

Situering De Kanteling vzw

Psychotherapiecentrum *De Kanteling vzw*, gelegen te Schilde bij A'pen is 10 jaar geleden ontstaan vanuit een samenwerking tussen Gerd Claes en Marthe Lynen. Beiden werkten reeds een tijd in de geestelijk gezondheidszorg en werden geconfronteerd met het feit dat er weinig gepaste psychotherapeutische hulp bestond voor personen met een verstandelijke beperking, een ontwikkelingsstoornis of een ernstige fysieke beperking. Ze staken de koppen bij elkaar en deden vanuit hun expertise én eigen ervaringen (werk én privé) een aanbod naar deze doelgroep. Hun team werd aangevuld met Karen Verstraeten. Zij gaf en geeft ruimte aan mensen met een chronische ziekte.

Ondertussen bestaat het team uit zes therapeuten, elk met hun eigen specialisatie : o.a. autisme, ontwikkelingsproblemen, lichte en matige verstandelijke beperking , fysieke beperking waarbij bv taal moeilijk is, koppels met een partner met (een vermoeden van) autisme , chronisch zieken / pijnpatiënten. Zowel kinderen, jongeren als volwassenen kunnen terecht. De Kanteling richt zich niet alleen naar de persoon met de beperking maar biedt ook ondersteuning voor ouders, brussen (broer of zus van een persoon met een beperking) ,betrokken mantelzorgers of belangrijke anderen binnen de context.

We geven supervisie voor professionelen rond thema's die te maken hebben met beperking/chronisch ziek zijn. Er gaan cursussen mindfulness en ziekte/pijn door en een unieke *aangepaste* cursus rond mindfulness voor personen met autisme.

Het team van werkt met therapeuten vanuit verschillende achtergronden en hanteert een eclectische benadering. Tijdens intervisiemomenten leren we van elkaar en vullen we aan.

Dit artikel is het derde in een reeks van 3 (zie vorige 2 edities van Metafoor : Gerd De Belder over werken met mensen met een verstandelijke beperking en Inge Malef rond cliënten met autisme).

Chronisch ziek zijn : zoeken naar gepast evenwicht, coping en aanpassing!

Makkelijker gezegd dan gedaan....

door Karen Verstraeten, een contextueel psychotherapeute

Reeds 10 jaar werk ik in De Kanteling te Schilde waar ik me richt tot mensen die externe hulp zoeken in het "(over)leven met hun chronische ziekte".

Ik heb in de afgelopen 10 jaar mogen merken dat de wetenschappelijke wereld steeds meer ruimte geeft aan beleving van het ziek zijn in het dagelijkse leven, een heel waardevolle en belangrijke evolutie voor chronisch zieke patiënten. Een chronische ziekte raakt elk facet van iemand's leven en vraagt om ingrijpende aanpassingen en veranderingen. Eén persoon die ziek wordt raakt gemiddeld 128 mensen in zijn / haar omgeving (ref. lezing Griet Lamps).

Evenwel beginnen de meeste therapieën nog steeds met mensen die erg geraakt worden door mijn vraag : "hoe is het voor jou om met zoveel ongemakken om te gaan ? Wat doe je met het gevoel van onrecht ?" Verdriet en boosheid komen dan steevast aan de orde. Hierbij komt dan ook de schaamte én het faalgevoel...."ik kan het nog steeds niet zoals iedereen vindt dat het zou moeten".

Een cliënt verwoordde het ooit als volgt :

In het ziekenhuis werd mijn carrosserie bijgeblutst en de motor gereviseerd. Ik moest terug in het verkeer kunnen, net als vroeger. Dat dit verkeer ondertussen drukker was geworden, dat er ondertussen regels zijn veranderd, kruispunten zijn bijgekomen, straten van richting zijn veranderd en mijn gps nog niet is geupdated....dat heeft niemand verteld en dat maakte mij verschrikkelijk onzeker en bang.

Ziek worden is verliezen van gezondheid, het is 'levend' verlies en rouw

Chronisch ziek zijn is niet te vervatten in een éénmalige gebeurtenis en dus ook niet in een éénmalig verlies en rouwproces. Dagdagelijks laat de beperking zich opmerken, veelal komen er steeds meer beperkingen bij (progressieve aandoeningen) of dienen er verschillende handelingen te worden gedaan om de "schade" te beperken.

Onze maatschappij gaat er vanuit dat je rouwt en vervolgens een nieuw evenwicht zoekt en vindt. Er wordt dan gesproken van verwerking, acceptatie,....

Met een chronische ziekte gaat het niet om 1 rouwproces en moet dit steeds weer opnieuw gebeuren. Soms kan de cliënt, na een artsencontrolle, voorspellen dat hij het moeilijk zal krijgen, vaak komt de rouw echter op in momenten dat de cliënt het niet verwacht (door iets dat gezegd wordt of iets dat doet denken aan,...). Rouwen doe je niet in een mooi fasemodel, het is een proces waarbij zowel de rouw als het verder leven in een parallelle beweging wordt gemaakt. Vaak komt de teleurstelling, de rouw ook pas een tijdje na de diagnose, na de behandelingen. Pas dan wordt duidelijk welke blijvende invloed de chronische ziekte heeft op het leven van alle dag.

De regels (mythes) rond rouwen zijn ons Europees model 'ongeschreven' maar duidelijk in hoe je het moet doen en over welke periode (vb. rouwen om een scheiding duurt de helft van de tijd dat de relatie duurde, bij het overlijden van een partner begin je direct aan de rouw en niet te lang want dan zit je vast maar ook niet te kort want dan zal je nog wel een klop krijgen). Deze onuitgesproken 'regels' beschermen ons immers tegen onze angst voor rouw en voor een rouwend iemand. We gaan snel over tot oplossingsgericht denken, verwerking (dus actie) en toedekken. Dit is begrijpelijk : we willen liever niet dat mensen die we graag hebben afzien.

Het netwerk van de zieke cliënt voelt zich dan immers even onmachtig...net daarin ligt de verbinding : dit mag en kan bijna niet anders en dit kan je niet altijd oplossen. Het is er en de cliënt moet kunnen ervaren dat dit geen schande of falen is. De therapeut moet dit durven benoemen en normaliseren, geeft tijd en plaats voor de pijn, laat voelen dat hij als therapeut hier niet bang van is. Iedereen rouwt op zijn manier en er zijn geen duidelijke regels die de cliënt moet volgen. Je lichaam en geest geven aan wanneer je klaar bent om te rouwen en wat je nodig hebt op dat moment. Er wordt gezegd dat kinderen geen vragen stellen waarvan ze het antwoord niet kunnen hanteren...het rouwproces verloopt ook op die manier. Dat rouwen onaangenaam is, pijn doet en de cliënt ellendig laat voelen is onvermijdelijk én niet weg te nemen. De cliënt zijn tempo volgen, zonder be(ver)oordeling is steunend.

In het artikel zal ik naar de cliënt gemakkelijksheidshalve refereren als "hem", uiteraard betreft het zowel hem als haar !

Therapeutische processen

In voorgaande artikels van collega's Inge Malef en Gerd De Belder (beiden IV therapeuten werkend in De Kanteling) lees ik dat zij gebruik maken van het vierkwadrantenmodel van

Wilber. Binnen het contextuele gedachtengoed werkt men op het individuele en het relationele niveau waarbij 4 dimensies van de cliënt worden geëxploreerd (ref. basiswerk van Nagy).

In de eerste dimensie worden de feiten in het leven van de cliënt bevraagd en bekeken.

Vervolgens wordt aandacht besteed aan het psychologisch, intrapsychische proces (dimensie II, psychisch). Er wordt aandachtig gekeken naar hoe deze cliënt in interactie gaat met zijn omgeving, zowel binnen 1-1 relaties als de ruimere positionering in de maatschappij (dim III, systemische interactie). In de vierde dimensie wordt gezocht naar de drijfveer van waaruit men op deze manier in interactie gaat en de feiten beleeft (dim IV, ethisch relationele).

Uiteindelijk zijn er veel overeenkomsten met het model van Wilber en is het doel voor elke therapeut om een goed inzicht te krijgen in het functioneren van de cliënt. Met alle informatie kan een ingang worden gezocht zodat er kan gekeken worden naar wat goed loopt en wat niet.

In het volgende stuk geef ik een overzicht van de 4 dimensies die ik exploreer met een cliënt. Het spreekt voor zich dat deze dimensies slechts een leidraad zijn om het verhaal van de cliënt te ordenen en zo weinig mogelijk te laten liggen in het proces.

De 4 dimensies

Kijken naar de feiten (dim I) doe ik via het opstellen van een anamnese, een tijdslijn en een genogram. Doorheen de therapie worden de feiten duidelijker, komen er feiten bij...het is een constante doorheen de verschillende verhaallijnen van de cliënt. Het geeft een overzicht en vaak een eerste indicatie van waar de knelpunten voor de cliënt liggen.

Werken rond en kijken naar het intrapsychisch proces (dim II) geeft zicht op (intergenerationele) copingstrategieën, pijnbeleving, depressie, zingeving, existentiële vragen, toekomstbeeld, lichaamsbeleving, zelfbeeld, psychische ziektebeelden,

Bij depressie en / of angstklachten (oa. door pijnlijke onderzoeken, behandelingen, bijwerking van medicatie of complicatie van de ziekte) wordt psycho-educatie gegeven en cognitief gedragsmatig gewerkt. Langdurige pijn hebben is een dusdanige overbelasting van het fysieke systeem waardoor de mentale weerstand ook erg wordt overbelast en de totale weerstand verminderd. Uitputting kan dus leiden tot depressie. Indien er reeds depressies voorkomen in de generaties is het extra in het oog te houden dat er een multidisciplinaire aanpak wordt voorzien bij depressieve klachten.

De therapeut kan en hoeft niet alle chronische aandoeningen te kennen, de cliënt is perfect in staat om de essentiële gegevens te vertellen. Het gaat in de therapie immers om wat de ziekte en de gevolgen met hem doen.

Gevoelens van angst, onzekerheid, onduidelijkheid en teleurstelling kunnen besproken worden. Vaak is de diagnose pas duidelijk na een periode van klachten en een resem onderzoeken. Bij veel chronische aandoeningen is moeilijk te voorspellen op welke termijn de progressie zich zal aandienen. Als er complicaties kunnen optreden is het vaak individueel bepaald en onduidelijk in tijd.

Behandelingen kunnen pijnlijk zijn, bijwerkingen hebben en tijdrovend zijn. Artsencontroles, onderzoeken, behandelingen en revalidatie gaan gepaard met wachten, veel en lang wachten. Dit is frustrerend en onaangenaam. Vaak geven cliënten aan dat ze ziek zijn en dat dit op zich een fulltime job is, wat nauwelijks gezien wordt door de omgeving.

Werken kan gelukkig voor velen wel, soms mits aanpassingen. Gevoelens van schaamte en falen, niet durven vragen, angst om werk te verliezen, niet meer te voldoen, promotiekansen te mislopen edm. komen dan naar boven. Chronisch ziek zijn raakt immers aan alle facetten in het leven én dat van de omgeving. Het is van belang om steeds opnieuw stil te staan bij en

erkenning te geven aan alle emoties die gepaard gaan met veranderingen omwille van de aandoening. Dit helpt het verwerkingsproces en erkent de cliënt in wat het hem kost om dit lot te moeten dragen.

Een cliënte vertelde me dat ze zo stilaan “moe behandeld” was. Jaar in jaar uit op controle, onderzoeken, resultaten noteren en bespreken, regelmatige opnames en tussendoor spoedopnames...”ik ben het zo beu !”. Als therapeut kon ik dit enkel erkennen en beamen, de stilte, frustratie en het verdriet recht van bestaan geven. Uiteindelijk slooit de cliënte de sessie zelf af met een resem aan activiteiten die ze liever had gedaan tijdens deze ziekte-uren. Het deed haar goed ook eens te dromen.

Wetend dat ongeveer 128 mensen geraakt worden wanneer één persoon ziek wordt ontstaat er een stevige deining in de onderlinge interacties van het cliëntsysteem (dim III). De cliënt gaat in interactie om zijn verhaal te kunnen doen, levensveranderingen mee te delen. Er zijn moeilijke en belangrijke beslissingen te nemen waarvoor hij hulp nodig heeft van familie en vrienden, maar ook vaak van artsen, maatschappelijk werkers, collega's, bedrijfsartsen, VDAB, mutualiteit, enz. Deze wetenschappelijke en paramedische wereld is onbekend, vaak onduidelijk en ondoorzichtig. De zieke cliënt dient een hele nieuwe wetgeving en reglementering te leren kennen. Het kan niet anders dan dat de verhoudingen tussen de cliënt en zijn netwerk veranderen en de gekende interactie wel eens onder spanning komt te staan. Misschien heeft de chronisch zieke cliënt net wel nood aan oplossingsgericht denken als het gaat over bv. zelfstandig in bad kunnen gaan, maar niet als het gaat om zijn gevoel van onmacht en verdriet. Het is voor de omgeving dan ook een stevige leerschool en opdracht om in te schatten wat wanneer van toepassing is.

In dit stuk van de therapie gebruik ik een overzicht van alle mogelijke stukken netwerk rondom de cliënt om te bekijken wat er is veranderd en waar knelpunten zitten. Het doel is te bekijken hoe het gepaster zou kunnen verlopen voor de cliënt. Hij krijgt dan de opdracht om zelf te communiceren binnen dat stuk van zijn contacten en leven : als hij kan aangeven wat hem zou kunnen helpen dan wordt het een stuk eenvoudiger. De energie die gaat naar ergernis omdat de aangeboden hulp niet de juiste is verminderd én de persoon die hulp biedt hoeft niet steeds opnieuw te zoeken naar oplossingen, vaak wetend dat het niet echt het juiste is dat hij / zij aanbiedt.

De huidige sociale context is dus bepalend voor de draagkracht van mensen : familie, gezin, vrienden, werk, partner, kinderen... worden allemaal betrokken in het ziekteproces. Het mee dragen en gedragen worden kan een ontzettende hulp zijn. Dit is soms praktische hulp maar evengoed emotionele bijstand of ‘er zijn’.

Ziek zijn gaat vaak gepaard met afhankelijk worden van zorg. Toch blijven cliënten evengoed wensen hebben in het leven. De cliënt wil niet klagen en moet al zo veel vragen van de omgeving zodat zij niet meer kenbaar durven maken wat ze wensen.

Nochtans ligt daar vaak de essentie : de cliënt is én ziek én een mens met wensen én beiden moeten gecommuniceerd worden. Dit is noodzakelijk voor de cliënt maar het is ook helpend voor de omgeving. Vaak zeggen partners dat ze alles doen wat ze kunnen maar merken dat het niet steeds passend is en dat ze hun partner missen. Als de cliënt kan zeggen wat helpend is en ruimte durft te geven aan zijn wensen zie je een positieve beweging op gang komen waar de ‘gelijkheid’ terug plaats kan krijgen. Partners, kinderen en naasten vergeten ook wel eens dat er een constant aanwezige ziekte is : het gaat om gewenning aan de situatie. Voor de zieke is dit soms zo frustrerend want zij hebben die mogelijkheid niet ! Wanneer ik dan aangeef dat dit ook wel een cadeautje kan zijn want dat ze hen dan niet enkel als een “zieke” zien, kan dit helpend zijn.

Een cliënte vertelde me dat ze dacht aan scheiden. Aan haar man had ze niets meer en hij niets aan haar. Hij reageerde niet meer op haar pijn, vergat steeds opnieuw de zware wasmanden naar boven te brengen en als ze dan begon te huilen vroeg hij stomverbaasd wat er nu weer was. Zijn enige antwoord dat hij kon geven waren oplossingen zoals 'zet de mand dan voor de trap' of hij zei niets en zette de tv op. Als zij vroeg om even bij haar te komen zitten voelde dat zo ongemakkelijk dat ze die vraag niet meer stelde.

De cliënte kon niet onmiddellijk bedenken wát dan wel helpend zou kunnen zijn en hoe "er gewoon zijn voor mij" eruit zou zien. Ze voelde zich al schuldig genoeg dat hij alles in huis moest doen en ze dan nog steeds commentaar gaf. Ze had troost nodig maar ze was tegelijk boos op hem.

Haar partner gaf aan dat hij totaal op was, geen enkele actie van hem hielp zijn vrouw en hij had geen idee meer hoe hij haar kon troosten. Vanuit zijn onmacht kroop hij in zijn schulp en zette dan inderdaad de tv op om de situatie te ontmijnen.

Elk op hun manier probeerden ze de ander niet te overbelasten, stelden ze geen vragen aan elkaar over hun noden.

Door dit uiteindelijk wel te doen konden ze terug voelen dat ze eigenlijk wel een goed koppel waren en ze vroeger vaak zaten te 'kletsen' én dat een scheiding niet aan de orde was.

Eens er in de therapie is gewerkt aan het hier-en-nu, de diagnose, het benoemen van veranderingen en het normaliseren van rouw probeer ik een aanvulling te gaan zoeken in het intergenerationele patroon van de cliënt.

De beleving van ziek zijn en het zoeken van aanpassingen en alternatieven wordt voor een stuk gekleurd door de context (dim IV).

Hoe werd en wordt er in het gezin van oorsprong gekeken naar ziekte in termen van zwakte, doorzettingsvermogen, schande en schaamte, "daar vecht je tegen", het al dan niet bestaan en respecteren van grenzen of, omgekeerd, samenvallen met het ziek zijn en volledig inactief worden.

Welke boodschappen werden en worden gegeven rond pijn, verdriet, boosheid, mogelijkheden : dat verbijt je, verdriet kan en mag of huilen doe je niet, opgeven is geen optie, kwaad worden is verloren energie, niet werken is een schande enz....

Welke stellingen en boodschappen, die men heeft geleerd in zijn kerngezin, zijn helpend voor de cliënt ? Welke zijn eerder een obstakel gaan vormen ?

Na het beantwoorden van deze vraag kan de zoektocht beginnen : Hoe sterk zijn de loyaliteiten en wat is er nodig om een 'andere' beslissing te kunnen / moeten nemen dan degene die generaties lang reeds zijn doorgegeven ? Wie zou de cliënt kunnen helpen en steunen om een, voor hem meer gepaste, oplossing te vinden ? Deze hulpbronnen kunnen eveneens uit het kerngezin komen. Soms is het treffend hoe een moeder, een zus, een neef, een oom ooit ook een afwijkende beslissing hebben genomen en hoe zij dit hebben ervaren en gedragen.

Een cliënt kwam met een vraag rond pijnmanagement. Wanneer we naar zijn context keken bleek dat ziek zijn eigenlijk een schande was, ziekteverlof stond gelijk met luiheid en opgeven. Hoewel zijn lichaam het niet meer toestond had hij toch zijn huis verbouwd en een nieuwe oprit gelegd. Zijn familie merkte het op maar vonden dat wel het minste wat hij kon doen. Met zijn vrouw kwam hij overeen dat hij de huishoudelijke taken zou overnemen binnen de maten van het mogelijke. Zijn familie mocht dit echter niet weten...dat doen mannen niet.

Pijnmanagement was dus nodig om over zijn lichamelijke grenzen te kunnen blijven gaan uit schaamte en loyaliteit binnen zijn context. Zijn vrouw, kinderen en een broer hebben geholpen om tijdens de therapie sessies duidelijk te maken dat het ook anders kon en mocht. Ze konden duidelijk maken dat ze hem niet lui vonden, dat ze zijn kracht om door te zetten bewonderden maar dat ze zich zorgen maakte om zijn welzijn. Ze zeiden duidelijk dat het hen raakte dat hij steeds oververmoeid was en afzag. Zijn kinderen gaven hem een cadeau : ze maakten duidelijk dat ze hun vader nodig hadden om, al was het maar 5 minuten per week, met hen te spelen. Doordat hij nu steeds moe was en pijn had misten ze hem. Zijn vrouw sloot zich hierbij aan. Zijn broer bevestigde dat ziek zijn in hun context niet kon. Hij deelde niet dezelfde mening, hij zou voortaan zijn broer helpen met de verbouwingen.

Een gepast evenwicht...een regelmatige oefening

Chronisch ziek zijn vraagt een constante evenwichtsoefening op de balans van geven en nemen.

Binnen het contextuele gedachtengoed wordt ervan uit gegaan dat iedereen een evenwicht heeft te bewaren tussen geven en nemen. Individueel is dit nodig om de innerlijke draaglast en draagkracht op elkaar te blijven afstemmen en dit is eveneens van belang om in een gezonde relatie tot de ander te staan. Wie te veel geeft raakt leeg, wie blijft nemen van anderen ontloopt eigen verantwoordelijkheden en mogelijkheden, zowel individueel als relationeel.

De ‘gezonde balans’ raakt erg uit evenwicht als men chronisch ziek wordt.

Cliënten krijgen het gevoel niets meer te geven te hebben, afhankelijk te worden van hulp. Zij die eerder gevers waren voor de ziekte worstelen met het vragen van hulp, het gevoel van afhankelijkheid en het zorgen voor zichzelf. Hun zelfbeeld en zelfwaarde gevoel kan negatiever worden. De verwachtingen en doelen in het leven moeten aangepast worden wat ervaren wordt als verlies. Cliënten die eerder gevend zijn en perfectie nastreven zullen sneller in verzet gaan tegen hun ziekte en het gerelateerde verlies. Positief is dat zij alternatieven blijven zoeken. Toch is het noodzakelijk met hen stil te staan bij verlies, rouw, ziek mogen zijn en de gevolgen van pijn op het hele systeem. Enkel verzet en doorvechten put uit.

Een cliënte kwam in therapie met vermoeidheidsklachten en angst. Ze was reeds 20 jaar ziek, had dit een plaats gegeven en daar had het dus niets mee te maken. Haar arts kon lichamenlijk ook geen oorzaak vinden voor de vermoeidheid. Na een uitgebreide zoektocht doorheen werk, relaties, verleden, gezin, vrije tijd edm. werden we niet veel wijzer. Doorheen de gesprekken werd duidelijk dat alle beperkingen door de ziekte werden geminimaliseerd. Toen ik vroeg hoeveel energie het haar vroeg om haar ziekte te negeren en te plaatsen werd het even stil en werd ook mijn vraag genegeerd. Na enkele weken gaf de cliënte aan dat ze soms zomaar begon te wenen, ze had geen idee waarom. Eens ze kon zien dat ze al 20 jaar erg “flink” was geweest en dat ze recent haar eerste complicatie van haar ziekte had gekregen kon ze horen dat het absoluut normaal was dat het haar moe, bang en verdrietig maakte.

Cliënten die voor de ziekte in een ontvangende positie zaten hebben meer kans om samen te vallen met de ziekte, het wordt een stuk van hun identiteit. Voor hen is het moeilijk om zelf de regie en verantwoordelijkheid te nemen over de noodzakelijke veranderingen en aanpassingen. Zij raken overspoeld door een gevoel van hulpeloosheid en gaan bij de pakken neer zitten. Depressie en sociaal isolement ontstaan sneller. De omgeving haakt af omdat de cliënt over niets anders meer kan praten dan de ziekte.

Een cliënte maakte zich boos omdat de mensen op straat haar niet serieus namen. Ze had een progressieve spierziekte. Van aan het moment van de diagnose werd ze zeer snel afhankelijk en hulpeloos. Hoewel er nog geen zichtbare en onzichtbare aantasting was van de bewegingszenuwen en -spieren besloot ze een elektrische rolstoel aan te kopen. Zij was van mening dat je het moet tonen dat je ziek bent en dat je op die manier dan tenminste hulp krijgt uit je omgeving. Tijdens wegwerkzaamheden vroeg ze de werkmannen om haar te helpen wat zonder probleem gebeurde. Toen ze echter bang werd terwijl ze haar over een steen gingen tillen wipte ze uit haar rolstoel. Hierop reageerden de werkmannen verbaasd. Toen ze dit verhaal vertelde in het revalidatiecentrum reageerden een aantal mensen op een spottende manier. Deze vrouw bleek een zware achtergrond te hebben waarin ze nooit gezien was. De ziekte was voor haar een middel tot contact en gezien worden. Samen zijn we gaan zoeken hoe ze gemaakte contacten kon houden en hoe ze haar ziekte en angst kon communiceren zonder haar huidige ziektebeeld te overdrijven. De realiteit was dat we hier voor een stukje aan hebben kunnen werken en schaven...soms zijn patronen zo sterk dat verandering niet evident is.

Wanneer er geen diagnose is neem ik de klachten toch serieus en gaat er veel aandacht naar de frustratie die ontstaat vanwege de onduidelijkheid, het onbegrip en vaak ook ongelof. Het is nodig in het hier-en-nu duidelijk te krijgen wat moeilijk loopt en te kijken wanneer dit is ontstaan. Zo is het soms mogelijk om te kijken naar aanleiding – gevolg en eventueel een psychosomatische reactie in kaart te brengen. Als er een diffuus klachtenpatroon is betekent dit niet automatisch dat het psychosomatisch is. Vanuit therapie kan je dan evengoed verder werken aan passende copingstrategieën, mogelijkheden en evenwicht.

Uiteraard zijn er ook mensen die hun weg in het ziekteproces zelf vinden. Mits een krachtig netwerk, copingstrategieën die voor hen werken en een goede verwerking van de veranderingen hervinden zij zelf hun evenwicht. Deze komen we natuurlijk minder tegen in de therapieruimte !

Basishouding

De basishouding van de therapeut moet er een zijn van respect, containen, geloof in de klachten van de cliënt en kijken wat mogelijk is binnen zijn capaciteiten, rekening houdend met het verleden en het heden. Het gaat over kijken naar de noden, individueel en relationeel. De chronische ziekte dwingt om dit herhaaldelijk te moeten doen, te verliezen, te rouwen en een nieuw evenwicht te zoeken. Dit dient te gebeuren in een complex web van een innerlijk proces, interactie met de omgeving, de wetenschappelijke wereld en de maatschappij. Als de valkuilen duidelijk kunnen worden kan elke cliënt (hoe minimaal ook) krachten vinden in zijn context van verleden en heden. De omgeving betrekken in de therapie is belangrijk. Verandering geeft beweging in de ruime context. Als een proces samen gedragen wordt is de draaglast voor de chronisch zieke minder zwaar.