een kwetterend vogeltje) komen de delen op; links een golf in de zee waarvan een stuk getekend lijkt als in een stripverhaal. Het is een strenge, scherpe golf die de ‘go with the flow’ golven tegen houdt. De golf staat voor Iris voor het denken. Haar voeten staan in lekker warm zand en haar hielen leunen op een stukje paars zand welke staat voor het voelen. Deze delen zijn niet echt in conflict. Het denken/de golf is vooral ‘koppig’ en het voelen/het zand is juist welwillend en helpend. Uiteindelijk komen ze tot elkaar als op zichzelf staande delen die van elkaar kunnen leren door samen te werken. Deze vernieuwde samenwerking komt als een anker naar voren in een blauw-geel-oranje strengel die

samen 1 golf vormt met zand erdoorheen tot een ‘meegaande’ golf die recht vooruit gaat en gewoon in actie komt. Dit anker integreert Iris in haar voorhoofd. Tijdens de interventie blijkt dat Iris erg kinesthetisch en intuïtief is en komt de informatie als vanzelf naar boven. Ze is ook onder de indruk omdat in de leer van de chakra’s de zesde chakra (voorhoofdchakra) voor ontwikkeling van intuïtie staat en de verbinding tussen lichaam en geest. En dat is nu net het doel van deze interventie! Iris raakt zo enthousiast dat ze zich voornemt thuis een mandala te tekenen in de anker-kleuren blauw-geel-oranje om deze nog meer in zichzelf te verstevigen.

Iris is zich erg bewust van haar proces, kan goed reflecteren en weet wanneer negatieve overtuigingen in de weg zitten. Ze heeft hier niet veel begeleiding bij nodig. Om deze reden valt de keuze in de vijfde sessie op het werken met de Choice Techniek-oefening waarbij in vijf stappen choice affirmaties gemaakt worden, welke nog krachtiger impliceren dat men kiest voor de gewenste toestand (situatie/gedrag/gevoelens/interactie/e.d.) dan gewone affirmaties. De oefening wordt afgesloten met het drie keer hardop zeggen van de choice affirmaties waarbij men de karatechop (tappen midden op de zijkant van de hand) doet. Het tappen op de meridianen is een techniek die komt van de EFT (Emotional Freedom Technnique) en de daarvan afgeleide BJT (Bevrijd Jezelf Techniek) binnen de hypnotherapie. Het is een eenvoudige en effectieve methode om negatieve emoties te neutraliseren. Het gelijktijdige gebruik van affirmeren en tappen op de meridianen geeft een dubbele werking, waardoor de choice affirmaties nog beter geïnternaliseerd kunnen worden. Bij de oefening hoort het huiswerk om gedurende minimaal 6 weken dagelijks deze choice affirmaties met de karatechop hardop te zeggen, zodat de aanvankelijk negatieve suggesties door gebruik van eigen wilskracht overgaan in positieve. Iris komt tijdens deze sessie tot de volgende choice affirmaties;

- Ik kies ervoor om rust in mijn hoofd en lijf te bewaren
- Ik kies ervoor om me energiek en licht te voelen
- Ik kies ervoor om me af te sluiten voor negativiteit van anderen
- Ik kies ervoor om liefdevol de confrontatie aan te gaan
- Ik kies ervoor om mijn muurtje laag te houden

De affirmaties komen voort uit de stress die ze voelt wanneer ze het te druk heeft of veel in contact is met anderen die steeds klagen of zeuren. Iris merkt dan dat zij zich mee laat voeren in hun negativiteit en bij ruzies de confrontatie uit de weg gaat of een muurtje om zich heen bouwt en zich terug trekt. Dit alles terwijl ze eigenlijk goed voor zichzelf wil zorgen door voor zichzelf op te komen en in contact te blijven met haar omgeving. Iris beseft dat ze hierin een keuze heeft en is erg gemotiveerd om hier de komende tijd mee aan de slag te gaan.

Evaluatie Iris

Tijdens de evaluatie in de zesde en laatste sessie komt naar voren dat Iris veel minder vaak hoofdpijn heeft dan voorheen; nu kan het weken niet voorkomen, terwijl dit voorheen echt wel dagelijks was. Ook de intensiteit van de hoofdpijn is veel minder; voorheen had ze wel 4-6 paracetamol nodig om met de pijn om te kunnen gaan, nu neemt ze er maximaal 2. Er is meer bewustwording gekomen waardoor Iris de hoofdpijn meer ziet als een signaalfunctie waar ze zelf regie over heeft. Ze neemt zich voor meer ontspanning in te bouwen in haar drukke studentenleven en vaker voor zichzelf te kiezen. Tenslotte geeft zij aan dat zij ook vaker accepteert dat het is zoals het is en niet ten koste van alles maar door gaat.

Samenvatting van de resultaten

De effectiviteit van een behandeling hangt af van verschillende factoren. Te denken valt aan persoonlijke gedachten en gevoelens van zowel cliënt als therapeut, de therapiesoort, de verwachtingen ten aanzien van de behandeling (placebo-effect), het moment van starten met de therapie en de therapeutische relatie. Deze therapeutische relatie, ook wel “de klik” tussen de therapeut en de cliënt genoemd, is volgens verschillende onderzoeken een heel belangrijke factor voor het slagen van een behandeling. (www.psynded.nl)

Bij Dirk waren er meerdere signalen waarbij aanvankelijk voorspeld had kunnen worden, dat de resultaten van de therapie niet het gewenste effect zouden kunnen hebben. Dirk had bij aanvang aangegeven geen hoop te hebben op verbetering van de Tinnitus-klachten. Bij de eindevaluatie bleek de score ook dezelfde als bij aanvang. Tevens was door de joviale “ons-kent-ons”-houding van Dirk richting mij als therapeut de therapeutische relatie mijns inziens twijfelachtig waardoor het lastig was in de therapeutenrol te blijven en de leiding te nemen.

Toch gaf Dirk wel aan zich bewuster te zijn geworden van zijn copingmechanismen waarbij hij vluchtgedrag laat zien t.a.v. datgene wat hij moeilijk vindt. Hierdoor lukt het hem steeds vaker te kiezen voor stilte en ontspanning en ook voor een focus op meer positieve zaken. Hij geeft aan niet meer zo bang te zijn voor confrontatie met het geluid en de onrust tijdens deze stilte.

Bij Sheila, Iris en Britt was er aanvankelijk sprake van meer draaglast dan draagkracht, doordat zij door hun perfectionistische inslag veel geneigd waren veel verantwoordelijkheden op zich te nemen. De Draaglast bestond uit dagelijkse werkzaamheden, maar ook uit niet helpende gedachten en focus op het negatieve of onzekerheden. Door hier meer balans in te krijgen met behulp van RET, psycho-educatie, interventies uit de medische hypnose (vermindering draaglast) en ontspanningsoefeningen, werken met deelpersoonlijkheden (vergroten draagkracht) zagen zij alle drie een verbetering van de lichamelijke klachten doordat zij minder stress ervaarden en zich meer konden ontspannen. Sheila gaf aan dat zij meer vertrouwen had in haar lichaam en dat zij zich bewuster was van haar eigen regie over hoe zij zich voelt. Zij werd besluitvaardiger en besloot bijvoorbeeld om haar werk op te zeggen, omdat dit voor haar een te grote belasting werd. Zij is de Tinnitus als een signaalfunctie gaan zien om de balans in haar leven te herstellen, wanneer deze weer opspeelt.

Net als Dirk lukt het Britt beter om zich te focussen op wat wel lukt en fijn is, in plaats van op de pijn. Zij geeft aan dat de pijn niet zozeer weg is, maar dat haar pijnbeleving anders is, waardoor de situatie voor haar meer leefbaar is geworden. Britt is gaan begrijpen dat er geen gevaar is voor haar voet en dat er niets kapot aan kan gaan door wel haar voet te gebruiken. Door de therapie is zij (net als Sheila en Iris) beter gaan begrijpen hoe haar lichaam werkt en kan zij haar situatie steeds beter accepteren. Ze is gaandeweg de therapie milder geworden, minder veeleisend en bovendien trots op haar lichaam.

Bij Iris is er ook veel aandacht geweest aan het vinden van balans in haar leven, maar ook in haar lijf tussen ‘voelen’ en ‘denken’. Bij de eindevaluatie laat Iris weten dat zij veel minder vaak hoofdpijn heeft en dat de intensiteit van de pijn tevens veel minder is. Net als Sheila ziet zij de pijn als een signaalfunctie waar zij zelf meer regie over heeft. Zij is gaan inzien dat meer ontspanning inbouwen in haar leven helend is en kan (net als Iris) beter accepteren dat zij niet altijd kan doordenderen.

Conclusies

Zoals in hoofdstuk 1 al werd aangestipt; patiënten voelen zich vaak niet serieus genomen als ze horen dat hun klachten psychisch zijn. Door henzelf of hun omgeving zal het als een persoonlijk falen of nederlaag gezien kunnen worden. Bij Britt kwam dit bij aanvang van de therapie heel duidelijk naar voren. Zij vond het “dikke onzin” dat haar klachten door stress kwamen, hoewel zij de diagnose “functioneel neurologische stoornis” toch echt van de neuroloog had gekregen.

Ze voelde zich weinig serieus genomen en had het idee dat ze moest bewijzen dat ze écht pijn had. Ook Sheila bleef aanvankelijk zoeken naar een oorzaak voor haar klachten. Hoe kwam het toch dat zij zich zo voelde en vooral; wat moest zij doen om zich weer beter te gaan voelen? Voor Dirk was de oorzaak van de Tinnitus gerelateerd aan een griep en een concert met als resultaat gehoorschade. Hij had geen hoop op verbetering van zijn klachten, maar wilde toch hypnotherapie proberen omdat hij hier affiniteit mee heeft. Iris was de enige die al in de gaten had dat stress van invloed was op haar klachten, maar het lukte haar nog niet om hier daadwerkelijk iets mee te doen. Alle vier hadden ze behoefte aan erkenning voor hun pijn en de zoektocht naar verlichting en bovenal hadden ze in eerste instantie behoefte aan een luisterend oor, omdat ze al zo lang te kampen hadden met hun klachten. Door op deze manier in verbinding te gaan met de cliënt, ontstaat er een opening om op een respectvolle manier psycho-educatie te bieden waarbij de cliënt zich gehoord, gezien en serieus genomen voelt. Psycho-educatie is een heel belangrijk component van de behandeling, omdat de cliënt dan beter begrijpt hoe zijn lichaam werkt, hoe het lichaam in verband staat met de psyche en hierdoor hoe hij weer meer regie krijgt over zijn lichaam. Bij alle vier cliënten nam psycho-educatie over SOLK een belangrijke rol in tijdens het therapieproces. Binnen de hypnotherapie is er ruimschoots de mogelijkheid tot het verlenen van psycho-educatie wanneer men dit vergelijkt met de beperkte tijd die hiertoe aanwezig is bij de huisarts of POH-er. Een sessie hypnotherapie duurt doorgaans minimaal 1,5 uur per sessie waarbij persoonlijke aandacht centraal staat en de hypnotherapeut ervoor zorg draagt dat de cliënt in zijn kracht naar huis gaat. Meer begrip voor hoe het lichaam werkt met behulp van de psycho-educatie zorgt er tevens voor dat de cliënt nog meer in een yes-setting komt en gemotiveerd raakt in de voortzetting van de therapie.

Bij aanvang van de therapie is bij Sheila, Iris, Dirk en Britt een motivatietest afgenomen waarbij de uitslag een redelijke voorspelling is gebleken voor het verloop van de therapie. Sheila, Iris en Britt waren erg gemotiveerd om tot verandering te komen en hun gestelde doelen te bereiken. Bij hen heeft de therapie ook tot gewenste resultaten geleid. Dirk had de hoop voor verbetering eigenlijk al opgegeven, maar wilde het toch wel een kans geven. Vergeleken met de anderen heeft hij de minste vooruitgang geboekt. Gebaseerd op deze ervaringen lijkt het raadzaam bij SOLK een motivatietest toe te passen om in te schatten hoe het verloop van de therapie zal zijn. De hypnotherapeut dient hierbij te overwegen hoe te handelen wanneer de motivatie (nog) niet zo hoog is. Het moment van afname van de motivatietest kan wellicht ook van belang zijn; neemt men dit af voordat de psycho-educatie over SOLK is gegeven of erna?

Binnen de hypnotherapeutische behandeling en met name binnen de Medische hypnose is er een scala aan methoden en technieken te vinden die laagdrempelig van aard zijn en die bijdragen tot vermindering van pijn of stress door diepe ontspanning en interne focus. Door de hoeveelheid aan methoden is er goed een keuze te maken die past bij de cliënt waardoor er een therapie 'op maat' ontstaat. Bij Britt en Iris werd gewerkt met de spiegeltechniek en bij Dirk met de grot. Daarbij geeft de hypnotherapeut ook de keuze van voorkeur over een methode aan de cliënt, ter bevordering van de autonomie. Sheila had aanvankelijk meer behoefte aan het ordenen en kunnen plaatsten van gedachten en emoties, waardoor bij haar de behandeling gestart is met het werken met RET/Maultsby. Later ontstond er bij haar meer ruimte voor ontspanningstechnieken.

Iris, Sheila, Britt en Dirk gaven alle vier aan erg in hun hoofd te zitten en bekend te zijn met piekeren. Stuk voor stuk zijn het mensen met een perfectionistische inslag, een groot verantwoordelijkheidsgevoel, maar ook streng voor zichzelf. Het risico is voor hen om over hun grenzen te gaan of te laten gaan. Hierbij zitten dikwijls ongezone overtuigingen in de weg. Het stappenplan RET/Maultsby is zeker van toegevoegde waarde geweest in het behandelplan, omdat het zich richt op bewustwording en verandering van gedachten en gedragingen, waardoor er meer ruimte ontstaat voor de emoties van de cliënt. Alle vier cliënten gaven aan zich meer bewust te

zijn van hun interne processen en bovendien hun focus te hebben verlegd naar meer positieve en helpende zaken.

In het oorspronkelijke behandelplan is tevens de methode ‘Werken met kinesthetische deelpersoonlijkheden opgenomen’. Dirk is de enige die deze methode aangereikt heeft gekregen. Bij hem was er sprake van verschillende strategie-delen die ervoor zorgden dat hij zich vaak focuste op negatieve zaken buiten zichzelf waardoor hij boos of geïrriteerd werd. Middels deze methode lukte het Dirk om de strategiedelen meer in balans te brengen waardoor er minder energie naar het negatieve hoefde te gaan en er meer energie was voor zaken waar hij graag energie in wilde steken. Bij Iris werd gekozen voor de methode ‘Werken met oppositiedelen’, omdat er bij haar sprake was van twee duidelijk conflicterende delen. Bij Sheila werd gekozen voor extra sessies gericht op RET/Maultsby en tenslotte de Choice techniek. Bij Britt werd gekozen voor een extra sessie spiegeltechniek en RET/Maultsby.

Een belangrijk onderdeel van de hypnotherapeutische behandeling bij SOLK is dus psycho-educatie en het transformeren van niet-helpende gedachten naar helpende gedachten (RET/CGT/NLP). Wanneer er sprake is van een traumatische ervaring, zoals een ongeluk, waarbij de herinnering er aan steeds pijnprikkels oproept, is EMDR aanbevolen bij desensitisatie. Binnen de hypnotherapie kan men de afgeleide vorm van EMDR toepassen: DRT (Distraction Reprocessing Therapy), eventueel in combinatie met BJT (Bevrijd Jezelf Therapie). Deze methoden zijn opgenomen in het oorspronkelijke behandelplan, maar niet gebruikt voor Sheila, Dirk, Iris en Britt. De reden is dat bij hen geen specifieke traumatische ervaring aan de fysieke klachten vooraf is gegaan. Sheila en Iris hebben wel de Choice techniek ervaren waarbij gewerkt wordt met choice affirmaties waarbij met de “karate-chop” de affirmaties worden ingetapt. Het tappen op de meridianen is een techniek dat komt van de EFT (Emotional Freedom Technnique) en de daarvan afgeleide BJT (Bevrijd Jezelf Techniek) binnen de hypnotherapie.

Tenslotte is het belangrijk om het lichaam bij (chronische) fysieke klachten te laten herstellen van perioden van stress en dat men weer volledig tot rust komt. Binnen de hypnotherapie zijn hierbij vele ontspanningsoefeningen en visualisaties te bedenken. Binnen het behandelplan is gekozen voor een ontspanningsoefening middels progressieve relaxatie, welke is ingezet voor Sheila, Iris, Dirk en Britt. Deze vorm van ontspanning is laagdrempelig en goed toe te passen wanneer men nog niet veel ervaring heeft met ontspanningsoefeningen, zoals bij hen het geval is.

Dankwoord

Graag richt ik mijn woorden van dank aan Rita Gras, hypnotherapeute en docent aan de Nederlandse Academie voor Psychotherapie en bij de BiVT, want door haar inspirerende lessen werd mijn interesse in de hypnotherapie aangewakkerd. Aan Barbelo Uijtenbogaardt en alle docenten van de Academie Hypnos, elk met hun eigen expertise en stijl, wiens kennis ik heb trachten te absorberen en uiteindelijk heb overgoten met mijn 'eigen sausje' in mijn werk met kinderen en volwassenen. In het bijzonder aan mijn stage-begeleiders Ingrid Mehrrens en Monique Papen wegens hun geduld omtrent mijn uitstelgedrag en de 'bijbehorende aap in mijn hoofd'. Door hun liefdevolle duwtjes in de rug pakte ik toch steeds de boel weer op. Aan de cliënten die het vertrouwen in mij hadden en zoveel van zichzelf hebben kunnen laten zien. En tenslotte aan mijn man en kinderen, die mij alle ruimte bieden door de jaren heen om mijn honger naar kennis en vaardigheid stap voor stap te stillen.

Het ei is gelegd.

Geraadpleegde Literatuur

- Deckers-Kocken, Judith M., Kinderbuik: lekker in je vel door aandacht, ademen en eten. Ankh Hermes, Utrecht 2016.
- Fidder, A.R., Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) bij kinderen en adolescenten: een vroege multidisciplinaire aanpak. Gelre Ziekenhuizen, Apeldoorn 2010.
- Fleming, A., & Vollebregt, J., Pijn & het brein: de rol van de hersenen bij 'onverklaarde' chronische klachten. Prometheus 2019.
- Meijer, Kees, Handboek Psychosomatiek, ThiemeMeulenhoff, Amersfoort 2004.
- Olgers, Jos, Medische Hypnotherapie: behandeling met behulp van hypnose van klachten als migraine, astma, hoge bloeddruk, allergieën en PDS. Zwerk, Houten 2012.
- Pennings, Monique, & Kallen, Bert, Grip op SOLK, 2013.
- Spaans, Jaap et al, Handboek Behandeling van somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten, Uitgeverij Lannoo nv, Tielt 2017.
- Swinkels, J., & van der Felts-Cornelis, C.M., Multidisciplinaire richtlijn SOLK en somatoforme stoornissen. Trimbos-instituut, Utrecht 2010.
- Uijtenbogaardt, B.C., Handboek Moderne Hypnotherapie. Gopher, Amsterdam 2015.
- Uijtenbogaardt, B.C., Hypnotherapie en lichamelijke klachten. Gopher, Amsterdam 2017.
- Uijtenbogaardt, B.C., Medische Hypnose, gids voor de therapeut die werkt met SOLK. Gopher, Amsterdam 2019.
- Wagenaar, Olav, Eerste hulp bij Oorsuizen, Spreekuur thuis, Poiesz Uitgevers bv, Koog aan de Zaan, 2012

Opleidingen

De Spiegeltechniek, Pijnveranderingstechnieken, Kinesthetisch werken met persoonlijkheidsdelen, RET en Maultysby, Dierimaginatief, Choice Techniek Oefening, uit de Stappenplannen van de Major Hypnotherapie, Academie Hypnos Bussum 2018.

Na- en bijscholing Tinnitus, docent Angela Dol, BiVT Leidschendam 2020.

Visualisatie "Het huis met de zintuigen", uit de opleiding IBS therapeut - Prikkelbare Darm Syndroom, van docent en hypnotherapeut Rita Gras, BiVT Utrecht 2016.

Richtlijnen

Multidisciplinaire richtlijn SOLK en somatoforme stoornissen, Trimbos-instituut 2010

Richtlijn functionele buikpijn bij kinderen, www.isala.nl, 2015

Websites

www.allesoverhoofdpijn.nl

www.filosofie.nl/nl/artikel/28817/een-kleine-geschiedenis-van-de-ziel

www.hersenstichting.nl

www.kenniscentrum-kjp.nl

www.mlds.nl/klachten/buikpijn-buikklachten

www.ontspanningsoefeningen.com/progressieve-relaxatie-van-jacobson

www.psyped.nl/relatietherapie/soorten-relaties/therapeutische-relatie

Bijlage 1

Het huis met de zintuigen (passieve imaginatie van Rita Gras)

Doel:

Het ontdekken van je voorkeurssysteem op onbewust niveau

Uitgangshouding:

Liggend of zittend

Enige ontspanning naar keuze vooraf

Omschrijving:

Stel je voor dat je door een prettig landschap wandelt, bijvoorbeeld een bos. Je ruikt alles om je heen, hoort de geluiden, voelt de wind licht langs je wangen strijken. Het is een mooie dag.

Je wandelt over een pad met kiezels. Voel hoe je hierop loopt. Hoe zet je je voeten neer?

Hoe is je ademhaling? Het pad gaat nu over in een pad van houten stammetjes.

Hoe is de ademhaling nu? Hoe zet je nu je voeten neer?

Dan gaat het snel, verandert het pad in een zandpad. Hoe klinken je voeten nu?

Hoe is je ademhaling? Hoe beweeg je je armen; in harmonie met je stappen?

Het pad leidt je naar een huis. Je bent hier welkom. Het is het huis van de zintuigen, de deur staat open en brengt je in een grote hal met 5 deuren.

Op de eerste deur staat de kamer van het kijken. En kijk maar eens wat je hier aantreft? Hoe zijn de kleuren? Wat zie je allemaal?

Hoe voel je je hier en wie zijn er nog meer. Of ben je alleen?

Dan keer je terug naar de hal en ga je de tweede kamer binnen, de kamer van het luisteren.

Wat hoor je hier, hoe zijn de geluiden, hoe voel je je hier?

Zou je langer willen blijven of ben je nieuwsgierig naar de rest?

Weer ga je naar de hal om vandaar naar de kamer van het voelen te gaan. Hier kun je van alles aanraken en voelen. De muren, de wanden. Zijn ze hard of zacht, warm of koud, glad of juist hobbelig. Hoe voel je je hier?

En weer ga je terug naar de hal om naar de volgende kamer te gaan. De kamer van de geuren.

Hier ruik je van alles. Vreemde geuren, opwindende geuren, oude geuren, vertrouwde geuren van lang geleden. Soms komen hier ook oude beelden bij.

Dan ga je weer terug naar de laatste kamer. De kamer van de smaak. Hier kun je van alles proeven.

Zoet en zout, zuur en bitter, noten, taart, kazen, brood, vruchten... Te veel om op te noemen en terwijl je geniet, merk je ook de geuren, want de kamers van geur en smaak zijn met elkaar verbonden. Hoe voel je je hier? Kun je en durf je te genieten?

Dan ga je terug en overdenk je welke kamer je het meeste aanspreekt. Wetend dat je altijd naar dit huis kunt terugkeren, verlaat je het huis.

Buiten schijnt de zon. Het lijkt wel of je alles nu beter ziet, meer hoort, beter ruikt. Je gaat weer over het pad met het zand, het pad met de boomstammen, het pad met de kiezels. Terug naar waar je vandaan gekomen bent.

Als je bent aangekomen kun je je voorbereiden om weer helemaal terug te komen.

Je voelt je dan uitgerust en helemaal ontspannen, zo ontspannen, dat je er naar verlangt om weer actief te worden,

Ik zal je daarbij helpen door te tellen van 1 tot 5 en bij 5 ben je fit en klaar helder wakker.

De eerste tel is 1 en je gaat weer helemaal wakker worden.

Twee, je bent wakker.

Drie je doet je ogen weer open.

Vier, je rekt alles lekker uit.

Vijf je bent weer helemaal fit en klaar helder wakker!