

# HET PERRON

België-Belgique  
P.B. - P.P.  
8000 BRUGGE 1 - 2  
3/5298

Afgiftekantoor 8000 Brugge 1 - 2e afdeling  
Tweemaandelijks tijdschrift  
22e jaargang nr.5, september-oktober 2006  
Koning Albert I-laan 8, 8200 Brugge (Afzendadres)  
Erkenningsnummer: P509268



**tijdschrift van het**

**PSYCHIATRISCH ZIEKENHUIS  
ONZE-LIEVE-VROUW BRUGGE**

**en het**

**PSYCHOTHERAPEUTISCH CENTRUM  
RUSTENBURG BRUGGE**



## Colofon

---

**HET PERRON** is het tweemaandelijks tijdschrift van het Psychiatrisch Ziekenhuis Onze-Lieve-Vrouw en het Psychotherapeutisch Centrum Rustenburg. Het is bestemd voor de West-Vlaamse huisartsen en de psychiaters en GGZ-voorzieningen in Vlaanderen.

### Oplage

Het Perron wordt verspreid op 2200 exemplaren

### Redactieraad

Dr. Marc Franchoo, psychiater (hoofdredacteur)  
Dr. Chris Bervoets, psychiater  
Jacques Dutrie, psycholoog-psychotherapeut  
Ludo Goderis, stafmedewerker patiëntenzorg  
Marc Simoens, stafmedewerker patiëntenzorg  
Ingrid Vandaele, stafmedewerker patiëntenzorg

### Verantwoordelijk uitgever

Zr. M. Kemel, Koning Albert I-laan 8, 8200 Brugge

### Vormgeving en druk

Geert Daelman

### Gedrukt in PZ Onze-Lieve-Vrouw

### Ontwerp omslag

Ludo Goderis

### Technische afwerking

Creatief Werkcentrum PZ Onze-Lieve-Vrouw

### Correspondentie



### PZ Onze-Lieve-Vrouw

Koning Albert I-laan 8  
8200 Brugge  
info@olv.gzgj.be  
www.pzol.vb  
tel. 050-30 18 00  
fax 050-30 18 01



### PTC Rustenburg

Oude Oostendesteenweg 43  
8000 Brugge  
rustenburg@rb.gzgj.be  
www.ptcrustenburg.be  
tel. 050-31 81 65  
fax 050-31 08 99

# VAN ‘BREEKpunt’ NAAR ‘BUIGpunt’... CONSTRUCTIEF WERKEN MET HERVAL BIJ BEHANDELING VAN VERSLAVINGSPROBLEMEN

*Rudi Peeters,  
psycholoog-gedragstherapeut,  
PZ Onze-Lieve-Vrouw*

## *Behandeling van verslaving: (her)vallen en opstaan?*

Bij de behandeling van verslavingsproblematiek, zoals afhankelijkheid van alcohol of medicatie, is herval eerder regel dan uitzondering. Dit is zowel bij hulpverleners als bij de omgeving van de patiënt maar al te goed bekend. Dat herval zich vroeg of laat kan voordoen, is binnen de behandelstrategie dan ook “ingecalculeerd”. Herval wordt er beschouwd als een weliswaar niet noodzakelijk, maar toch waarschijnlijk onderdeel van het veranderingsproces.

Daarom wordt bij de behandeling ook de nodige aandacht besteed aan “herval”, en dit gebeurt veelal in de vorm van “hervalpreventie”. In het klassieke hervalpreventiemodel van Marlatt en Gordon worden voor elke

patiënt individueel-specifieke “hoge risicosituaties” geïdentificeerd, d.w.z. situaties waarin voor deze patiënt de kans op herval groter is dan in andere situaties (en voor andere patiënten). Meestal behoren deze hoge risicosituaties tot de volgende categorieën: negatieve emoties, interpersoonlijke problemen, en sociale druk om te gebruiken. Voor elk daarvan wordt de patiënt aangeleerd er voortaan anders mee om te gaan dan door te gebruiken (wat voordien vaak uit gewoonte en als enige reactie aan die risicosituaties gekoppeld was). Bijvoorbeeld: als iemand zich somber voelt, pleegt hij voortaan een telefoontje naar een vertrouwde kennis in plaats van te gaan drinken, en naarmate hij dit vaker doet en er succes mee ervaart, wordt dit een nieuwe (en betere) gewoonte om in dit soort situaties te reageren.

## — *Van hervalpreventie naar hervalanalyse*

Bij hervalpreventie wordt herval (minstens impliciet) opgevat als iets wat, als het maar enigszins kan, voorkomen moet worden. Het wordt gezien als een mislukking, “terug naar af”. De grond voor deze negatieve appreciatie is de vrees dat een herval als vanzelf zal leiden tot nog meer herval. Ook de patiënt zelf ervaart herval immers als negatief (mislukking), en schrijft deze negatieve ervaring wellicht toe aan zijn eigen tekortkomingen (“zie je wel, ik kan het nu eenmaal toch niet; ik heb weer eens bewezen dat ik er niets van terechtbreng”). Dit kan de deur naar verder herval openen (“ik zal het dus wel nooit kunnen”, “het heeft gewoon geen zin er nog iets tegen te willen ondernemen”). Door het herval raakt de patiënt dus niet alleen ontmoedigd, maar verliest hij ook het vertrouwen in zijn eigen kunnen. Daarom is het zaak herval te voorkomen. Als de patiënt ondanks uitvoerige hervalpreventie toch nog hervalt, dan dreigt dit gevaar nog sterker (“zelfs na al die inspanningen heb ik dit niet kunnen voorkomen; ik moet toch wel een hopeloos geval zijn”).

Zonder afbreuk te willen doen aan de waarde en effectiviteit van hervalpreventie, wil ik hier een complementaire aanpak voorstellen,

die van toepassing is op een reeds feitelijk gebeurd herval. Deze aanpak bestaat uit de analyse van een gebeurd herval om er zoveel als mogelijk uit te (laten) leren. Dit vergt een wat andere attitude van de hulpverlener. Herval wordt hierbij niet langer gezien als alleen maar negatief (al blijft het dat ten dele zeker ook wel), maar ook als iets dat tot op zekere hoogte en mits enige inspanning positief benut kan worden. Een en ander wil ik illustreren aan de (fictieve) casus van Joris.

## — *Het verhaal van Joris*

Joris is een alleenstaande man, 45 jaar oud, die tien jaar lang afhankelijk van alcohol (rode en witte wijn) geweest is, en die thans daarvoor in behandeling is. Hij is al langer dan vijf maand niet meer hervallen. Sinds twee maand is hij dagpatiënt en komt hij vijf dagen per week naar de dagafdeling. Hij woont zelfstandig in een huis dat hij al bijna vijftien jaar huurt, en redt het daar over het algemeen best. De voorbije dagen ging het echter plots minder goed met Joris. Hij zou vrijdagavond uit eten gaan met een vrouw die hij onlangs heeft leren kennen, maar dat is niet doorgedaan. Daags voordien belde deze vrouw Joris op met een wat vaag verhaal over haar zus die zich tegen het contact verzet, omdat ze gehoord heeft van Joris' (voormalige) drankprobleem en van het feit dat hij hiervoor in

behandeling is. Daarom moest Joris plotseling “onvoorzien” zelf zorgen voor zijn avondeten, en is hij op vrijdag na vijf uur de nodige inkopen gaan doen in de supermarkt in zijn buurt. Toen hij bij de kassa kwam, viel zijn blik op de daar uitgestalde dranken. Impulsief heeft hij daar een fles rode wijn gekocht, die in de aanbieding stond. Thuisgekomen heeft hij die fles wijn eens goed bekeken, beslist dat hij er in geen geval van zou drinken, en ze in de kast opgeborgen “om iets in huis te hebben voor als er bezoek komt dat graag iets drinkt”. Op zaterdagmorgen schrijft hij als gewoonlijk in zijn dagboek hoe de week verlopen is. Het beeld van de fles rode wijn in de kast flitst af en toe door zijn hoofd. Om twaalf uur wordt het hem toch te machtig, en hij opent de fles en drinkt twee glazen wijn. Daarover voelt Joris zich zeer ongemakkelijk, zodat hij de fles maar snel weer opbergt. De dag nadien (zondag) drinkt hij vrijwel onmiddellijk na het opstaan (na een slechte nachtrust) de rest van de fles uit. Het is nog vroeg; Joris heeft geen alcohol meer in huis; nog de hele dag kan zijn lever “werken” om alle alcohol uit zijn bloed te krijgen tegen maandag, wanneer hij weer op de dagafdeling verwacht wordt. Die berekening klopt weliswaar, maar Joris’ geweten brengt hem ertoe ’s maandags op de dagafdeling het herval toch maar “op te biechten”.

### — *Doelstellingen van hervalanalyse*

Waarom zouden we een reeds gebeurd herval analyseren? Is dit niet “de put dempen als het kalf verdrongen is?”

Er zijn heel wat redenen om uitgebreid bij een gebeurd herval stil te staan en om het verloop ervan te analyseren. De primaire redenen hebben betrekking op de patiënt zelf. Zo wordt er een duidelijk signaal gegeven dat herval ernstig wordt genomen, en dat er niet te licht aan getild wordt. De negatieve emotionele verwerking (negatieve impact op het zelfwaardegevoel van de patiënt) kan worden bijgestuurd. En er worden, op de manier die verder uitgelegd zal worden, optimale kansen geschapen om het herval als een leerervaring te benutten, ten einde (analoog) herval in de toekomst te vermijden (een raakvlak met hervalpreventie). Ook wordt de patiënt aldus geresponsabiliseerd voor dit vermijden van toekomstig herval.

De analyse kan echter ook aan het licht brengen dat de patiënt niet (langer) gemotiveerd is tot geheelonthouding, en dat hij herval niet (meer) wenst te vermijden of niet (meer) als negatief beleeft. Ook kunnen te hoog gegrepen, onhaalbare doelstellingen aan het licht komen, zoals geen alcohol drinken in een omgeving met intense sociale druk tot alcoholconsumptie, waardoor de

patiënt wel bijna “moet” mislukken. In dit geval kan een meer realistische herijking van de doelstellingen nagestreefd worden.

Maar ook voor anderen dan de patiënt zelf zijn er redenen waarom het zinvol is een herval te analyseren. Voor de naastbestaanden van de patiënt kan het inzichtelijk maken van een herval ertoe bijdragen dat dit gegeven gedramatiseerd wordt. Weten dat er “iets” mee te doen is (en dat dat ook grondig gebeurt), is vaak al een hele opluchting. En voor de hulpverlener zelf wordt een door herval veroorzaakte of aangescherpte “negatieve tegenoverdracht” hanteerbaar gemaakt. Een patiënt die hervalt, confronteert immers de hulpverlener met zijn onmacht om die patiënt succesvol abstinente te helpen blijven. Vooral bij “chronische hervallers” kan dit een negatieve attitude tegenover de patiënt in de hand werken, niet alleen bij de individuele hulpverlener, maar zelfs bij een geheel behandelteam.

### — *Strategie van hervalanalyse: het gesprek na herval*

Gegeven dat er zoveel goede redenen zijn voor een hervalanalyse, rijst de vraag hoe die dan wel aangepakt kan worden. Het formele instrument voor hervalanalyse is het “gesprek na herval”. Zodra de

hervallen patiënt minstens letterlijk ontvuchterd is, wordt dit gesprek zo spoedig mogelijk gevoerd, meestal door de verantwoordelijk verpleegkundige van de patiënt of door de psycholoog van de afdeling. Zo’n gesprek na herval volgt een vast scenario, dat hieronder beschreven wordt.

Het gesprek wordt nadrukkelijk ingeleid als een poging het herval in kaart te brengen: “In dit gesprek wil ik samen met jou je recente herval grondig doornemen, nagaan hoe het gebeurd is, kijken wat er misgegaan is.” De doelstelling van de patiënt inzake gebruik (in onze behandelsetting volledige abstinente) wordt expliciet benoemd, evenals het feit dat het herval daar discrepant mee is. Dit verschil wordt als negatief en ongewenst geduid, zowel voor de patiënt als voor diens omgeving en het behandelteam. Toch wordt ook het mogelijk positieve aan het herval, mits goed geanalyseerd, benoemd: “Met een beetje goede wil kan hieruit een en ander geleerd worden. En dat maakt je sterker voor de toekomst. Daardoor is het herval misschien dan toch nog ergens “goed” voor geweest.” Het gesprek richt zich exclusief op het herval. De ruimere context, factoren uit het verleden, de uitgedrukte spijt en goede voornemens... die de patiënt er eventueel bij betreft, zijn allemaal eventueel stof voor andere

gespreksmomenten, waarnaar dan ook voor bespreking daarvan verwezen wordt.

Het eigenlijke gesprek bestaat uit twee fasen. In de eerste, retrospectieve fase wordt het hervat gedetailleerd beschreven. Daartoe verhaalt de patiënt in zijn eigen woorden uitvoerig en zeer gedetailleerd het verloop van het hervat. Waar nodig worden vragen gesteld ter concretisatie of verduidelijking. Er wordt geen kritiek geformuleerd; er wordt (in deze fase) geen ander mogelijk verloop van het gebeurde gesuggereerd. Na het relaas van de patiënt te hebben aanhoord, “spiegelt” de hulpverlener het verhaal, zoveel mogelijk aansluitend bij de woorden van de patiënt. Hij vat dan het geheel samen en vraagt de patiënt om bevestiging hiervan. Vervolgens plaatsen beiden samen het hele verhaal in een standaardschema, dat bekend staat als “het schema van de vijf G’s”. Alle elementen van het verhaal krijgen een plaats in dit schema: als voorafgaande gebeurtenissen, als gedachten die naar aanleiding daarvan opkwamen bij de patiënt, als gevoelens die dit met zich bracht, als gedrag dat hij al dan niet gesteld heeft (waaronder ook het feitelijke middelengebruik dat het hervat vormt), en als gevolgen die daarvan nu het resultaat zijn (op de korte en lange termijn; positief en negatief; voor zichzelf en anderen).

Deze elementen worden in hun opeenvolging door pijlen verbonden (de gebeurtenis leidt tot gedachten, die leiden tot gevoelens, die leiden tot gedrag, dat leidt tot gevolgen). Alle elementen van het verhaal worden in dit schema met pijlen ondergebracht. Indien de patiënt kan instemmen met deze schematische weergave, wordt overgegaan naar de tweede, proactieve fase van het gesprek.

Het spontane verhaal van de patiënt bevat doorgaans reeds expliciet de beschrijving van de gebeurtenis(sen), het gedrag en de gevolgen. Bij Joris ging het om respectiefflijk het afgezegde etentje en het bezoek aan de supermarkt (gebeurtenissen), het kopen van een fles wijn, het opbergen ervan in de kast en het later uitdrinken ervan in twee fasen (gedragingen) en het slechte gevoel en de behoefte het hervat “op te biechten” (gevolgen). Daarentegen komen gedachten en gevoelens vaak pas mits navraag ook uitdrukkelijk aan de orde. Zo kan blijken dat het afgezegde etentje bij Joris aanleiding gaf tot gedachten als: “ze schrijft me af, omdat ze denkt dat ik toch maar een drinker ben”, en is hij zich misschien wel somber en moedeloos gaan voelen daardoor. De hulpverlener moet trachten zonder suggestieve vragen te stellen ook deze elementen op het spoor te komen en te laten expliciteren.

## *Buigpunten zoeken en vinden*

In de tweede, veranderingsgerichte fase van het gesprek na hervall gaan patiënt en hulpverlener samen op zoek naar zoveel mogelijk “buigpunten”. Elke schakel in het ingevulde schema (van gebeurtenis naar gedachten, van gedachten naar gevoelens, van gevoelens naar gedrag, van gevoelens naar gevolgen) kan beschouwd worden als een potentieel buigpunt, waar in principe ook anders “afgebogen” had kunnen worden. Het is de bedoeling vanuit de gebeurtenis andere gedachten, of vanuit de gedachten andere gevoelens, of vanuit de gevoelens een ander gedrag, of vanuit het gedrag andere gevolgen te bedenken. Hoe vroeger in het schema men kan afbuigen van het feitelijk gebeurde verloop, des te meer zullen alle daaropvolgende elementen in het schema eveneens veranderen. Praktisch aanvaardt men de gebeurtenis als een feitelijk gegeven, dat zich min of meer identiek nog opnieuw zou kunnen voordoen. Het gaat er dan vooral om deze gebeurtenis anders te “interpreteren” (met andere gedachten en/of gevoelens) of, als deze schakels zich niet laten ombuigen naar alternatieven, zich er een ander gedrag bij voor te stellen.

Een eerste buigpunt betreft de overgang van gebeurtenis naar gedachten; dit is een vorm van

cognitieve herstructurering. In de casus van Joris zou het gesprek na hervall aan het licht kunnen brengen dat hij naar aanleiding van het door de vrouw afgezegde etentje gedachten was gaan koesteren als: “ze ziet me niet zitten; ze denkt net als haar zus dat ik maar een drinker ben; als dat alles is wat nuchter blijven me oplevert, kan ik al net zo goed weer gaan drinken”. Deze gedachte kan worden gecorrigeerd of geneutraliseerd door een andere, even plausible gedachte er tegenover te zetten: “die zus van mijn vriendin weet er niets van; mensen als zij maken het moeilijk voor me, maar als ik zal hen wel eens even tonen dat ik het echt zonder de drank kan”. In het verhaal zitten nog minstens vier andere elementen waar een negatieve gedachtegang, die (mede) tot het hervall geleid zou kunnen hebben, aan het licht kan komen en gecorrigeerd kan worden. (De lezer kan deze elementen zelf opzoeken en trachten deze op diverse manieren “om te buigen”.)

Een tweede buigpunt betreft de door de gedachten opgeroepen gevoelens. Deze zijn in de meeste gevallen niet rechtstreeks vatbaar voor herziening, maar via een verandering van de gedachten zullen uiteraard ook de gevoelens een wijziging ondergaan. In het bovenstaande voorbeeld zouden gevoelens van teleurstelling,

kwaadheid of zelfmedelijden kunnen worden vervangen door serene aanvaarding of koppige trots.

Een derde mogelijk buigpunt betreft de band van gevoelens naar gedrag (zeker indien er geen wijziging bereikt is in de eerdere twee buigpunten). Als Joris bij zijn interpretatie blijft en de gevoelens van teleurstelling of kwaadheid niet kan vervangen, dan kan hij vanuit die gedachten en gevoelens nog altijd zich anders gedragen dan gaan drinken. Hij zou kunnen een hulpverlener contacteren, zijn kwaadheid op papier van zich afschrijven, concrete plannen voor een andere afspraak beginnen koesteren, of ter compensatie zichzelf eens verwennen door in zijn eentje extra lekker uit eten te gaan (of zich een andere aangename activiteit te gunnen). Om deze gedragsalternatieven realistisch te maken, zal doorgaans wel weer moeten gewerkt worden aan andere gedachten bij de gebeurtenis.

Een vierde mogelijk buigpunt loopt van gedrag naar gevolgen. Aangezien hier pas “na” het gedrag (inclusief het hervall) wordt ingegrepen, wordt het hervall hierbij geaccepteerd (maar niet goedgekeurd!), wat deze optie tot de therapeutisch gezien minst wenselijke maakt. Hier kan men slechts de schade van het hervall beperken,

zonder dat er concrete aanwijzingen gevonden zijn hoe het had kunnen voorkomen worden en een volgende keer voorkomen zou kunnen worden. Niet het hervall zelf, maar de aanslag op het zelfwaardegevoel die eruit kan voortvloeien, staat hier dan in de focus. “Het is allemaal anders gelopen dat we gewild hadden, maar het blijkt nu dat het ook allemaal vreselijk moeilijk was, en dat we eerst nog wat zullen moeten oefenen in gemakkelijkere situaties voor je dit eventueel opnieuw probeert.” Pas indien alle eerder genoemde buigpunten onhaalbaar blijken, blijft deze optie over. Toch is zij in dat geval niet onverdienstelijk. Ze voorkomt namelijk dat de patiënt al te zeer gedemoraliseerd geraakt en het hervall te zeer aan eigen falen toeschrijft.

### *Conclusies en intenties*

Aan het einde van het gesprek na hervall (dat desnoods over meerdere contacten gespreid kan zijn) laat men de patiënt zelf samenvatten wat hij uit de analyse opmaakt.

Als het goed is, kan deze conclusie tot een intentie voor toekomstig gedrag (in min of meer analoge omstandigheden) leiden: “Als ik nog eens in dergelijke omstandigheden beland, dan ga ik trachten het voortaan eens zo aan te pakken...”

De hulpverlener kan de patiënt

zelfs “verleiden” tot een gedragsexperiment, indien het herval te maken heeft met een gebeurtenis die voor herhaling vatbaar is en waarvan de patiënt het zich voordoen zelf onder controle heeft (bijvoorbeeld een bezoek aan een bepaald café). Dan kan de patiënt plannen zich opnieuw in deze situatie begeven, maar daarin ditmaal welbewust andere gedachten, gevoelens of gedrag na te streven, en kan hij van daaruit aan den lijve ondervinden dat hij in die situatie in staat is tot succesvolle abstinentie.

Naast analyse van een feitelijk gebeurd herval kent deze aanpak ook enkele varianten, zoals de analyse van bijna-herval, de analyse van succeservaringen (die vaak niet vanzelfsprekend zijn) en de zelfanalyse van herval, van bijna-herval en van succeservaringen. Bij zelfanalyse traint men de patiënt de techniek op zichzelf toe te passen en maakt de hulpverlener zichzelf als het ware overbodig.

Hervalanalyse werkt explorerend. De patiënt moet zelf de alternatieve gedachten, gevoelens en gedragingen waarheen hij kan “afbuigen” bedenken en er in geloven (zodat hij bijna zin krijgt om het de volgende keer anders aan te pakken). Het is nutteloos en zelfs contraproductief om als hulpverlener zelf de alternatieven te suggereren. Dat zou immers

betweterig en kleinerend kunnen overkomen: “Kijk eens hoeveel kansen je hebt laten liggen, waardoor het allemaal anders en beter had kunnen lopen...” Wel kan men met een Socratische dialoog de patiënt min of meer subtiel sturen, als deze aanvankelijk zelf geen mogelijkheden tot “afbuigen” ziet vanuit het schema.

Mits ze goed toegepast wordt, maakt hervalanalyse dat herval niet langer het vanouds gevreesde breekpunt in de behandeling hoeft te zijn, en dat patiënt én hulpverlener er zowel optimistisch als realistisch kunnen op vertrouwen dat het een volgende keer anders en beter zal gaan.



# EEN RESPECTVOLLE AANRAKING IS EEN VAN DE WAARDEVOLSTE DINGEN DIE JE EEN MENS KAN GEVEN.

*Jane Deneve  
Kinesitherapeute  
P.T.C. Rustenburg*

— Het is aanwijsbaar dat een kinebehandeling resulteert in aanwijsbare, lichamelijk therapeutische effecten, zoals een verhoogde locale of algemene bloedcirculatie, het vrijkomen van hormonen (endorfine of adrenaline). Afhankelijk van de soort behandeling kunnen we in een setting als het P.T.C. Rustenburg het ‘psychisch’ effect niet veronachtzamen.

Om op een eenvoudige manier te verwoorden wat er ‘psychisch’ precies gebeurt of kan gebeuren tijdens een therapiesessie in het P.T.C. Rustenburg vertrek ik bijgevolg vanuit de psychotherapeutische setting, d.i. een patiënt-therapeutsituatie. Natuurlijk ben ik geneigd mij als therapeute op de achtergrond te houden, hoewel ik vermoed dat ik mij ruimer kan en mag bewegen dan de meeste psychotherapeuten en psychiatrisch verpleegkundigen hier in

het P.T.C. Rustenburg, daar ik op een bijzonder paramedisch gebied werkzaam ben. Mijn hulpmiddelen zijn: oefenapparatuur, toestellen voor elektrotherapie, massagetafels, gels, talk, oliën.

Het resultaat van de therapie kan men geen afgewerkt product noemen, maar een verhoogd lichamelijk welzijn. Dit soort lichamelijk welzijn is nogal moeilijk definieerbaar. Wanneer het een functioneel herstel betreft, zoals bij een

peesletsel of een enkeldistorsie, of wanneer het gaat om een toename van bewegingsvrijheid in de gewrichten, is het eindresultaat duidelijk. Wanneer het over psychosomatisch lijden gaat, zal het einddoel minder scherp afgelijnd zijn. Toch heb je bij elke behandeling een psychische interactie. Ik geef een voorbeeld: wanneer iemand het moeilijk heeft om zijn herstel te aanvaarden, zal hij of zij tijdens de therapie zijn of haar gunstige lichamelijke evolutie tegenwerken of camoufleren. Automutilatie uit zich dan in geforceerd of overmatig oefenen met als eventuele gevolgen: zwelling, pijn, zelfs infectie van de gewrichten. Het is bovendien niet zo makkelijk om dit gedrag te detecteren, aangezien het zich meestal buiten de kinesetting afspeelt. Om het te corrigeren, dien je de patiënt door een verbaal-psychologische interventie te confronteren.

Non-verbaal gebeurt er ontzettend veel tijdens een kinebehandeling. Het allerbelangrijkste aspect ligt in de aanraking van de patiënt door de therapeut.

Aanraking is in de gewone samenleving niet zo evident. In een groep, bus of trein worden we al vlug wrevelig wanneer iemand te dichtbij komt en ons opzettelijk of onopzettelijk aanraakt. We verwachten dan ook een verontschuldiging voor het binnen-

dringen in onze persoonlijke levensruimte en wanneer dit niet gebeurt, kunnen de gemoederen fel oplaaien.

Aanrakingen zijn bovendien bijna nooit neutraal. Dokters en verpleegkundigen raken een patiënt professioneel aan, maar tegenwoordig is dit meestal via apparatuur en, indien manueel, zo veel mogelijk met handbescherming. Veel kinesisten hebben het masseren afgezworen, deels onder invloed van het evidence based- regime, maar toch ook omdat in een tijdperk waarin we steeds meer vervreemden van onze gevoelens, ze moeite ondervinden die intieme handelingen in hun professionele aanpak een plaats te geven. De tastzin als zintuig is nog steeds schromelijk onderschat. Zelfs in ons taalgebruik vind je dit terug: ‘aftasten’ duidt op onzekerheid, ‘inzien’ daarentegen wijst op het verwerven van zekerheid.

Nochtans kan een kinesitherapeute uit een massage veel afleiden. Zodra hij of zij een patiënt ‘onder handen’ neemt, voelt de kinesist hoe hij of zij in zijn/haar vel zit. Harde spieren, letterlijk een harde huid, verkrampde schouders en nek, allemaal symptomen van mensen die zich gevoelsmatig afsluiten zowel van hun omgeving als van zichzelf. Je bewerkt als het ware een harnas waarin de persoon ingekapseld zit. Terwijl je masseert, voel je vaak letterlijk de afweer wegsmelten waarbij

sommigen in huilen uitbarsten. Anderen 'herpakken' zich en ook dan voel je via de handen het verweer weer opkomen.

Het is ook niet gemakkelijk om je over te geven aan de handen van een vreemde, terwijl je daar uitgekleed ligt. Vooral bij patiënten met een traumatisch verleden, incest bijv. moet je als therapeut heel behoedzaam te werk gaan. Het uitkleden op zich kan al een probleem vormen. Eens die klip genomen is en je dus het vertrouwen hebt moet je letterlijk bij je patiënt blijven, want bij elk heen en weer geloop ben je het vertrouwen weer kwijt. Hun huid schrikt bij de minste aanraking, hun lichaam werkt onbewust tegen. Het is ook belangrijk om lichaamsdelen die niet behandeld worden, af te dekken, zodat ze zich niet 'naakt' voelen.

Anderzijds heb je cliënten bij wie je voelt dat ze zich zeer bewust zijn van de erotiek van de situatie. Hier moet je als massagetherapeut voelhorens ontwikkelen om je aanpak aan te passen voor het tot een confrontatie komt. Met hen dien je, misschien tijdelijk, professioneel onderkoeld om te gaan.

Sommige mensen zuigen mijn aanraking op als een spons, ze liggen op de massagetafel als een gestrande walvis en kirren dat mijn handen 'goud

waard' zijn. Op zo'n moment voelt de therapeut zich in zekere zin 'gebruikt'.

Huid kan als textuur heel verschillend aanvoelen. Heel zelden, misschien twee à drie keer in mijn loopbaan heb ik mee gemaakt dat ik moeite had met iemands huid, omdat ik het gevoel had dat er geen grens was, die huid plakte bijna aan mijn handen. Een toeval?: Deze mensen waren vaak ook kleverig in hun gedrag en omgang met mij...

Respons op aanraking is er bijna altijd, hoewel niet verbaal. Praten verstoort de aandacht voor de aanraking en wordt dan ook dikwijls gebruikt als afleidingsmanoeuvre door de patiënt, wanneer hij onrustig wordt, wanneer hij opkomende emoties probeert terug te dringen.

Jammer genoeg blijft het een feit dat sommige mensen bijna nooit aangeraakt worden. Als baby en kind worden de meesten voldoende 'geknuffeld', maar naarmate veel mensen ouder worden, gebeurt dat helaas dikwijls veel minder. Wij worden nochtans, als zoogdieren, met 'huidhonger' geboren. Het is aangetoond dat vroeggeboren baby's, die drie keer per dag geknuffeld en gestreeld werden, veel harder groeiden dan prematuren die niet aangehaald werden. Ze konden gemiddeld zes dagen eerder naar huis

en bleven die voorsprong behouden: ook na acht maanden bleken ze motorisch en verstandelijk beter ontwikkeld.

Een respectvolle aanraking is een van de meest waardevolle ervaringen die je aan een mens kunt geven.

