

**Psychomotorische therapie
in de symptoomreductie en
stabilisatiefase bij cliënten met
een dissociatieve
identiteitsstoornis.
Een kwalitatief onderzoek.**

Door: R. van Sas

Onderzoeksbegeleider: D. Jol en M. Scheffers

Hogeschool Windesheim 2009 tot 2010

Jenny Sawle

Inhoudsopgave:

Psychomotorische therapie in de symptoomreductie en stabilisatiefase bij cliënten met een dissociatieve identiteitsstoornis. Een kwalitatief onderzoek.....	1
Samenvatting:	4
Hoofdstuk 1: Inleiding	4
Hoofdstuk 2: Methode	8
Hoofdstuk 3: Resultaten	10
Hoofdstuk 4: Discussie en Conclusie	1
Literatuurlijst:	14
Bijlage 1: Gegevens van de respondenten	16
Bijlage 2: Conversatiehulp	17
Algemene informatie gestructureerd:	17
Informatie gespecificeerd op de onderzoeksvraag:	17
Bijlage 3: Transcriptie	19
Transcriptie respondent 1:	19
Transcriptie respondent 2:	23
Transcriptie respondent 3:	30
Transcriptie respondent 4:	34
Transcriptie respondent 5:	39
Transcriptie respondent 6:	45
Transcriptie respondent 7:	51
Bijlage 4: Codebomen	55
Bijlage 5: Uitleg bij de codes uit de verschillende Matrices	57
Bijlage 6	63
3.1 Algemene (contra) indicaties	63

3.2. (Contra) indicaties PMT voor de doelgroep DIS in de eerste fase van traumabehandeling.....	64
3.3 Effectieve werkwijze PMT bij cliënten met een DIS in de eerste fase van behandeling.....	65

Samenvatting:

Binnen de verschillende Top Referente Traumacentra (TRTC) wordt er gewerkt met cliënten met een dissociatieve identiteitsstoornis (DIS). Deze cliënten worden binnen de TRTC's fasegerichte traumabehandeling aangeboden.

In dit onderzoek staat centraal in hoeverre PMT in de eerste fase van traumabehandeling een onderdeel kan vormen van de behandeling voor deze doelgroep.

Om dit te onderzoeken zijn in de TRTC werkzame PMT-ers, die ervaring hebben met de doelgroep, geïnterviewd. Hen is gevraagd antwoord te geven op de volgende vragen: Is PMT geïndiceerd dan wel gecontra-indiceerd in de eerste fase van behandeling bij cliënten met een dissociatieve identiteitsstoornis? Op welke manier en in welke gevallen dient PMT in de eerste fase van behandeling te worden aangeboden, wil de PMT bijdragen aan stabilisering en symptoomreductie bij de cliënt met DIS?

De resultaten uit de interviews geven aan dat PMT geïndiceerd lijkt te zijn voor de behandeling van DIS-cliënten in de eerste fase van traumabehandeling. Er worden richtlijnen gegeven voor het verbeteren van de effectiviteit van psychomotorische therapie bij deze doelgroep in de eerste fase van traumabehandeling.

Hoofdstuk 1: Inleiding

De aanleiding voor dit onderzoek is de ontwikkeling binnen het TRTC van de Geestelijke gezondheidszorg te Eindhoven (GgzE). Binnen het centrum wordt vanaf het ontstaan traumabehandeling aangeboden in gemengde groepen van cliënten met een Complexe Posttraumatische Stressstoornis (CPTSS) en Dissociatieve Identiteitsstoornis (DIS). In het TRTC te Eindhoven wordt er gewerkt aan de hand van fasegerichte behandeling van chronisch trauma (Nicolai, 2008). Dit onderzoek richt zich op de behandeling van DIS in de eerste fase.

In dit onderzoek wordt gerefereerd aan DIS cliënten die zijn gediagnosticeerd op basis van de diagnostische criteria volgens de DSM-IV-TR.

300.14 Dissociatieve Identiteitsstoornis

- A. De aanwezigheid van twee of meer scherp van elkaar te onderscheiden identiteiten of persoonlijkheidstoestanden (elk met een eigen betrekkelijk langdurig patroon van het waarnemen van, het omgaan met en het denken over de omgeving en zichzelf)
- B. Ten minste twee van deze identiteiten of persoonlijkheidstoestanden bepalen geregeld het gedrag van betrokkene.
- C. Onvermogen zich belangrijke persoonlijke gegevens te herinneren dat te uitgebreid is om verklaard te kunnen worden door gewone vergeetachtigheid.
- D. De stoornis is niet het gevolg van directe fysiologische effecten van een middel (bijvoorbeeld black-outs of chaotisch gedrag tijdens een alcoholintoxicatie) of een somatische aandoening (bijvoorbeeld complexe partiële insulten).
- E. **N.B.:** bij kinderen zijn de symptomen niet toe te schrijven aan denkbeeldige speelkameraadjes of andere fantasiepelletjes.

Tabel 1: Diagnostische criteria van DIS volgens de DSM-VI-TR (APA, 2001, p. 290-291).

Sinds de komst van de vaardigheidstraining voor mensen met DIS in de eerste fase van traumabehandeling (Boon, 2008) wordt er steeds meer toegewerkt naar een specifieke behandeling van DIS en CPTSS.

Aangezien in de groepsbehandeling altijd sprake was van de inzet van Psychomotorische Therapie (PMT) is binnen het team de discussie op gang gekomen over de vraag of, en in welke vorm of mate PMT geïndiceerd dan wel gecontraïndiceerd is bij DIS cliënten in de

eerste fase van traumabehandeling (van der Hart & Boon, 2003). Deze vraag is ontstaan omdat medewerkers van het TRTC Eindhoven ervaren dat PMT door het lichaams- en bewegingsgerichte karakter zeer ontregelend kan werken¹. Ook vooraanstaand deskundige op het gebied van traumabehandeling S. Boon geeft in een telefonisch gesprek aan deze ontregelende werking van PMT bij cliënten met DIS in de eerste fase van traumabehandeling te herkennen.

Vanuit bovenstaande signalen en vragen wordt in dit onderzoek de volgende vraagstelling onderzocht: ‘In hoeverre is het mogelijk PMT in de eerste fase van behandeling bij cliënten met een dissociatieve identiteitsstoornis aan te bieden?’

De relevantie van dit onderzoek betreft: het doen van mogelijke aanbevelingen aan het TRTC te Eindhoven over het toepassen van PMT bij de doelgroep DIS-clieënten in de eerste fase van traumabehandeling, het leveren van een bijdrage aan de profilering van het vak PMT binnen het TRTC te Eindhoven en tenslotte de profilering van het vak PMT binnen de huidige ontwikkelingen van de verschillende TRTC's in Nederland.

Hieronder wordt het literatuuronderzoek beschreven waarop de vragenlijst, interviews en de verdere uitwerking van het onderzoek zijn gebaseerd. Relevante literatuur uit de traumabehandeling en relevante informatie vanuit de PMT literatuur wordt hierbinnen besproken.

Dit onderzoek richt zich, zoals eerder genoemd, op de eerste fase van fasegeoriënteerd werken. Deze fase is er volgens Nicolai (2008) op “gericht de spankracht oftewel integratie capaciteit van de patiënt te verhogen, waarbij zij de noodzakelijke taken behorende bij de dagelijkse leven beter aankan en uitvoert.” Steele, van der Hart & Nijenhuis (2005) en Nicolai (2008) benoemen in deze fase de volgende doelen te behandelen:

- *Het overwinnen van de fobie gericht op hechting en het verliezen van de hechting met de therapeut.*
- *Het overwinnen van de fobie voor mentale inhoud*
- *Het overwinnen van de fobie voor dissociatieve persoonlijkheden*
(p.28 en p. 69)

Het eerste doel richt zich op het aan durven gaan van een relatie (hechting) met de therapeut, waarbinnen de cliënt leert hoe het is om een gezonde relatie² met een ander aan te gaan en waarbij het mogelijk is om te gaan met afwezigheid van de therapeut bij bijvoorbeeld ziekte of vakantie.

Het tweede doel richt zich op het in contact durven komen met ‘mentale inhoud’ zoals: gevoelens, wensen, behoeften, fantasiën, lichamelijke sensaties en dissociatieve persoonlijkheden.

¹ De ontregelende werking betekent dat de cliënt niet meer in staat is om de interne hoofdpersoon het overzicht te laten bewaren, waardoor verbindingen tussen verschillende situaties niet meer gelegd worden en dissociatie van een situatie mogelijk wordt, wat onveiligheid voor de cliënt in de hand werkt.

² Een gezonde relatie houdt in een relatie waarin men geen misbruik maakt van de kwetsbaarheid van de ander, de cliënt ervaart dat zij grenzen aan mag geven, er sprake is van duidelijkheid en voorspelbaarheid en dat de cliënt weet welke voorwaarden er zijn wanneer er aan traumaverwerking kan worden gewerkt.

Het laatste doel richt zich op in de integratie van ogenschijnlijk normale persoonlijkheden (ONP)³ en dominante emotionele persoonlijkheden (EP)⁴ waardoor men beter kan functioneren in het dagelijkse leven. Dit houdt in dat het van belang is dat men in deze fase leert door welke triggers EP's geactiveerd worden (van der Hart, 2006), maar ook dat er gezocht wordt naar hoe de verschillende identiteiten met elkaar samen kunnen gaan werken.

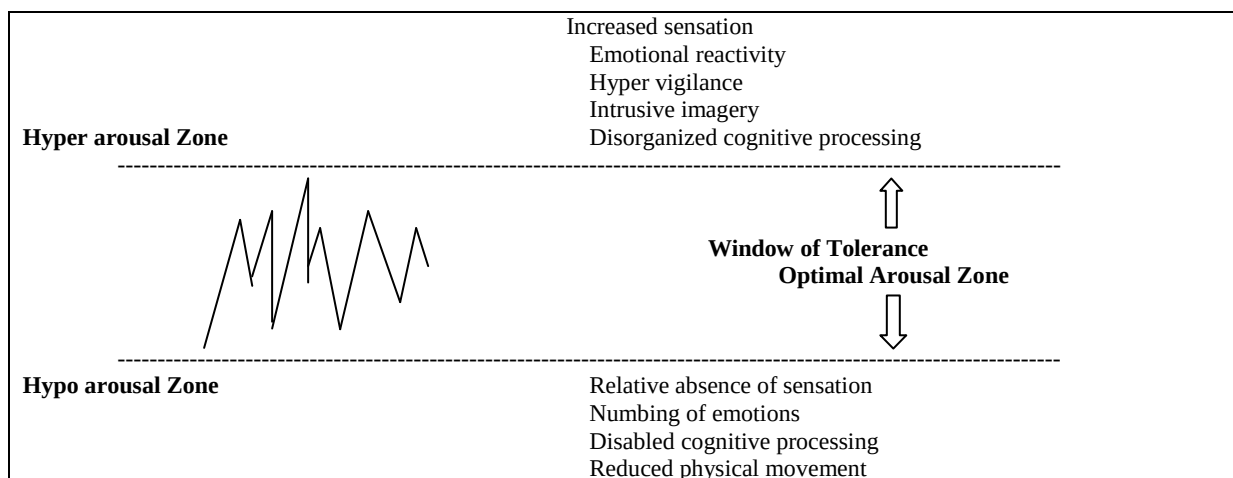
Bij het uitwerken van dit onderzoek is uitgegaan van het theoretisch concept: The Window of Tolerance (zie tabel 2). Zowel Ogden, Minton & Pain (2006) als van der Hart (2006) halen aan dat de behandeling in de eerste fase een grotere kans van slagen heeft, wanneer men gericht is op het waarnemen van lichaamssignalen en/of gedragssignalen, waarmee kan worden vastgesteld of er sprake is van optimal-, hyper- of hypo arousal.

Ogden et al. (2006) vermelden:

When clients are working within a window of tolerance, information received from both internal and external environments can be integrated. They can continually process the ongoing barrage of sensory input even while assimilating prior input. They can think and talk about their experience in therapy and simultaneously feel a congruent emotional tone and sense of self. (p. 27)

Ook Boon (2008) en de Wachter, Neven, Vandewalle, Vanderlinden & Lange (2008) gaan uit van een optimale arousal zone, waarbinnen de behandeling moet plaatsvinden.

Het model richt zich op het handhaven van arousal van de cliënt binnen de optimal zone (Ogden & Minton, 2000, van der Hart, 2006). In de literatuur en interviews wordt nagegaan of en op welke wijze dit theoretisch concept herkend wordt door de PMT-ers.



Tabel 2: The Window of Tolerance (Ogden, Minton & Pain, 2006, p. 27)

³ Een ONP is een alter van een DIS cliënt welke een (gedeeltelijke) amnesie heeft voor de meegemaakte trauma's welke verborgen liggen in andere deelpersoonlijkheden (van der Hart, 2006). Dit alter neemt over het algemeen het dagelijks functioneren op zich, vindt het belangrijk controle te behouden, is erg rationeel of emotioneel vervlakt.

⁴ De EP is het alter welke de trauma's met zich meedraagt. Deze alters hebben herbelevingen aan eerdere trauma's in de vorm van lichamelijke en motorische reacties en emoties die in hun beleving overeenkomen met hun reacties en ervaringen tijdens de traumagebeurtenissen (Aarts & Visser, 2007).

Hieronder wordt relevante literatuur besproken die vanuit de PMT en/of de aanverwante therapievormen afkomstig is. Sensorimotortherapie (Ogden et. al, 2006) en danstherapie (Levy, 1995) zijn beide gericht op het aanleren van ander gedrag aan de hand van beweging en/of lichamelijke ervaring net als bij PMT het geval is. Daarnaast worden elementen van de verschillende vormen van therapie ook door psychomotorisch therapeuten ingezet binnen de psychomotorische behandeling. Naar aanleiding van deze twee argumenten is ervoor gekozen ook literatuur uit de sensorimotortherapie en danstherapie te gebruiken in dit onderzoek.

Vanuit onderzochte literatuur (FVB, 2009; Emck & Boscher, 2004; van Hattum & Hutschemaekers, 2007; van Appeven, Daniëls, Eijselendoorn, Gravestein, Leeuw, de Ploegmakers, Sikkels, 2000; Kuin, 2000; Pool, 2004; Smeijsters, 2005) komt naar voren dat PMT gebruikt kan worden bij traumagerelateerde problematiek en gestoorde/negatieve lichaamsbeleving. Dit zou een indicatie voor DIS kunnen vormen ware het niet dat de(zelfde) literatuur ook spreekt over contra-indicaties bij extreme prikkelgevoeligheid.

Binnen PMT werkt men met beweging en het lichaam. Bij getraumatiseerde cliënten doet het lichamenlijk werken frequent een appèl op sensorische fragmenten, waardoor memoratieve lichaamscapaciteiten kunnen worden geactiveerd (van der Scheer & Scheewe, 2004; Hoven, 2006). Dit kan: hypo- of hyper arousal tot gevolg hebben en/of het switchen naar andere alters. Wanneer een cliënt te weinig inzicht in of controle heeft op de eigen arousal brengt dit angst voor het eigen lichaam en lichamenlijk werken met zich mee (Howel, 2008).

Tegelijkertijd biedt beweging volgens van der Scheer & Scheewe (2004) en Baum (1991) de gelegenheid om de arousal vorm te geven, waardoor deze terug in de optimal zone kan komen.

Uit literatuur (Sigling, 2004; van Hoven, Muthert & Hoeksema, 2009; Levy, 1995) blijkt dat het gebruik van PMT bij DIS-clieënten gericht is op de volgende doelen: 1) Het opbouwen van een vertrouwensband; 2) Het weer leren voelen in het hier en nu en hiernaar handelen; 3) Het aanleren van nieuwe gedragsalternatieven voor het dissociëren; 4) Het aanleren van interactionele vaardigheden; 5) Het leren herkennen van de eigen bewegingsimpulsen; 6) Het integreren van de eigen bewegingsimpulsen; 7) Lichaamsgewaarwording; 8) Zelfbewust zijn; 9) Het integreren van gedachte, gevoel en gedrag.

Door van van Hoven et al. (2009) wordt specifiek gesproken over het inzetten van PMT als interventie bij het werken met DIS-problematiek in de eerste fase van behandeling. Zij zijn in de behandeling vooral gericht op het verbeteren van de oriëntatie op het contact met het hier en nu en het verminderen van de dissociatie. Daartoe moet de angst en spanning zo laag mogelijk gehouden worden. Binnen de PMT wordt daarom gewerkt met thematieken als: “1) waarnemen; 2) veiligheid/rust; 3) spanningsregulatie; 4) grenzen; 5) emotieregulatie”.

Van Hoven et al. (2009) concluderen dat het goed mogelijk is om in de eerste fase van behandeling ervaringsgericht te werken met DIS-clieënten mits;

De therapeut bereid is om uitleg te geven over de reden van de gekozen werkvormen en hoe deze te plaatsten in de rode lijn van de behandeling. De concrete werkvormen helpen de cliënt met kleine stapjes te gaan voelen en handelen op momenten dat ze anders het contact met zichzelf en de omgeving al grotendeels had verloren. Door het contact met zichzelf, de omgeving en andere mensen te leren maken en houden, maakt de cliënt een begin met leven in plaats van alleen te overleven.(p. 10-11)

Het is belangrijk als therapeut betrouwbaarheid uit te stralen, door inzicht te geven in waarom hij activiteiten inzet en dit koppelt aan de behandeldoelen van de cliënt, wat het doen van de activiteit functioneel maakt. Dit maakt het voor de cliënt veiliger de activiteit (die zich richt op bewustwording van lichaamssignalen en het hiernaar handelen om binnen de optimale zone van de Window of Tolerance (Ogden et. al, 2006) te kunnen blijven) aan te kunnen gaan.

Hoofdstuk 2: Methode

2.1 Onderzoeksgroep

De onderzoeksgroep betreft psychomotorisch therapeuten. Ieder van hen is werkzaam bij één van de verschillende Top Referente Traumacentra in Nederland, waar gewerkt wordt met de doelgroep DIS in de 1^e fase van traumabehandeling. Deze respondenten hebben verschillende opleidings- en ervaringsachtergronden. Voor het overzicht van de respondenten zie [bijlage 1](#). Van de in totaal 8 TRTC's die met de doelgroep werken zijn er zes TRTC's in dit onderzoek betrokken, deze zes TRTC's werken ieder met 1 of meer psychomotorisch therapeuten. In totaal zijn er zeven respondenten geïnterviewd. De onderzoeksgroep mag daarmee als een representatieve onderzoeksgroep gezien worden.

2.2 Procedure

Dit onderzoek heeft plaats gevonden tussen januari 2010 en juni 2010. Het onderzoek is opgedeeld in zeven fasen.

Ten behoeve van de dataverzameling is gebruik gemaakt van het afnemen van kwalitatieve interviews middels een boomstructuur (Evers, 2007).

Voor de analyse van de resultaten uit de interviews is gebruik gemaakt van de onderzoeksslang (Boeije, 2008).

2.2.1 Fase 1 Ontwikkeling conversatiehulp

Vanuit de literatuur besproken in de inleiding en in samenspraak met enkele Master PMT-ers is er een mindmap gevormd met thema's die in het interview naar voren moesten komen. Vervolgens is er in samenspraak met enkele Master PMT-ers een conversatiehulp opgesteld volgens het boommodel (Evers, 2007). Binnen de conversatiehulp is zowel gebruik gemaakt van gesloten vragen gericht op feitelijke informatie, als van open hoofdvragen. Bij de gesloten vragen gericht op feitelijke informatie werd kort stilgestaan. De open hoofdvragen werden verder uitgewerkt door middel van doorvragen tijdens het interview.

Alvorens het interview afgenomen werd bij de respondenten, is het interview geoefend met enkele collega PMT-ers. Dit is gedaan om ervoor te zorgen dat er een gestructureerde conversatiehulp ontstond, die de gezochte data naar voren liet komen. Door de interviewer te laten oefenen kon de data uit de verschillende interviews zo betrouwbaar mogelijk worden. Fase 1 heeft geresulteerd in de conversatiehulp die toegevoegd is als [bijlage 2](#).

2.2.2 Fase 2 Telefonisch interview

De conversatiehulp is ter voorbereiding (voordat het telefonisch interview plaatsvond) toegestuurd aan de respondenten.

Er is gekozen voor telefonische interviews in verband met de korte tijdsspanne waarbinnen dit onderzoek moest plaatsvinden.

2.2.3 Fase 3 Transcriptie

De interviews zijn opgenomen op tape en achteraf getranscribeerd.

Vervolgens zijn de transcripties geïmporteerd in het analyse programma Kwalitan (Evers, 2007).

Voor de transcriptie zie [bijlage 3](#)

2.2.4 Fase 4 Open coderen

In het analyse programma Kwalitan heeft eerst open codering van de verschillende interviews plaatsgevonden (Boeije, 2008). Alle verzamelde transcripties werden zorgvuldig gelezen en in fragmenten ingedeeld. De relevante fragmenten werden gelabeld en onderling vergeleken. Ieder fragment kreeg een code waaronder deze werd opgeborgen. Daardoor ontstond een lijst met codes. Deze lijst met codes met aangehangen tekst zijn door twee vakgenoten bekeken en naar gezamenlijk inzicht aangepast, zodat de toegekende codes zo valide mogelijk zijn.

2.2.5 Fase 5 Axiaal coderen

Vanuit de open codering is over gegaan op het axiaal coderen (Boeije, 2008) om duidelijk te krijgen wat de belangrijke en minder belangrijke elementen van het onderzoek zijn en om de omvang van de gegevens en het aantal codes te reduceren.

Er zijn verschillende codes afgevallen en enkele codes bijgekomen met als doel het compacter kunnen weergeven van de informatie komende uit de verschillende interviews.

Naar aanleiding van het axiaal coderen zijn enkele codebomen ontstaan, zie [bijlage 4](#) voor de codebomen.

2.2.6 Fase 6 Relaties tussen gegevens weergeven

Er is gekeken naar de relatie tussen de verschillende codes onderling. Per respondent werden kerncategorieën zichtbaar. Deze kerncategorieën zijn vervolgens geanalyseerd, waarbij overeenkomsten en verschillen zijn bestudeerd en theoretisch ingekaderd.

Op basis van deze resultaten zijn matrices gemaakt rondom de volgende indeling: 1.

Algemene (contra) indicaties, 2. (Contra) indicaties en de relatie met het aanbieden van PMT bij cliënten met een DIS in de eerste fase van traumabehandeling, 3. De PMT-werkwijze bij cliënten met een DIS in de eerste fase van behandeling. De matrices zijn een kwantitatieve weergave van de kwalitatieve interviews, zij representeren de onderzoeksresultaten en die zijn nodig om tot uitspraken te kunnen komen.

2.2.7 Fase 7 Conclusie

De resultaten vanuit de interviews werden vergeleken met de literatuur. Vanuit deze vergelijking ontstond de discussie en interpretatie van de gegevens.(Boeije, 2008)

Het eindverslag werd uitgeschreven, waarin bevindingen geplaatst zijn in het kader van de gekozen probleemstelling (Boeije, 2008). Op basis van deze kwalitatieve resultaten en de verantwoording uit het literatuuronderzoek zijn conclusies getrokken en aanbevelingen opgesteld.

Hoofdstuk 3: Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten voortkomend uit de interviews samengevat. In [bijlage 6](#) vindt u alle onderzoeksgegevens uitgewerkt in verschillende matrices. In [bijlage 5](#) kunt u uitleg vinden bij de gebruikte begrippen/codes die in dit hoofdstuk genoemd worden.

Bij het samenvatten van de resultaten is uitgegaan van het volgende: Een uitspraak wordt gezien als een gedragen uitspraak, wanneer een meerderheid van de respondenten (minimaal 4) hetzelfde antwoord geeft.

Als volgt worden de volgende resultaten voortkomend uit het onderzoek besproken; algemene indicaties voor PMT, specifieke indicatie voor PMT bij DIS-cliënten, indicaties en voorwaarden voor individuele of groepstherapie, de thema's, hoofd- en subdoelen welke worden behandeld met PMT in de eerste fase van behandeling bij DIS, therapeutische houdingsaspecten en therapeutische interventies welke van belang zijn toe te passen bij DIS-cliënten in de eerste fase en contra geïndiceerde PMT-methoden of PMT-werkvormen.

Uit de resultaten van de interviews blijkt dat in principe iedere cliënt geïndiceerd kan zijn voor PMT.

De aanpak die binnen de PMT toegepast wordt, kan echter sterk verschillen per cliënt. Een actueel psychotisch toestandbeeld en moeite met het eigen lichaam, waardoor de cliënt niet tot beweging kan komen, worden gezien als contra-indicaties voor psychomotorische behandeling.

Ook blijkt dat PMT geïndiceerd is in de eerste fase van behandeling bij cliënten met een dissociatieve identiteitsstoornis, mits PMT niet te ontregelend werkt.

Vervolgens is bekeken op welke manier PMT moet worden aangeboden wil deze een bijdrage leveren aan de stabilisatie en symptomreductie bij cliënten met DIS. Hiervoor moet de PMT-er eerst in een observatietraject met een cliënt aan het werk gaan, om te zien wat het beste bij de cliënt past.

Uit de analyse blijkt verder dat PMT zowel groepsgericht als individueel kan worden aangeboden. De keus voor individuele therapie is geïndiceerd als de therapeut individuele doelen wil uitwerken of als de therapeut zich beter wil kunnen aansluiten bij de specifieke problematiek van de cliënt. Groepstherapie is te overwegen wanneer de therapeut herkenning tussen cliënten onderling wil stimuleren en wanneer de cliënt goed kan leren van de interactie die binnen een groep aanwezig is. Met betrekking tot de samenstelling van een groep kan gesteld worden dat deze seksehomogeen moet zijn en dat er zowel gekozen kan worden voor groepen met een populatie met de diagnoses CPTSS en DIS als voor groepen met een populatie met enkel de diagnose DIS, waarbij met een groepsgrootte van 4 of minder cliënten dient te worden gewerkt.

Duidelijk wordt dat men werkt aan de volgende hoofd- en subdoelen:

- 1) Het durven aangaan van een therapeutische relatie waarbinnen samenwerking centraal staat.
 - a. Contact maken met de ander, het aangaan van een therapeutische relatie, ervaren van veiligheid in het hier en nu, zichzelf durven laten zien en het veilig kunnen maken van de situatie.
- 2) Het handhaven van de arousal binnen de optimale zone van the Window of Tolerance.
 - a. Emoties kunnen voelen, emoties kunnen reguleren, contact maken met het eigen lichaam, ervaren van controle in het hier en nu, het aangeven van de eigen grenzen, ervaren van eigen lichaamssignalen, het waarnemen middels de

eigen zintuigen, contact maken met de omgeving, het positief herlabelen van het lichaam, grip krijgen op de dissociatie en het opdoen van succeservaringen.

3) Het bewerkstelligen van interne samenwerking.

Uit het onderzoek komt naar voren dat doel 2 het belangrijkste doel is en dat er altijd gewerkt dient te worden binnen de optimale zone om er zeker van te zijn dat de cliënt de ervaringen die zij opdoet kan integreren.

Aan doel 3 wordt door verschillende therapeuten indirect gewerkt door juist met doel 1 bezig te zijn. Hierbij gaat men uit van de volgende stelling: Het leren de volwassenen en de ander te vertrouwen en het leren communiceren met de ander in de externe wereld biedt een basis voor de interne samenwerking.

Er is maar één respondent die (zichtbaar in dit onderzoek) direct aan doel 3 werkt.

De doelen worden uitgewerkt binnen de volgende thema's die men binnen de behandeling voor DIS-cliënten in de eerste fase aan bod laat komen: 1)Contact, 2)Veiligheid vergroten, 3)Controle, 4)Oriëntatie in het hier en nu, 5)Emotieregulatie en 6)Grenzen.

Therapeutische houdingsaspecten die men in de eerste fase van behandeling toepast om de PMT te laten slagen zijn: samenwerking zoeken, ruimte geven aan de cliënt, steunende/structurerende houding aannemen, duidelijkheid bieden, uitnodigend zijn naar de cliënt, zichtbaar respecteren van de cliënt, betrouwbaar zijn, interesse en begrip voor de cliënt tonen.

Interventies worden in de eerste fase van behandeling binnen een effectieve psychomotorische werkwijze voor cliënten met een DIS voornamelijk gericht op het handhaven van de arousal binnen de optimale zone van the Window of Tolerance. Hierbij kunnen de volgende 7 interventies effectief worden genoemd: de cliënt ruimte geven te bepalen, het aanbieden van uitwijkmogelijkheden, het onderscheiden van denken-voelen-handelen, de cliënt stilzetten, lichaamsgerichte interventies, aanbieden van psycho-educatie en het praktisch werken met het lichaam.

Uit de analyse blijkt dat zowel lichaamsgericht als bewegingsgericht heel effectief binnen de eerste fase van traumabehandeling met cliënten met een DIS gewerkt kan worden.

Uit de analyse blijkt tevens dat er geen specifieke PMT methodieken, -interventies of – werkvormen gecontraïndiceerd zijn voor het werken met DIS in de eerste fase van behandeling.

Hoofdstuk 4: Discussie en Conclusie

De resultaten van dit onderzoek sluiten aan bij de opvattingen van van Hoven et al. (2009), Sigling (2004) en Mijenster (2000).

Mijenster geeft als enige aan dat het thema kracht belangrijk is om te behandelen. Het is bevreemdend dat enkel Mijenster het thema kracht benoemt, gezien het gegeven dat krachtpunten er juist voor kunnen zorgen dat men een beter en/of positiever zelfbeeld kan ontwikkelen, waardoor het makkelijker wordt om in de optimale zone te blijven.

Evenals Hoven et al. (2009) pleit Mijenster (2000) er voor om in groepsbehandeling te werken met twee therapeuten. Mijenster geeft aanvullend hierbij aan binnen het lichaamsgeoriënteerd werken te werken met twee vrouwelijke hulpverleners en binnen het bewegingsgeoriënteerd werken te werken met een vrouwelijke en mannelijke hulpverlener. Vanuit de interviews wordt dit niet onderbouwd. Het gegeven: een man te betrekken bij het bewegingsgeoriënteerd werken, is in mijn ogen overigens zeer belangrijk. Het helpt DIS-cliënten om op een gestructureerde en veilige manier in contact te komen met mannen. Mannen die over het algemeen door het getraumatiseerde verleden vaak een beladen rol krijgen in het heden. Het weer leren vertrouwen van een man in het heden is naar aanleiding van mijn ervaring met de doelgroep een grote, maar zeer waardevolle uitdaging voor DIS-cliënten.

Wanneer we kijken naar de omschreven hoofddoelen die voortkomen uit de resultaten zien we een overeenkomst met de algemene (binnen het literatuuronderzoek benoemde) doelen van de stabilisatie en symptoomreductiefase (Steele, et al., 2005; Nicolai, 2008).

Vanuit bovenstaande wordt duidelijk dat er veel overeenkomsten te vinden zijn tussen de gevonden resultaten uit dit onderzoek en de reeds omschreven literatuur. We omschrijven hieronder mogelijke verklaringen voor bovenstaande resultaten.

Momenteel is er binnen de TRTC's een beweging gaande, die zich in eerste instantie wil richten op de vaardigheidstraining, waarbinnen men een appèl doet op inzicht krijgen in de diagnose DIS. Eén respondent benoemt (zonder dat hier naar gevraagd is in de interviews) dat het voldoende inzicht en acceptatie hebben van het eigen ziektebeeld een voorwaarde is om aan de PMT te kunnen deelnemen. Het zou kunnen zijn dat PMT-ers zich daardoor steviger willen profileren wat een mogelijke verklaring zou kunnen zijn voor de gevonden resultaten. Ook het aansluiten bij de inzichten van Ogden et. al (2006), dat het van belang is vanaf de eerste sessie te werken aan bewustwording van signalen die het eigen lichaam afgeeft, om uiteindelijk meer vat te krijgen op de eigen mate van arousal, verklaart de resultaten. Dit inzicht zou in tegenstelling tot de beweging die gaande is binnen de TRTC's juist pleiten voor PMT gedurende de gehele eerste fase van traumabehandeling bij DIS-cliënten.

Het gegeven dat trauma's ook opgeslagen liggen in het lichaamsgeheugen (Herman, 2005), dat verschillende getraumatiseerde alters het trauma in hun lichaam keer op keer herbeleven en dat verschillende alters hun lichaam en de lichamelijke klachten zo verschillend kunnen beleven (Lijnse & Collé, 1997), doet vermoeden dat PMT juist een belangrijk element is in de behandeling van DIS-cliënten. Het hebben van één lichaam maakt per direct duidelijk dat samenwerking en/of integratie tussen die verschillende persoonlijkheden een belangrijk element is om te komen tot een evenwichtig en prettig leven voor de verschillende persoonlijkheden.

Vier van de zeven respondenten werken aan het doel dat zich richt op interne samenwerking. Drie van de vier respondenten die deze doelen aanhalen hebben betrekkelijk minder ervaring met de doelgroep dan de overige leden. Er zou sprake kunnen zijn van een vernieuwende blik

op het behandelen van cliënten met DIS door psychomotorisch therapeuten. Dezelfde respondenten laten echter interventies gericht op interne samenwerking achterwege. Eén respondent met veel werkervaring en opleiding rond de doelgroep, en tevens lid van de Nederlands-Vlaamse vereniging ter bestudering van DIS, geeft wel interventies gericht op interne samenwerking weer. Wellicht heeft hij voldoende ervaring met de doelgroep om in de eerste fase van therapie met dit doel aan de slag te kunnen gaan, zonder dat daarbij de stabiliteit van de cliënt ontwricht wordt.

Dit onderzoek is representatief, zes van de zeven TRTC's die met de doelgroep en PMT werken, hebben meegewerkt aan dit onderzoek.

Gezien het tijdspad van dit onderzoek is er slechts één interview-ronde geweest. Dit betekent dat er op basis van de verzamelde data niet gekeken is naar hoe te komen tot gerichtere vraagstellingen binnen een halfgestructureerd interview, waarmee specifiekere data naar boven gehaald zouden kunnen worden.

Bij de contra-indicaties voor DIS staan de begrippen: te vaak dissociëren en te onveilig voelen benoemd. Deze begrippen zijn door het woord 'te' multi interpreteerbaar hetgeen van invloed kan zijn op de conclusies.

Met dit onderzoek wordt duidelijk dat: PMT binnen de behandeling van cliënten met DIS in de eerste fase van traumabehandeling geïndiceerd is.

Verder blijkt dat het binnen deze behandeling belangrijk is om voornamelijk stil te staan bij het doel: 'Het durven aangaan van een therapeutische relatie waarbinnen samenwerking centraal staat' en dat het belangrijk is om te werken binnen de optimale zone, waardoor de cliënt meer controle en veiligheid kan ervaren, waardoor men zich makkelijker in het leven staande kan houden (en minder hoeft te overleven).

Ogden et al.(2006) geven aan dat het van groot belang is om het eigen lichaam en de signalen die het lichaam afgeeft waar te kunnen nemen, om binnen de optimale zone te kunnen blijven. PMT is daarmee zowel vanuit de resultaten vanuit dit onderzoek als vanuit de theorie bij uitstek geïndiceerd bij cliënten met DIS in de eerste fase van traumabehandeling.

Richting wordt in dit onderzoek gegeven aan de wijze waarop cliënten met een DIS in de eerste fase van traumabehandeling effectief te behandelen zijn met PMT. Hiermee zijn de eerste stappen gezet in de richting van een nog te ontwikkelen effectieve psychomotorische werkwijze gericht op de behandeling van cliënten met een dissociatieve identiteitsstoornis in de eerste fase van traumabehandeling.

Ook blijkt het van belang om de PMT-methodieken die passend zijn bij de doelgroep (DIS-clieënten in de eerste fase van traumabehandeling) te onderzoeken op hun effectiviteit en waar mogelijk uit te breiden. Hierbij zijn de resultaten uit dit onderzoek richtinggevend.

Het valt aan te bevelen om verder onderzoek te doen naar: het uitwerken van een PMT-werkwijze voor het werken met cliënten met een DIS in de eerste fase van behandeling en deze PMT-werkwijze te toetsen op effectiviteit in de praktijk.

Literatuurlijst:

- American Psychiatric Association (2001). De beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de *DSM-IV-TR*. Amsterdam: Swets & Zeitlinger BV.
- Appeven, J. van, Daniëls, R., Eijselendoorn, A., Gravestein, T., Leeuw, I. de, Ploegmakers, L., Sikkels, H. (2000). *Psychomotorische therapie module: Psychosociale problematiek ten gevolge van seksueel misbruik bij lichtverstandelijk gehandicapten*. Enschede: NVPMT.
- Baum, E.Z. (1991). *Movement therapy with Multiple Personality Patients*. Dissociation, 4(2), 99-104
- Boeije, H. (2008). *Analyseren in kwalitatief onderzoek. Denken en doen*. Den Haag: Boom onderwijs.
- Boon, S. (2008). *Vaardigheidstraining voor mensen met een dissociatieve identiteitsstoornis*. Deze module is nog niet officieel uitgegeven vandaar wordt er geen uitgever genoemd.
- Bruyne, A. de, Heuves, W. (red.) (2003). *De ezel en de steen. Over psychoanalyse en herhaling*. Amsterdam: Boom
- Federatie Vaktherapeutische Beroepen (2009). *Beroepsprofiel psychomotorisch therapeut*. Utrecht: FVB
- Hart, O. van der (red.) (2003). *Trauma, dissociatie en hypnose. Handboek*. (4^e druk). Amsterdam: Swets & Zeitlinger BV.
- Hart, O. van der, Bolt, H., Kolk, B.A. van der (2005). *Memory Fragmentation in Dissociative Identity Disorder*. Journal of Trauma & Dissociation, 6 (1), 55-69
- Hattum, M. van, Hutschemaekers, G. (2007). *In beweging, de ontwikkeling van producten voor psychomotorische therapie* Utrecht: Trimbos-instituut.
- Helderma, D. (2009). *Chronic traumatization: Disrupted attachment and the dissociative mind. Eerste conferentie van ESTD. Amsterdam, 17-19 april 2008*. Tijdschrift voor psychotherapie, 35(1), 78-82
- Herman, J.L. (2005). *Trauma en herstel. De gevolgen van geweld- van mishandeling thuis tot politiek geweld*. Amsterdam: Wereldbibliotheek
- Hoven, M., Muthert, M. (2009). *Eendaagse DIS-deeltijd. Vaktherapie bij dissociatieve identiteitsstoornis*. Tijdschrift voor vaktherapie, 5 (1), 32-35
- Hoven, M., Muthert, M., Hoeksema, M. (2009). *Waarnemen: eenvoudig én moeilijk. Eendaagse deeltijdbehandeling voor cliënten met DIS*. Tijdschrift voor vaktherapie, 5 (2), 3-11
- Howell, E.F. (2008). *The dissociative Mind*. New York: Routledge
- Kluft, E.S. (eds.) (1993). *Expressive and functional therapies in the treatment of multiple personality disorder*. Springfield: Charles C Thomas Publisher.
- Kuin, F.M.B. (2000). *Psychomotorische therapie module: Module Behandeling Impulscontrole Problematiek voor Psychomotorisch Therapeuten*. Enschede: NVPMT.
- Lange, J. de, Bosscher, R.J. (red.) (2005). *Psychomotorische therapie in de praktijk*. Nijmegen: Wetenschappelijke uitgeverij Cure & Care Publishers
- Lange, J. de (red.) (2005). *Een vak apart. Artikelen over psychomotorische therapie*. Utrecht: 't Web- Netwerk rondom bewegen.
- Levy, F.J. (eds.) (1995). *Dance and Other Expressive Art Therapies. When words are not enough*. London & New York: Routledge
- Lijnse, J., Collé, T. (1997). *IK in meervoud. Over dissociatieve identiteitsstoornis (voorheen MPS)*. Baarn: H. Nelissen
- Linehan, M.M. (2007). *Borderline persoonlijkheidsstoornis, handleiding voor training en therapie*. Amsterdam: Harcourt Book Publishers B.V.
- Mijster, C. (2000). *Psychomotorische therapie en seksespecifieke hulpverlening*. 6(5), 4-9.
- Myers, C. (1940). *Shell shock in France 1914-1918*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

- Nicolai, N. (2008). *Handboek psychotherapie na seksueel misbruik*. Utrecht: Uitgeverij de Tijdstroom.
- Ogden, P., Minton, K. (2000). *One Method for Processing Traumatic Memory*. *Traumatology*, 6 (3), 149-173
- Ogden, P., Minton, K., Pain, C. (2006). *Trauma and the Body. A sensorimotor approach to psychotherapy*. Londen: W.W. Norton & Company
- Pool, P. (2004). *Handboek psychologische interventies bij chronisch-somatische aandoeningen*. Assen: Uitgeverij Van Gorcum
- Scheer, R. Van der, Scheewe, T. (2004). *Lichaamsbeleving en seksualiteit. Onderzoek naar PMT bij behandeling seksueel misbruik*. *Tijdschrift: Tijdschrift voor Psychomotorische Therapie*: 10 (2) 30-39
- Sigling, M. (2004). *Hechtingsthema's in de behandeling van cliënten met dissociatieve klachten*. *Tijdschrift: Jubileumeditie Tijdschrift voor Psychomotorische Therapie*: 10 (1), 38-44
- Smeijsters, H. (red.) (2005). *Praktijkonderzoek in vaktherapie*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Steele, K., Hart, O. van der, Nijenhuis, E.R.S. (2005). *Phase-Oriented Treatment of Structural Dissociation in Complex Traumatization: Overcoming Trauma-Related Phobia*. *Journal of Trauma & Dissociation*, 6 (3), 11-52
- Vroon, R. (1996). *Bewegingstherapie voor mensen met een dissociatieve stoornis in het bijzonder de Dissociatieve Identiteitsstoornis*. *Tijdschrift: Dissociatie*, 3 (2)
- Vroon, R. (1996). *Steunende aspecten in de individuele behandeling met PMT van cliënten met een dissociatieve stoornis (DIS of DSNAO)*. Symposium: Het belang van steunende factoren in de behandeling van dissociatieve stoornissen, 11 en 12 okt. 1996
- Wachter, D. De, Neven, S., Vandewalle, S., Vanderlinden, J., Lange, A. (2008). *Dissociatieve verschijnselen: verband met stress uit heden én verleden*. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 50 (2), 83-88

Bijlage 1: Gegevens van de respondenten

Naam:	Marieke Hoven
Instelling:	Meerkampen GGZ
Werkervaring:	6 jaar
Ervaring met de PTSS/DIS:	5 jaar
Opleiding:	BPT van de Calo De Master PMT De sensorimotor psychotherapy level 1.
Naam:	Theo Overberg
Instelling:	GGZEindhoven
Werkervaring:	15 jaar
Ervaring met de PTSS/DIS:	¾ jaar
Opleiding:	VO PMT
Naam:	Rienk Wiekamp
Instelling:	GGZ Drenthe
Werkervaring:	25 jaar
Ervaring met de PTSS/DIS:	15 jaar
Opleiding:	POST-MBO opleiding PMT
Naam:	Marja Zwart
Instelling:	PsyQ, Parnassia BAVO-groep in den Haag
Werkervaring:	20 jaar
Ervaring met de PTSS/DIS:	15 jaar
Opleiding:	Post Doctorale opleiding voor bewegingspsychotherapie Master PMT
Naam:	Ingrid Nissen
Instelling:	TRTC Altrecht
Werkervaring:	14 jaar
Ervaring met de PTSS/DIS:	2,5 jaar
Opleiding:	Bewegingswetenschappen De sensorimotor psychotherapy level 1.
Naam:	Cary Jansen
Instelling:	GGZWNB
Werkervaring:	31 jaar
Ervaring met de PTSS/DIS:	25 jaar
Opleiding:	VO-Psychomotorische therapie PMT-opleiding voor vrouwen met seksueel geweld ervaringen.
Naam:	Nanci Nievaard
Instelling:	PsyQ, Parnassia BAVO-groep in den Haag
Werkervaring:	2 jaar
Ervaring met de PTSS/DIS:	1,5 jaar
Opleiding:	Bewegingsexpressietherapie Terug naar Hoofdstuk 2

Bijlage 2: Conversatiehulp

Algemene informatie gestructureerd:

- Wat is uw naam?
- Hoeveel jaar werkervaring heeft u als Psychomotorisch therapeut?
- Bij welke instelling bent u momenteel werkzaam?
- Wat voor opleiding heeft u genoten om uw huidige functie als PMT-er vorm te kunnen geven?
- Bent u specifiek opgeleid op het gebied van traumabehandeling?
- Bent u lid van de Nederlandse vereniging voor psychomotorisch therapeuten?
- Bent u geregistreerd als psychomotorisch therapeut?
- Hoeveel jaar bent u werkzaam als therapeut met getraumatiseerde cliënten?
- Is in uw ogen iedere cliënt geïndiceerd voor PMT?
- Wat zijn in uw ogen algemene contra-indicaties voor PMT?

Informatie gespecificeerd op de onderzoeksvraag:

- Vanuit welke behandelvisie of methodiek worden getraumatiseerde cliënten en cliënten met een dissociatieve identiteitsstoornis op de afdeling waar u voor werkt behandeld? (fasegerichte traumabehandeling, sensorimotor therapie, gedragstherapie, cliëntgerichte therapie, anders namelijk.)
- In hoeverre komt u op uw huidige werkplek als PMT-er in aanraking met cliënten die een dissociatieve identiteitsstoornis hebben?
 - Op welke manier komt u in aanraking met de doelgroep? Heeft u eventueel een aanvullende en/of afwijkende behandelvisie dan die van uw afdeling? Hoe geeft u de PMT vorm wanneer u in aanraking komt met de doelgroep?
 - Wat maakt dat u niet in aanraking komt met de desbetreffende doelgroep?
- Heeft u op andere werkplekken als PMT-er ervaring opgedaan in het werken met cliënten met een met dissociatieve identiteitsstoornis?
 - Op welke manier kwam u in aanraking met de doelgroep? Vanuit welke behandelvisie of methodiek werkte u met deze doelgroep? Hoe gaf u de PMT vorm wanneer u in aanraking kwam met deze doelgroep?
 - Wat maakte dat u niet in aanraking kwam met de desbetreffende doelgroep?

- Kunt u aangeven waarom u vindt dat PMT geïndiceerd of juist gecontra-indiceerd is bij cliënten met dissociatieve identiteitsstoornis in de eerste fase van behandeling?
 - a. Wanneer u vindt dat PMT wel geïndiceerd is in de eerste fase van behandeling hoe moet de PMT opgebouwd zijn wil deze effectief kunnen zijn?
 - b. Wanneer wel geïndiceerd en men heeft met de doelgroep gewerkt; Hoe weet u dat de PMT effectief is geweest binnen de eerste fase van behandeling?
 - c. Wanneer niet geïndiceerd in de eerste fase: Is PMT überhaupt geïndiceerd in de behandeling van cliënten met een dissociatieve identiteitsstoornis?
 - d. Wanneer gecontra-indiceerd en men heeft wel met de doelgroep gewerkt; Waaraan heeft u gemerkt dat de PMT niet effectief werkte bij deze doelgroep?
- Is de psychomotorische therapie, in de behandeling van cliënten met een dissociatieve identiteitsstoornis, te onderscheiden van overige therapievormen die ook aangeboden worden in de eerste fase van behandeling?
 - a. Waarin onderscheid de PMT zich dan van overige therapievormen?
 - b. Waar zitten overlappen tussen de PMT en de verschillende therapievormen?
 - c. Worden er binnen de overige therapievormen worden ook elementen uit de PMT gebruikt?
- In hoeverre heeft PMT (in de eerste fase van behandeling) binnen de behandeling van cliënten met een dissociatieve identiteitsstoornis een meerwaarde t.o.v. overige therapievormen?

Terug naar: [Hoofdstuk 2](#)

Bijlage 3: Transcriptie

Transcriptie respondent 1:

Is in jouw ogen iedere cliënt geïndiceerd voor PMT?

Nee,

Wat zijn contra-indicaties in jouw ogen?

Het is lastig dit algemeen te zeggen. Maar als iemand zich helemaal niet voort kan bewegen, dan kan het ook niet dan kan het nog steeds.

Bij acute psychose, verslavingsproblematiek die op de voorgrond staat. Al die acute dingen daar vind ik van dat het een contra-indicatie is. Ook als er dissociatie is en er geen co-bewustzijn is dan vind ik dat ook een contra-indicatie.

Dus als de dissociatie der mate is dat deze destabiliserend is binnen een groep of binnen de therapie dat het een contra-indicatie is?

Ja, maar dan vind ik het meer voor de groepstherapie gecontra-indiceerd bijvoorbeeld. Of als iemand er helemaal niet bij kan blijven is het ook gecontra-indiceerd.

Is dat ook de rede bij psychose en verslavingsproblematiek, dat de persoon in kwestie er niet bij kan blijven, de contra-indicatie is?

Ja

Vanuit welke visie worden op de afdeling waar jij voor werkt de cliënten met PTSS en DIS behandeld?

Dat is inderdaad de fasegerichte behandeling van Herman. Met fasegerichte behandeling van het boek trauma en herstel over fasegerichte behandeling. Fase 1 stabilisatie, fase 2 traumaverwerking en fase 3 reïntegratie. En het staat ook in van de Hart. En die tactical integration die je op je vragenlijst hebt staan, ik weet niet goed welke dat is?

Dat zit m.n. op het zintuiglijk weer gaan waarnemen van het hier en nu, dus het kunnen voelen van bijv. een tafelblad en het kunnen ruiken.

Ja, dat doen wij ook inderdaad, maar ik ken dat model niet.

Hoe zou je zelf omschrijven wat jullie doen?

Wij doen heel veel met gericht op waarnemen en wat je in het hier en nu hoort, ruikt, ziet en proeft.

Dus met alle zintuigen?

Ja

Jij bent het ook eens met de visie fasegericht behandelen en het weer leren gebruiken van de zintuigen waarbij men zich richt op het hier en nu?

Ja, we doen dus ook sensorimotor therapy, daar hebben een collega en ik opleiding in gedaan. Want we doen eigenlijk alles maar dat komt omdat onze behandelafdeling eclectisch werkt, dus er wordt ook bijvoorbeeld gedragstherapie gedaan en ook cliënt-centered therapy. Want het ligt er bij ons aan, wij hebben ook gemengde groepen zoals bij jullie op de GgzE. We gebruiken elementen uit verschillende dingen en het ligt ook aan in welke groep je zit. Want als je in de stabilisatiegroep zit wordt er meer cognitief gedragstherapeutisch gewerkt. Zit je in de verwerkingsgroep dan wordt er meer cliënt-centered gewerkt. Maar de fasegerichte behandeling is de belangrijkste lijn. En hoe we in die verschillende fases behandelen dat doen we vanuit verschillende kaders, wat bij de cliënt en bij het niveau van de cliënt het beste past.

Op welke manier en in hoeverre kom jij in aanraking met DIS-cliënten?

Ze zitten op de afdeling en ik kom met ze in aanraking in mijn therapiegroepen en individueel.

Zij zitten op een afdeling en die afdeling bestaat uit een therapie afdeling?

Ja, we hebben een TRTC wat m.n. behoort bij het ambulante gedeelte van de afdeling. Het traumacentrum waar ik werk daar hebben we een kliniek waar mensen 5 dagen in de week zijn en in het weekend naar huis gaan. Een deeltijd waar mensen 's avonds naar huis gaan maar wel langer therapie hebben. En een ambulant stuk. En ik heb groepen van de kliniek, eentje van de deeltijd en ook van ambulant.

En zitten in al die groepen ook DIS-cliënten?

Ja, we hebben een eendaagse DIS-deeltijd daar zitten alleen DIS-cliënten in en we hadden ook een ambulante vervolggroep waar ook alleen DIS-cliënten inzaten. En in de rest van de groepen zitten ze gemengd met CPTSS.

Wanneer jij in aanraking komt met deze doelgroep hoe geef jij de PMT dan vorm in de eerste fase van de behandeling? Wat voor dingen doe je met ze, wat is jouw therapeutische houding?

In de eerste fase van behandeling, als het gericht is op stabilisatie. Gaat het in eerste instantie om het weer leren waarnemen in het hier en nu. Dus dat ze erbij kunnen zijn en weer ervaringen op kunnen doen die ze kunnen integreren. Want als ze wel dingen doen, maar die vervolgens weer kwijtraken dan kunnen ze mijns inziens niet profiteren van de therapie.

En hoe doe je dat, dat integreren?

Nou heel veel met waarnemingsoefeningen en ook op alle zintuigen en lichaamssignalen leren herkennen. Hoe merk je aan jezelf dat de spanning zo hoog wordt dat je gaat dissociëren. Het allereerste is; Hoe leer ik grip te krijgen op de dissociatie of die te doorbreken. Het hoeft niet te zijn dat ze het allemaal precies kunnen, maar dat ze er meer grip op krijgen hoe ze daar enige controle over kunnen uitoefenen. En daarnaast andere dingen die belangrijk zijn voor stabilisatie zoals; emotieregulatie, grenzen, contact en veiligheid vergroten. Veiligheid vergroten houdt in automutilatie en suïcidaliteit verminderen, eigenlijk alles wat je wilt doen met cliënten (niet enkel de DIS-cliënten) die weer stabiel moeten worden.

En met het contact bedoel je dan waarschijnlijk weer veiligheid in de relatie brengen?

Ja, en dat ze eigenlijk contact kunnen maken met de omgeving en met de ander. Met de omgeving houdt in dat je weet wat er aan de hand is en waar je bent en betekent ook dat wanneer je tegen elkaar praat je daadwerkelijk contact hebt.

Dus wat ik hoor is ze moeten contact krijgen met zichzelf, de omgeving en de ander, met hun emoties, leren hun grenzen aan te geven en de situatie veilig te kunnen maken.

Ja, dat zijn de grootste lijnen. Maar rust en ontspanning zijn ook erg belangrijk. Balans daartussen. Want ze zijn altijd zo aan het overleven.

Dat is belangrijk om meer evenwicht te krijgen tussen rust en inspanning en dat ze in gaan zien dat dissociatie ook veel energie kost en daardoor vaker ook heel ver over hun grenzen gaan, waardoor ze oververmoeid raken, wat dissociatie eigenlijk alleen maar in de hand werkt, als je oververmoeid bent. En dan kun je er moeilijk voor zorgen dat je niet dissocieert, want daarvoor moet er ook rust zijn.

Dus er moet rust zijn om ervoor te zorgen dat de cliënten niet te moe zijn, waardoor ze niet te ver over hun grenzen heengaan?

Ik zeg niet zozeer dat er rust moet zijn, maar het is ook een belangrijk onderwerp binnen de stabilisatie. Om leren rust te nemen wanneer dat nodig is. Om te leren dat ze ook kunnen ontspannen, in plaats dat ze continue in die spanning blijven zitten.

Heb je op eerdere werkplekken ook ervaring opgedaan met deze doelgroep?

Nee

Kun jij aangeven of jij vindt dat PMT in de eerste fase van behandeling ge(contra)ïndiceerd is bij cliënten met DIS?

Ik vind het meestal geïndiceerd. Ik vind het gecontraïndiceerd als het heel erg onregelend is, juist omdat het een ervaringsgerichte therapie is, je aan iemand vraagt om de gefragmenteerde ervaringen bij elkaar te brengen. Het is gecontraïndiceerd als iemand geen enkele controle heeft op het gefragmenteerd opslaan van ervaringen en ze niet terug kan halen wat er in de therapie gebeurd is. Maar in alle andere gevallen is PMT juist bij uitstek een goede therapie om weer te leren waarnemen met alle zintuigen met hun lijf juist omdat dat altijd zo afgesplitst is.

En ook om die fragmentatie tegen te gaan

Ja en vooral voor de zelfregulatie. Dat is vooral in fase 1 belangrijk dus om te leren herkennen wanneer is de spanning te hoog en wanneer ligt het switchen tussen delen op de loer. Dat ze door lichaamssignalen te leren herkennen binnen de PMT hoe je binnen de window of tolerance kunt blijven of er weer in kunt komen. Dat is echt het eerste doel en ik denk dat PMT daar bij uitstek een goede therapie voor is om dat te leren. Omdat het zo ervaringsgericht en vanuit het lichaam werkt.

En dan zeg je ook al aan welk doel er gewerkt wordt in de eerste fase van behandeling, de arousal binnen het window of tolerance houden. Ja. Zijn er ook andere doelen waar je aan werkt?

Eigenlijk die ik net bij die andere vraag noemde, zelfregulatie, het waarnemen, grenzen, veiligheid, contact en rust en ontspanning.

En om de PMT effectief te laten zijn werk je dan m.n. individueel of groepsgericht in de eerste fase?

Beide, ik ben afhankelijk van hoe het op de afdeling gaat. Ik ben daar ook tevreden over, maar heb zelf niet echt de keus. Algemene thema's worden in de groep behandeld en voor persoonlijke of individuele stukken kun je individuele therapie verder uitwerken. De sensorimotor psychotherapy doe je echt individueel, we gebruiken wel elementen van deze therapie in de groepstherapie.

Als de therapie nog te veel ontregelend is, kan het zijn dat je eerst individueel moet starten omdat de groep teveel prikkelt en te veel ontregelt. Dat kan ook een reden voor individueel zijn. Ook omdat het contact, geluiden die mensen maken te veel triggers met zich meebrengen en te veel ontregelen.

Heb je een bepaalde therapeutische houding bij deze doelgroep in de eerste fase?

Je moet echt naast de cliënt gaan staan. Het is belangrijk erg duidelijk, voorspelbaar en betrouwbaar te zijn. Dus duidelijk zijn in wat je van hen verwacht, in wat jij doet, duidelijk maken wat de afspraken zijn en me daaraan houden.

Zijn er interventies die belangrijk zijn in de eerste fase bij deze doelgroep die effectief zijn?

Bijvoorbeeld voordat je een activiteit begint stilstaan bij de signalen die iemand heeft. Nee, want soms moet je dat juist niet doen. **Maar zijn er interventies die je juist wel doet?**

Ja, dat je als therapeut checkt of ze er bij zijn. Door een grapje over het hier of nu en eventjes wat anders te doen, de tijd dat je ergens bij stilstaat kort te houden. Je gaat niet heel lang bij iets stilstaan, want dan verdwijnen ze. Dus dat hou je kort en dan ga je weer even verder en steeds de rode draad bewaken omdat zij dingen gefragmenteerd opslaan en steeds herhalen wat de lijn van de therapie is, dus steeds verbinden. Bijvoorbeeld: vorige week had je dit ook en had dat wat je net deed daar ook mee te maken? Dus steeds de verbinding in de tijd en tussen onderwerpen en de andere therapieën leggend. De verbinding met de hoofdbehandelaar is ook erg belangrijk van dat doe je daar. Eigenlijk omdat zij alles zo in stukjes doen dat je heel erg voor die verbinding moet zorgen. Het is zeg maar één therapie je bent opgenomen voor bepaalde doelen en in elke therapie werkt je op een andere manier aan diezelfde doelen. Maar het hoort allemaal bij elkaar. Dat is ook heel belangrijk om de behandeling met deze cliënten te laten slagen. Anders is de ervaring dat alle ervaringen binnen de verschillende therapieën heel apart van elkaar blijven.

Je bedoelt dan dat enkele delen de ervaring wel meenemen, maar er niemand intern bij een DIS is die het geheel blijft overzien.

Ja, de transfer is heel belangrijk.

En dat ze het dus ook meenemen naar een andere plek toe.

Ja

Werk jij in de eerste fase m.n. bewegings- of lichaamsgericht?

Beide. In fase 1 doe ik wel lichaamsgericht maar dan meer oefengericht. Met oefengericht bedoel ik; wel met signalen zoals, merk je dat je hartslag omhoog gaat. Maar bij verwerking zou ik dan ingaan op wat betekent dat of waar voel je, je heel bang worden, daar zou ik in de eerste fase niet te onderzoekend naartoe gaan. Dan doe ik het meer oefengericht.

Dus bijvoorbeeld, je krijgt een rode kop, voel je dat je hoofd rood wordt.

Ja of hé mijn hartslag gaat omhoog dus mijn spanning gaat omhoog, wat kan ik doen. Maar niet waar heeft dat mee te maken dat je dit zo spannend vind, dat je dit aan je lichaam merkt, wat merk je aan je lichaam nog meer, of dat het iets van vroeger is? Ik werk voornamelijk heel praktisch met het lichaam zodat ze niet in een herbeleving komen. In fase 1 is het steeds praktisch en in het hier en nu dat is eigenlijk het belangrijkste.

Zodat ze het meteen toe kunnen passen.

Ja, dus ook als ze bijvoorbeeld herbelevingspijn hebben dan ga ik niet vragen, oh waar denk je dat die pijn vandaan komt? Maar meer in de zin van oké je hebt die pijn en wat kunnen we doen om die pijn wat minder te maken en kun je registreren dat die pijn minder wordt. Maar ik ga niet naar de betekenis vragen van de pijn in die fase.

Dus ook hierbinnen staat het hier en nu centraal?

Ja

Zijn er bepaalde werkvormen die jij effectief vindt bij deze doelgroep in de eerste fase van behandeling?

Nee, dat maakt niet zoveel uit.

Hoe weet jij dat de PMT in de eerste fase van behandeling effectief is geweest?

Als mensen meer grip hebben op de dissociatie en verbeterde spanningsregulatie en meer contact hebben met hun lijf. Dus in de zin van hé ik merk dat ik iets spannend vind, of ik merk dat ze lichaamssignalen meer gewaarworden. Als ze meer merken en er actie aan kunnen verbinden dan is het zo ie zo geslaagd.

En dat meet jij door het samen met hun erover te hebben en door wat jij ziet?

Ja, wij meten dat eigenlijk door evaluatie of ook als de cliënt zegt: ik voel dat ik nu dat ik er beter bij ben heeft de PMT ook gewerkt. Dus als het moeilijk vonden om eerst een hele therapie te volgen en dat ze er nu een hele therapie goed bij kan zijn. Daar waar eerder geswitcht werd als we een spelletje gingen doen wat op iets kinderachtigs lijkt of als we een werkvorm deden die deed denken aan de kindertijd en er kwam dan een kleintje, als ze daar gedurende de tijd meer controle over krijgen dan is het ook geslaagd, o dan kan ik merken dat het me een beetje triggert, maar ik kan ervoor zorgen dat ik er aan de buitenkant bij blijf.

Dus dat jullie, als therapeuten, dat waarnemen.

Ja

Zijn er ook werkvormen of PMT-methodieken die gecontra-indiceert zijn bij deze doelgroep?

Ja, aanraken dat doe ik niet. Met aanraken ben ik zeer voorzichtig, dus niet helemaal niet. En hele gevaarlijke dingen doe ik ook niet.

Dingen die de cliënt of een ander pijn kunnen berokkenen?

Ja, en dingen waar ik bij moet vangen, dat laatste heeft te maken met gevaar en aanraken en met grenzen. In fase 1 ga ik er eigenlijk vanuit dat men de eigen grenzen niet kent en dan ga ik niet de ringen 10 hoog hangen en salto's doen. En geen trefbal als er sprake is van automutilatie, want soms hebben ze (ik heb vooral DIS in de klinische fase) verwondingen op het lichaam, waar ik niets vanaf weet en je kunt dat verwondingen weer open gooien, en ik vindt het afgooien te veel geassocieerd met geweld, en dat ik onvoldoende weet hoe dat gaat: dus dat een cliënt zegt, 'doe maar hoor, dat kan', en dat ik denk ja kan dat wel echt?

Dingen met dat je af bent doe ik ook niet. Jij bent af of jij mag niet meer mee doen of je ligt eruit. Vanwege dat ik ze mee wil geven dat ze er wel mogen zijn en het wel oké is. En dat wil ik ze in spel ook meegeven.

Waarin onderscheid PMT zich van de andere therapievormen die in de eerste fase van behandeling gegeven worden.

Nou dat je met het lijf werkt, denk ik.

Zitten er overlappen tussen PMT en overige therapievormen?

Ja, we hebben veelal dezelfde doelen alleen werken we anders. We hanteren de algemene behandeldoelen en de behandelaar en zichzelf kijkt dan naar oh, dat kun je wat meer daar doen en dat meer daar. Ze kunnen dan bijvoorbeeld bij PMT en beeldend hetzelfde doel hebben alleen dan gaan ze gewoon verder.

Worden er binnen andere therapievormen ook elementen uit de PMT gebruikt?

Nee, men wordt wel eens terugverwezen. Dus dat ze binnen een andere therapie worden verwezen met hun problematiek naar de PMT. En het is ook wel zo dat de beeldend of psychotherapeut wel eens naar lichaamssignalen zal vragen, vanuit een soort verwijzing vanuit de PMT zoals: goh je hebt dat daar geleerd hoe kun je dat nu toepassen.

Dus dat wat een cliënt mee kan nemen als transfer, kan dat ook binnen andere therapieonderdelen worden ingezet?

Ja

En in hoeverre heeft PMT in de eerste fase van behandeling met cliënten met DIS een meer- of aanvullende waarde t.o.v. andere therapievormen?

Bij ons heeft beeldend en PMT een belangrijke rol als aanvullende waarde. Het werken met het lijf is de aanvullende waarde en vooral voor de somatoforme dissociatie kan binnen de PMT een plek krijgen.

En binnen overige therapievormen krijgt dat geen plek?

Ook wel maar bij uitstek kan somatoforme dissociatie bij PMT aan bod komen. Net als intern overleg dat doe je meer bij de psychotherapeut. Maar als je uitval hebt of vervorming dat soort klachten van

somatoforme dissociatie dat is goed om in PMT te behandelen en ook om te leren hoe daarmee om te gaan en hoe dit te verminderen.

Transcriptie respondent 2:

Is in uw ogen iedere cliënt geïndiceerd voor PMT?

Ja

Dat houdt dan ook in dat er in jouw ogen geen algemene contra-indicaties voor PMT zijn, als ik jouw stellige ja zo hoor?

Ja, dat klopt.

Vanuit welke behandelvisie of methodiek worden getraumatiseerde cliënten en cliënten met een dissociatieve identiteitsstoornis op de afdeling waar u voor werkt behandeld? (fasegerichte traumabehandeling, tactical integration model for the treatment of DIS, sensorimotor therapie, gedragstherapie, cliëntgerichte therapie, anders namelijk.)

Ik kan daar niet echt de naam van een model of zo noemen. Er wordt heel veel gewerkt vanuit de fasegerichte traumabehandeling met de wel drie bekende fases. Wat je daar voor een deel in herkent is dat er gedragstherapeutische interventies in zitten. Ik zie ook steeds meer dat er bij de individueel therapeuten cognitief gedragstherapeutische elementen inkomen. In de groep wordt dat gecombineerd met elementen uit de groepstherapie en de groepsdynamica.

Als ik jou dan zo hoor dan zijn er verschillende manieren waarop er behandeld wordt.

Nee, het zijn verschillende elementen die je kunt herleiden uit verschillende methoden maar die natuurlijk wel in 1 soort aanbod verenigd zijn. Je hebt natuurlijk het verschil dat iedere cliënt die in de groep zit een individueel behandelaar heeft en daar liggen natuurlijk verschillen. En ik zie ook dat er tussen de verschillende individueel behandelaren ook verschillen liggen. Dat die niet allemaal precies dezelfde invulling geven aan de methode waarmee ze werken.

dat bijv. de een meer gedragstherapeutisch en de ander meer cliëntgericht werkt?

Ja, daar zit nogal wat verschil in aanpak. Maar het is natuurlijk wel opgehangen aan een aanvankelijk stukje cursorisch gericht aanbod dus met dat boek: Vroeger en Verder, de stabilisatiecursus. Veel elementen daarvan denk ik ook in de deeltijd terug te zien. Dus dan wordt het vooral gericht op omgaan met heftige gevoelens en heftige dissociatie, het leren omgaan met nare gedachten.

En dat Vroeger en Verder wordt dat ook echt binnen de deeltijd als een soort leidraad genomen.

Er wordt volgens mij meer op voortgeborduurd, maar dat heb ik niet echt nagevraagd. Voortborduren op dat mensen de stabilisatiemodule of de stabilisatiecursus doen en dan zie ik dat daar in de deeltijd toch wel veel op terug gepakt wordt. Dus dan neem ik aan dat mensen dat gehad hebben.

Dus men doet eerst de stabilisatiecursus en stroomt dan in binnen de deeltijd.

Ja, dat is voor aan het traject gezet en er wordt nu meer werk van gemaakt dat daar meer aandacht naartoe gaat.

Ben jij als PMT-er in de stabilisatiecursus ingebed?

Nee, het is op dit moment zelfs zo dat de PMT uit het programma is van de deeltijd. Dat kan wel nog modulair aangeboden worden. Maar dan wordt het gepland in eigenlijk de laatste fase van behandeling van de deeltijd die gericht is op de eerste fase van behandeling.

Als je kijkt naar de visie van de afdeling, komt deze overeen met de visie die jij hebt wanneer je modulair behandelt?

Dat vind ik nog moeilijk om te zien, ik ben daar zelf nog erg zoekende in. Ik zit denk ik ook niet helemaal op 1 lijn met hoe er nu keuzes gemaakt zijn ten aanzien van wanneer wat te behandelen. Ik heb toevallig iets gelezen van Nijenhuis, die wat geschreven heeft over het belang van juist heel vroeg in behandeling aan het werk te gaan om de verschillende delen bij een Dis al meer tot samenwerking te krijgen en ook de angst en de fobie om daar al heel vroeg in de behandeling mee bezig te gaan. En hij zegt eigenlijk hoe eerder hoe beter. Daar kan ik me wel in vinden en daarom vind ik juist PMT ook heel belangrijk in het programma.

PMT dus juist ook inzetten om de verschillende delen aan bod te laten komen?

Ja. Ik denk dat PMT juist de gelegenheid biedt om juist omdat het een niet praatonderdeel is. Om juist naar andere fases uit het leven makkelijker te gaan. Waarbij je ook makkelijker in contact komt met

andere delen of alters. Als je gewoon al denkt aan het spelende en zich bewegende en ontdekkende kind, wat erop af gaat en ontdekt en tegenkomt en ervaringen opdoet, belevingen heeft, dingen gaat uitzoeken, het proberen eigen te maken en proberen te beheersen en te overwinnen en wat daarna weer verder gaat kijken om zijn wereld te vergroten en verruimen en leert vertrouwen op te doen. En via vertrouwen dus dingen eigen maakt. En eigen bij een DIS is natuurlijk wel grappig, want wat is eigen, welk deel is eigen hè. En een beetje vanuit die ontwikkelingspsychologie, waarin een kind zich al vroeg in ontwikkelt. Vind ik het juist van belang PMT al vroeg in het programma te zetten. Misschien ook wel omdat je zou kunnen zeggen dat als je kijkt naar de manier waarop een kind de wereld zich langzaam eigen maakt. Je misschien ook nog wel aan een stuk kunt komen van iemand wat nog linkt aan het pretraumatische. Voor de traumatische periode ligt.

En dat je dat deel zou kunnen inzetten al een soort kracht?

Ja, je zou kunnen zeggen daar ligt nog een gezond stuk, nog niet bevlekt. Hoe jong dan ook en misschien is het zelfs wel preverbaal, dus dat het nog niet onder woorden te brengen is. Maar dat daar wat makkelijker aan vertrouwen te komen is als bij al die delen waar natuurlijk groot wantrouwen op de voorgrond staat. En niet alleen naar de buitenwereld maar ook naar elkaar. Dus ook tussen de verschillende delen onderling. Dat heb ik in de praktijk nog niet echt helemaal kunnen toetsen. Maar dat is wel wat mij nieuwsgierig maakt. En daarvan denk ik dat daar de kracht van PMT ligt.

In hoeverre komt u op uw huidige werkplek als PMT-er in aanraking met cliënten die een dissociatieve identiteitsstoornis hebben?

Enkele cliënten, dat zijn er niet zo veel

Op welke manier komt u in aanraking met de doelgroep?

Die zitten nu in de module groep; de PMT module voor trauma. Dat is een module met alleen vrouwen erin. En in zo'n groep zitten wel 1 of 2 vrouwen met DIS. Dat zijn wel mensen die al verder zijn in hun behandeling.

Hoe bedoel je verder in hun behandeling?

Dus niet vooraan die net binnenkomen. Ze hebben al een aantal jaren van behandeling achter de rug en een deeltijd achter de rug hebben. Maar waarbij je nog steeds ziet dat de delen niet graag met elkaar in aanraking komen.

Waarbij het wantrouwen onderling dus nog steeds groot is?

Ja, in ieder geval waar heel veel discussie onderling is en heel veel waarschuwing van delen naar elkaar uitgaat.

Je geeft aan dat DIS-ers in een groep met CPTSS zitten, hoe geef jij de PMT vorm?

En er zitten ook cliënten met behoorlijk persoonlijkheidsproblematiek tussen hoor.

Hoe geeft u de PMT vorm op dit moment?

Daar ben ik nog zoekende in. Ik was aanvankelijk begonnen met het neerzetten van een hele duidelijke structuur. Dus hoe is de indeling van het uur per kwartier en daar dus redelijk aan vast houden. Omdat ik aan de ene kant wel weet dat begrenzen ook wel het gevoel kan geven van ruimte ontnemen en te veel bepaald worden door de therapeut of andere mensen. Daarom ben ik de structuur iets meer aan het loslaten. Maar het blijft een beetje koordansen. Cliënten hebben eigenlijk het liefst dat zij het helemaal voor het zeggen hebben. Dat ze het heel erg kunnen vormen naar het moment en daar klinkt wel iets heel gezonds in als je zegt van, Goh, ze zijn wel heel goed in het hier en nu en ze houden goed hun grenzen in de gaten. Maar tegelijkertijd zit daar ook heel veel vermijding. Het is zaak hen in een bepaalde richting te bewegen waar ze liever gewoon niet zijn. Dus als je het hebt over meer de emotionele persoonlijkheden die meer drager zijn van de trauma's. Op een gegeven moment moeten daar waar de trauma's continue het heden beïnvloeden of bevleken, in de zin dat het samenvalt en dat ze vertekent waarnemen. Wil je dat gaan ontrafelen dan moet je daar wel met de aandacht naar toe kunnen gaan. Dus af en toe moet ik ook voorstellen kunnen doen die ze wat minder leuk vinden. En dan ben ik weer een vervelende man(lacht).

Als je dat doet, neem je dan een bepaalde houding aan, waardoor het al wat makkelijker gaat dat de cliënt instemt?

Ja, er zitten verschillende elementen in. Een heel belangrijk element vind ik dat je als therapeut niet de weter bent of een beter weter. Vanuit de overtuiging; de cliënt kent zichzelf beter dan dat ik haar ooit zal kennen. En in die zin is zij de drager van die kennis en degene die, die wijsheid in pacht heeft. En

ik weet dan net weer even iets meer op het gebied van PMT. En als we in die zin de koppen bij elkaar kunnen steken en van elkaar kunnen profiteren. Komen we het verst.

Maar dat betekent ook dat je in je hele houdingen attitude wel heel veel ruimte geeft aan de kennis van de cliënt. En dat je wel kunt denken; ja, maar ho, nou wordt er wat geprojecteerd of er gebeurt nu dit of zus of zo en dingen gaan duiden. Maar dat het heel erg uitkijken is. Het is misschien goed is dit in eigen hersenpan te doen, maar weinig naar de cliënt naar buiten te brengen. Om toch altijd juist die samenwerking te blijven zoeken en eigenlijk daarin een soort van model te staan van hoe de eigen alters zouden kunnen samenwerken. Dus toch met heel veel respect en waardering voor de ander, begrip en ruimte voor de ander. Dus ik denk dat als dat onderling. Ik vorm toch vaak een bedreiging, de vertegenwoordiger van het mannelijk geslacht. En dat is toch niet positief in het daglicht gekomen bij de meeste dames daar. En ik heb toch de hoop en een stukje geloof dat wanneer er samenwerking met mij mogelijk is en ze kunnen ervaren dat daar respect kan zijn en dat daar op een gegeven moment iets van vertrouwen kan ontstaan, dat het ook zijn uitwerking kan hebben naar binnen toe.

En ook naar het stukje man-vrouw relatie?

Ja, zowel het stuk mens-mens als man-vrouw relatie, er zitten meerdere aspecten aan.

Daarnaast vind ik het erg belangrijk om behoorlijk transparant te zijn. Dat betekent dat ik bijvoorbeeld ook tussentijdse evaluatie precies hetzelfde aan zowel cliënt als hoofdbehandelaar geef. Dezelfde tekst, dat betekent ook dat vakjargon wordt uitgelegd en de tekst dicht bij de cliënt gehouden wordt. Zodat als zij het leest het hopelijk begrijpelijk is.

Een van de dingen die ik ook belangrijk vind is dat wantrouwen eigenlijk altijd hebt nodig gehad als overleving. En dat je ook genoeg reden hebt om te wantrouwen en dat het niet per definitie slecht is om te wantrouwen en dat je het kunt aanspreken als iets wat altijd heel hard nodig is of is geweest. En ik denk dat door dit te valideren en daar begrip voor te hebben en daar niet tegenin te gaan of te zeggen dat dwars is; door te zeggen; 'stap daar nou eens overheen'. Maar er juist alleen maar begrip voor te hebben en te valideren je het juiste klimaat creëert om wantrouwen te laten afnemen.

Dus bij weerstanden ben ik niet zo zeer geneigd te zien als een gebrek aan motivatie, wat bepaalde therapievormen wel (m.n. de gedragstherapie) naar voren komt, maar dit juist meer te valideren. Van er is een stuk in jou wat jou wil beschermen en het is goed dat je een stuk hebt wat jou wil beschermen.

Dus dat je het ook bestaansrecht geeft dat het er is?

Ja absoluut.

Heeft u op andere werkplekken als PMT-er ervaring opgedaan in het werken met cliënten met een met dissociatieve identiteitsstoornis?

Nee

Wat maakte dat u niet in aanraking kwam met de desbetreffende doelgroep?

Die doelgroep werd uitgefilterd in een eerder stadium. Mensen gaan door een screening heen, een hele testbatterij. En ik zit niet aan de voordeur maar op een specialistische afdeling voor mensen met een persoonlijkheidsstoornis en ook nog alleen een club die psychotherapeutisch behandeld gaan worden. Dus die mensen komen helemaal niet meer bij mij, die zijn inmiddels naar een andere afdeling verwezen.

Wat ik wel tegenkom, maar tot nu toe geen DIS hoor zijn dissociërende mensen of dissociatiestoornissen.

Dus dit is van alle jaren dat je werkt ook de eerste driekwart jaar dat je in aanraking komt met DIS?

Ja

Kunt u aangeven waarom u vindt dat PMT geïndiceerd of juist gecontra-indiceerd is bij cliënten met dissociatieve identiteitsstoornis in de eerste fase van behandeling?

Gecontra-indiceerd vind ik op het moment dat of ik of de zaal waarin we werken of de omstandigheden of het is niet altijd helemaal helder te krijgen wat, maar zoveel triggeren dat iemand gewoon decompenseerd dat iemand helemaal niet in het hier en nu aanwezig kan zijn en dat het enige wat rest als het ware bevroren is, dan zit je dus in de herhaling van het trauma. En als daar geen beweging in te krijgen is. Want je kunt daar natuurlijk allerlei tussenstappen in bedenken, van kom eens alleen aan de deur staan kijken of kom eens naar de therapeut kijken, je kunt allerlei tussenstappen proberen. Als daar geen beweging in komt en in het bevroren blijft zitten. Dan betekent dat, dat het te vroeg is om met PMT te starten. Dat vind ik een contra-indicatie.

En verder eigenlijk niet.

Wanneer u vindt dat PMT wel geïndiceerd is in de eerste fase van behandeling hoe moet de PMT opgebouwd zijn wil deze effectief kunnen zijn? Dus bijvoorbeeld aan welke doelen moet er gewerkt worden?

Doelen vind ik al heel erg te veel gericht naar de cliënt toe. In algemene doelen sprekend is dat iemand als het ware in de ruimte, in die omstandigheden met die activiteiten die je daar doet en met de personen die aanwezig zijn zich daar kan begeven, zonder de controle te verliezen. En met controle verliezen bedoel ik dat iemand ermee aan het dissociëren gaat of dat iemand vertekende waarnemen en belevingen krijgt, dat het meer afbreuk doet als goed. Je moet in ieder geval ermee bezig kunnen en dat kan natuurlijk niet direct de eerste keer, maar in de loop van de sessies moet je ermee bezig kunnen hoe iemand zichzelf kan stabiliseren. En goed grip kan krijgen op waar ze is en met wie ze is, wat de omstandigheden zijn, wat er wel goed aan is en wat er niet goed aan is. En wat er niet goed aan is een halt kan toeroepen. Dat kan natuurlijk niet altijd lukken, maar daar moet je in ieder geval wel mee bezig kunnen zijn. Iemand moet niet het gevoel hebben: 'Ik wordt hier in het diepe gegooid en ik zit nu op de kant, maar hoe ik hier gekomen ben, ik heb geen flauw idee'.

Dus het moet wel zo zijn dat de cliënt zelf de controle moet kunnen blijven voelen.

Ja, of in ieder geval bezig kan zijn met; Oké er liggen manieren om te oefenen met controle en ik durf daarmee aan de slag te gaan. En dan kunnen er ervaringen tussen zitten dat het niet lukte, maar dan moet je altijd nog iets achter de hand kunnen hebben. Zoals; dat iemand een time-out neemt of dat iemand bepaalde hulpmiddelen bij zich heeft, een fotoboekje of wat dan ook, om bij zichzelf terug te komen. Om van daaruit dan weer het contact aan te gaan of te beslissen ik ga het niet meer aan, we zien elkaar volgende week weer. Dus een escape moet mogelijk zijn.

En met de escape bedoel je een manier verzinnen waarmee je terug bij jezelf kunt komen?

Ja, een alternatief voor het niet in een dissociatie blijven. Want dat zijn eerste algemene doelen vind ik en daarna zou je kunnen zeggen ga je meer naar het uit balans brengen. Waarbij iemand de ervaring op kan doen; Hé, hoe hard het ook waait ik houd mijn zeilboot toch recht'. Je voert de storm dus op of je gaat andere situaties aanbieden die toch weer net een ander appèl doen of die een ander deel aanspreken, door met rollen te werken in het spel of in de oefening. En waar ze eigenlijk dezelfde vaardigheden opnieuw kunnen gaan inzetten om te ervaren; Hetgeen wat ik aanga wordt moeilijker en zwaarder, maar ik kan er evengoed mee om gaan.

En je geeft ook aan dat er andere delen worden aangesproken, bedoel je dan ook dat ieder deel zich bewust wordt van het controle kunnen houden?

Ja, ieder deel hè. Ik ben daar niet helemaal zeker van, omdat ik het idee heb dat ik niet ieder deel in de zaal krijg. En zo denk ik ook omgekeerd dat wanneer een cliënt pratend bij een therapeut aan tafel zit, daar ook niet alle delen aan bod komen. Maar dat is ook de kracht van het met een deeltijd werken en het werken met verschillende disciplines. Dat de cliënt daar juist meer de kans krijgt alle delen daadwerkelijk in therapie te krijgen.

Groepsgericht of individueel of beide voor de effectiviteit van de behandeling bij deze doelgroep in de 1^e fase.

Ik denk dat het toch goed is om het groepsgericht te doen. Individueel lijkt wel soms makkelijker omdat je met veel meer tijd en aandacht voor die ene cliënt kunt werken en ook beter kunt signaleren wanneer er geswitcht wordt of wanneer iemand heel hard zit te werken om niet naar buiten te laten merken dat er van binnen toch iets veranderd. Want dat vraagt toch behoorlijk wat oplettendheid, merk ik. Wat in een groep van 6 cliënt bijna niet voor een therapeut alleen te doen is. Maar ik merk wel dat de cliënten toch heel veel steun aan elkaar ontnemen, juist in de herkenning in hun problematiek, in de herkenning van dingen als wantrouwen, zich veilig voelen, ze vaak heel goed van elkaar in de gaten hebben wanneer het met iemand even niet lekker gaat. En kunnen dan de nabijheid van een groepsgenoot beter hebben als de nabijheid van een therapeut. Dus daarin zijn ze heel waardevol naar elkaar. Dus dan zou ik toch kiezen voor een groep en dan zou het eigenlijk mooier zijn om met een klein groepje van 4 te werken en niet met een groep van 6 of 8. Maar dan tref je jammer genoeg weer de kant van de financiën.

En de kleine groep is dan m.n. om als therapeut voldoende zicht te kunnen hebben op wat er precies gebeurt?

Ja, dat en ook de keerzijde van de groep die bij het grote groep als het ware begint te drukken. Namelijk dat aan de ene kant hebben ze steun aan elkaar, maar aan de andere kant belasten ze elkaar ook wel daar waar ze elkaar in herkennen. En ik zie ook wel dat wanneer 3/4 cliënten iets gezegd hebben over wat voor moeilijke rotweek ze achter de rug hebben of hoeveel rotdromen ze gehad hebben. Dat nummer 5 daar niet meer mee komt, terwijl zij daar eigenlijk ook wel mee zit. En dat is de keerzijde van een te ruime groep.

Je hebt net wat vertelt over de therapeutische houding, dat die transparant en respect en waardering moet hebben en begrip en ruimte voor de cliënt moet hebben. Is dat ook nodig om de therapie effectief te laten zijn voor een DIS-cliënt?

Ja, ik denk dat het een rechte lijn heeft om het effectief te laten zijn, want als jij door jouw attitude de cliënt wegjaagt of heel erg in wantrouwen of in angsten laat zitten, dan kun je het wel schudden met je therapie. Dus dat soort dingen zijn voorwaarden om effectief te kunnen werken. En ik denk dat het niet mogelijk is, daar waar jij wilt dat een cliënt intern aan het samenwerken gaat, dat krijg je niet voor elkaar als dat extern niet mogelijk is. Dus ze moet ook extern kunnen samenwerken met jou als therapeut. Daar staat of valt de behandeling mee, denk ik.

Daarin ben ik ook wel geneigd om te zeggen dat de attitude van de therapeut en de manier waarop die contact aangaat, die minstens zo belangrijk is als langs welke methode je werkt, misschien nog wel belangrijker.

Dus de relatie is van groot belang.

Ja

Zijn er specifieke interventies die specifiek effectief zijn?

Waar ik mee werk is met een gevoelsthermometer. Waarmee je leert signaleren en naar buiten brengen. Een stuk erkenning zit daarin hoe je er op dat moment bijzit, qua spanningsniveau. En spanning is dan een containerbegrip, daar kan angst, boosheid, allerlei belevingen inzitten. Die maken in welke mate je in het hier of nu kunt zijn en in welke mate er vertekening op zit. En die hanteer ik structureel. Bij het binnenkomen wordt er gescoord. Bij het beginrondje waarin iedereen even terugblijkt naar de vorige keer en we het ook hebben over wat is de rode draad, waar waren we mee bezig en waar gaan we mee verder en past dat bij vandaag. Dan stel ik een aantal oefeningen voor, dan kunnen ze kiezen welke is voor mij op dit moment het beste of wat wil ik zeker niet. En elke keer wordt er gescoord en ik vraag hen zelf tussendoor ook veel te scoren, vinger aan de pols te houden, hoe het met de spanning staat. En dat komt tijdens alle onderdelen terug, dus ook als ze de deur weer uitgaan.

En je gaf net ook aan ze mogen in een beginrondje ook aangeven wat voor activiteit ze willen doen en waar ze wel of niet aan meedoen. Is dat een interventie die jij altijd inzet bij deze doelgroep en de behandeling effectief maakt?

Ja, omdat het toch belangrijk is dat er in de samenwerking, ik kan wel deskundig zijn op het bedenken van oefeningen. Maar zij zijn deskundig op het gebied van zichzelf en zij kunnen beter bepalen wat er op dat moment wel gaat of niet gaat en wat ze wel of niet aandurven. En ik denk door daar veel ruimte te geven (door voorstellen te doen) maar aan hen te laten wat ze wel of niet willen maar met name hoe ze het wel of niet willen dat onderscheid maakt ik veel met ze. Omdat ik wil dat ze zelf aan het stuur komen te zitten, en regie hebben op: nou op die en die voorwaarde kan ik meedoen of dat deel van de oefening doe ik wel mee maar dat deel nog niet of ik wil wel meedoen maar ik durf niet mee te doen en ik merk daar heel erg opstandig van te raken, dan komen ook de verschillende delen aanbod. Bijvoorbeeld het beschermende deel wat een opstandige kant heeft. Dat soort dingen moeten op tafel komen en dat kan alleen maar door hen ruimte te geven om te bepalen.

Werkt lichaamsgericht of bewegingsgericht het meest effectief of beide?

Je zou kunnen zeggen misschien wel meer bewegingsgericht getint, alhoewel er ook wel pessogerichte oefeningen tussen zitten, maar die vorm ik dan toch een beetje om naar een bewegingsgerichtarrangement. En van daaruit worden er wel lichaamsgerichte interventies gedaan.

Dus de activiteit op zich is bewegingsgericht, maar de interventies zijn meer lichaamsgericht, zodat ze meer gaan voelen wat ze voelen in hun lichaam? Ja

En welke psychomotorische werkvormen zijn dat effectief bij deze doelgroep?

Dat het zo algemeen is, is zo moeilijk omdat het zo weinig van de cliënt uitgaat.

Nou wat ik in z'n algemeenheid kan noemen is het creëren van oefeningen en situaties waarbij ze continue de schakeling kunnen maken tussen de buitenwereld waarin ze zich bevinden en de concreetheiden die er zijn en het appèl wat op hun wordt gedaan en aan de andere kant de binnenwereld daartegenover, hoe dingen beleefd worden en welke haken en ogen daaraan zitten. Bijvoorbeeld je kunt wel iets doen met een bal overgooien en ik kan wel in mijn hoofd hebben van; 'Goh ik ga met hun bezig, die bal komt op hun af, en ik ga ze ermee bezig dat ze juist naar die bal toe bewegen, zodat ze gaan ervaren er meer controle op te hebben en wanneer ze ervan terugtrekken er juist geen controle meer is en ze dan juist geraakt kunnen worden door die bal'. Dat kan ik van te voren wel bedenken, maar als er dan een cliënt tussen zit met een enorme kritische alter, die alleen maar oordelend bezig is over klungel jij kunt die bal helemaal niet vangen en door jou gaat alles mis, dan zal ik op dat moment toch echt daar mee bezig moeten zijn, daar iets mee moeten. En sterker nog, het moment dat dit zich aanbiedt, dan denk ik dat ijzer is nu heet en dan moet ik dat ijzer gaan smeden en dan kan het zomaar een andere wending krijgen.

Dus je, je biedt een oefening aan met een bepaald doel en vervolgens ga je kijken naar wat gebeurd er eigenlijk met de cliënt, waar ik op in kan steken. Ja, en dat doe ik eigenlijk zo veel mogelijk maar daar zit wel een beperking op want je moet wel de groep als groep bij elkaar houden. En van daaruit is het wel weer zoeken naar de gemene deler of daar waar ze elkaar in herkennen of daar waar ze elkaar niet in herkennen (het meest interessante stuk denk ik), dat ze zeggen goh is dat voor jou zo, dat is voor mij heel anders. Dus juist daar waar je elkaar ontmoet dat een ander dat heel anders kan reageren of beleven. En dat je dus anders tegen dingen aan kunt kijken, als alleen de manier waarop jij het beleeft. Nou dat zijn juist hele interessante momenten om je blik te verruimen, te metalliseren.

Voor mij staat nooit heel centraal wat ik aanbied en dat, dat afgewerkt moet worden en dat er dan een bepaald resultaat komt. Maar ik zie de PMT-zaal meer als een soort speelplaats, je moet datgene zien te vinden waar iemand wel nieuwgierig naar is, maar waar die wel aan durft te gaan staan. En door uitproberen en kijken, daar wat iemand pakt, daar probeer je aan te sluiten, waar wordt je in gepakt en waar wordt je in geraakt.

En daar ga je mee aan de slag?

Ja, voor mij staat eigenlijk nooit de oefening centraal.

En wanneer is de PMT voor deze cliënten in de eerste fase effectief geweest?

Het simpelst gezegd denk ik, iedere cliënt heeft als ze bij mij in de zaal komt dat er enorme drempels liggen die als het ware overwonnen moeten worden en het is niet zo dat als deze drempels overwonnen zijn, het doel geslaagd is, maar wel op het moment dat het overwinnen van die drempel een net iets grotere uitwerking heeft dan allen die situatie op dat moment. Het moet een inktvlek werking zijn.

Dus dat diegene het niet alleen in de PMT-zaal kan, maar bijvoorbeeld ook in andere therapievormen of thuis?

Ja, je moet ergens aan kunnen zien, terughoren of beleven. Dat het op de een of andere manier meegenomen wordt en zich niet beperkt tot wat daar in de zaal gebeurt. Want als het zo afgesplitst blijft zitten, wat wel een gevaar is bij deze mensen, dan moet je, je afvragen of het niet zo is dat wanneer de cliënt buiten staat er eigenlijk helemaal niks over is van hetgeen ze allemaal heeft gedaan.

En dat ga je na op de een of andere manier?

Ja, dat probeer ik te achterhalen door het terug te lezen of ze zien.

En je geeft aan PMT is wel geïndiceerd, maar zijn er ook PMTmethodes die juist niet aansluiten bij deze doelgroep?

Ja, die zijn er genoeg denk ik. Nou als ik denk aan echt pure vormen van lichaamsgericht werken, waarbij de aandacht alleen maar naar binnen gericht is en daar merk ik van dat, dat voor deze cliënten in deze fase gewoon absoluut niet mogelijk is. En daarmee haal je een heleboel overhoop en breng je eigenlijk niets goeds, tenminste dat is mijn ervaring. Maar dat is een zeer subjectieve waarneming, want ik bied het niet eens aan. Ik doe wel eens uitstapjes in die richting, dat ik dingen voorstel en dat daar iets in die richting tussen zit, maar structureel, op de spanningsthermometer, schieten ze te hoog en raken ze dan uit het werkgebied. Het werkgebied is dat er vertekening begint te ontstaan maar dat ze het nog kunnen signaleren, dat het gebeurt en dat er nog keuzeruimte is om te zorgen dat ze daar weer vandaan raken. En dat is het leergebied in mijn optiek en het moment dat mensen daar aan voorbij gaan, dus vol in de dissociatie zitten en helemaal wegvallen en dat je hoort dat ze de week daarop bij

god niet meer weten wat ze gedaan hebben, daar valt niks te leren, dus daar hoeft je ze ook niet naartoe te brengen.

Dus dat is ook wat centraal staat binnen jou behandeling dat werkgebied?

Ja, zij moeten kunnen reguleren, het moment dat ze dat kunnen ervaren gaan ze ook dingen aandurven en krijgen ze vertrouwen in zichzelf denk ik. Krijgen ze meer vertrouwen in zichzelf en kunnen ze op meer dingen afgaan.

Is PMT in de behandeling van DIS te onderscheiden van de overige therapievormen die ook worden aangeboden in de eerste fase van behandeling binnen jullie TRTC?

Het is de enige therapievorm waarbij geen stoelen en tafels aanwezig zijn, daar is het in te onderscheiden, het vindt in een andere ruimte plaats wat ook weer andere associaties geeft, we zijn een heel deel van de therapie niet pratend maar doend bezig, lichamelijk bezig dat is een belangrijk onderscheid. Ik zie dat cliënten onderling elkaar op een andere manier ontmoeten dan wanneer ze met elkaar praten. Dus er komt ook een ander deel van de communicatiemogelijkheden aan bod, het geeft ook wel andere interacties.

Zijn dat ook meteen de krachtpunten?

Ja, ik vind dat wel krachtpunten, ja die ik in het begin ook benoemde, bepaalde diversiteit in het palet maakt dat je een breder gebied onder de loep kunt leggen en kunt zoeken naar waar liggen mogelijkheden en waar liggen kansen.

Dus dat het niet alleen maar in het praten zit?

Nee, ik geloof wel dat het bij deze doelgroep belangrijk is om te verbaliseren of te zoeken naar woorden voor wat er gebeurt. Het is natuurlijk ook weg van het eigenlijke doel dat de verschillende delen meer gaan samenwerken en op een lijn gaan zitten en misschien wel meer een ingang gaan vormen. Dan is het goed als er communicatie kan zijn tussen die verschillende delen en daar is taal een van de belangrijke elementen in. Maar als je kijkt naar heel vroegkinderlijk dan is taal helemaal niet zo belangrijk, dus het is ook heel interessant om juist naar de non-verbale communicatie te kijken.

Waar men ook meer kan gaan ervaren?

Ja ook, maar ook weer juist om dat geeft weer input om bepaalde delen in zichzelf te gaan herkennen. Het zit niet alleen in hoe een bepaald deel denkt of praat maar ook in hoe een bepaald deel doet en leeft of hoe het zich non-verbaal uitdrukt. En als die op een bepaalde manier loopt te sloffen en ze merkt zelf op; 'goh ja dit sloffen doe ik alleen in bepaalde omstandigheden', wat dan toch bij een bepaald deel in zichzelf hoort maar wat niet zo bereikbaar is. Dat zijn natuurlijk ook allemaal communicatiemiddelen.

Waardoor ze elkaar kunnen leren herkennen en erkennen?

Ja, en plus dat het ook weer wat uitdrukt, ze kunnen ook meer zicht krijgen op dat deel, dat is voor een deel ook interpretatie, maar dat ze zo ook naar elkaar toe kunnen bewegen, ik noem maar iets over dat sloffen net bijvoorbeeld. Je kunt eens van gedachte kunnen wisselen waar zou dat sloffen nu eigenlijk voor staan? Door zelf ook eens zo te sloffen of door het deel wat aanwezig is eens te vragen van slof jij nu eens, hoe is dat voor jou, hoe komt dat op jou over en hoe beleef jij dat? Daarmee breng je delen dichter bij elkaar.

Dan hoor ik ook dat je daarmee de communicatie op gang brengt?

Ja

En zitten er ook overlappen tussen de PMT en de verschillende andere therapieën?

Tuurlijk, de overlappen zijn dat je voldoende binnen hetzelfde model en met dezelfde taal te werken, omdat je het voor de cliënt begrijpelijk wilt maken en natuurlijk ook naar de transfer, dus je verpakt dingetjes toch wel weer in bepaalde taal zodat ze dat in andere onderdelen ook weer kunnen bespreken of meenemen. Dus daar zit overlap in. Ik ga natuurlijk met cliënten die neigen de controle te verliezen. Ga ik geen hulpmiddelen ontwikkelen die ze al bedacht hebben. Dus daar maken ze gebruik van de stabilisatiemodule die ze al gehad hebben of ze maken gebruik van handreikingen die ze gehad hebben in de deeltijdbehandeling. Dus daar maak je gebruik en maak je ook overlap

Dus dat wat ze meekunnen nemen naar de verschillende therapievormen nemen ze mee en de methodiek en dezelfde taal en de alternatieven die ze meekrijgen om in het hier en nu te blijven zijn overlappend?

Ja

En worden in andere therapievormen ook elementen uit de PMT gebruikt?

Voor een deel wel dezelfde elementen. Als ik met een cliënt bezig ben met hoe ze op een bepaald moment sloft. Kun je in een verbaal blok natuurlijk bezig zijn met hoe een cliënt zit en wegdraait en wegstijgt. En wordt er ook wel daarop ingegaan, het hoort bij de non-verbale communicatie.

Dus eigenlijk het insteken op de nonverbale communicatie is een overlap,

T: wel in veel mindere mate maar het gebeurt zeker wel.

In hoeverre vind jij dat binnen de eerste fase van behandeling met DIS PMT een meerwaarde/toevoegende waarde heeft t.o.v. andere therapievormen?

Dan kom ik op hetzelfde uit als in het begin. Dat een aantal die zich verdiept hebben in de behandeling van DIS en die aangeven dat het juist in het begin van de behandeling heel belangrijk is om naast stabilisatie te gaan zitten op samenwerking en het overwinnen van de fobie die de verschillende delen onderling voor elkaar kunnen hebben en angst en wantrouwen. Nou ik denk dat PMT een hele makkelijke ingang is om dingen die bij een heel andere leeftijdsfase horen ten tonele te brengen. Dus als je het hebt over een spelend kind of het bewegend ontdekken, of het niet ergens naar kijken en kijken hoe iets in elkaar steekt, maar iets vastpakken en voelen hoe iets in elkaar steekt.

Dus ook je zintuigen gebruiken?

Ja dus veel de tast en tactiele gebruiken. En ook dingen die ook wel een directe lijn hebben naar vroege periodes, dus als je het hebt over sensopatisch spel op gevoel en het voelen en naast het dingen in de PMT, dat gebeurt bij creatieve ook hè, maar waardoor vrij makkelijk aanwezig bent in de zaal. En dus ook van daaruit kijken wat er naar voren komt of welke delen er naar voren komen en hoe iemand dat beleeft.

En m.n. het aanvullende daarin is prettig om ook die samenwerking en ook die delen naar voren te krijgen.

Dat het niet alleen maar gaat over of andere delen aanbod komen of naar voren komen. Maar je hebt natuurlijk ook dat het andere associaties oproept, een simpel iets als; 'Zo iets kinderachtigs ga ik niet doen'. Dat is een heel andere associatie als: 'oh dat is gaaf, dat deed ik vroeger ook altijd op het schoolplein'. Een totaal andere associatie, maar dat zijn wel hele waardevolle dingen om te kijken waar hebben we iets als we daar mee doorgaan of als we iets in die richting doen. Waar iemand ogenschijnlijk makkelijker meer openheid over kan geven. Of om wanneer deze uitgenodigd wordt te acteren als het ware en daarmee van zichzelf laat zien en horen en deelt. En je spreekt denk ik voor een deel een heel ander terrein aan, dus dat is denk ik de grote meerwaarde van PMT.

Transcriptie respondent 3:

In hoeverre is iedere cliënt voor PMT geïndiceerd in uw ogen?

Ik vind daar waar geen leerbaarheid is (ik heb met veel doelgroepen gewerkt, van ouderen tot volwassenen, van dementie tot psychoses) Vandaar dat ik zeg er moet iets leerbaars zijn, dus geen zwaar hersenletsel of dementie of hele ernstige persoonlijkheidsproblematiek wil ook wel eens lastig zijn om iemand iets te kunnen leren.

Binnen ons PMT-team bedienen we deze doelgroep wel, maar dan zit het hem meer in het bewegingsagogische werk, psychomotorisch werk.

Want ook mensen die knalpsychotisch zijn die zijn niet leerbaar maar die komen wel bij ons in het gebouw om gewoon met het lijf bezig te zijn en van daaruit structuur aangeboden krijgen.

Dus ik kan zeggen wanneer je PMT meer in de psychotherapeutische kant te geven dan is het, het niet leerbaar zijn, psychotisch zijn, ernstig middelen gebruik, ernstige acting out of gedragsproblematiek, dat zijn bij ons wel echt contra-indicaties.

En ernstige lichamelijke beperkingen zijn ook een contra-indicatie.

Vanuit welke behandelvisie of methodiek wordt er in jullie centrum of afdeling gewerkt met getraumatiseerde of DIS-cliënten?

We beginnen in principe altijd met zorgen dat zij in eerste instantie weer tools krijgen om grip te krijgen op het dagelijks functioneren. Dat is het uitgangspunt.

Want wij vinden wanneer je hoog-dissociatief bent, dan zul je op een of andere manier willen we graag dat je er weer bij bent en er weer bij blijft. En daar zul je een aantal handvatten voor nodig hebben om dat te kunnen gaan doen en het is heel erg in het hier en nu werken en het verder nog geen

aandacht geven aan het individueel trauma an sich, maar veel meer wat doet trauma met je en wat voor invloed heeft trauma op je en wat is een dissociatieve stoornis nou eigenlijk?

Dus je gaat heel veel zitten op psycho-educatie hoor ik?

Ja heel veel op psycho-educatie. En dat doet zowel de psycholoog als de psychotherapeut als de beeldend therapeut als de PMT-er.

En doen jullie dat ook vanuit een bepaalde methodiek?

Ja, dan vraag je me naar drie peilers, maar die heb ik niet zo 1, 2, 3 in mijn hoofd zitten. Gerichte traumabehandeling is gericht op de dissociatie in de hand te krijgen en daarnaast is het kijken of je een soort integratie kunt krijgen tussen de dissociatieve stoornis en je dagelijks functioneren.

Dus je wilt een integratie in de dissociatieve stoornis in het hier en nu bewerkstelligen?

Ja, het is soms goed om lekker dissociatief te zijn, maar het werkt je ook wel eens tegen. Heb jij de mogelijkheid en kun jij de mogelijkheid krijgen om die dissociatie bewust in te zetten. En dan gaat het dus heel erg om bewustwording vind ik. En dat je weet dat je op sommige momenten vatbaar bent voor DIS en of je het dan wel of niet inzet bij dat zou mooi zijn als je daar dan de keus in kan maken, dat het je niet in de weg ligt.

Dus eigenlijk dat ze vanuit het hier en nu merken; hé, dit is er aan de hand, dit gebeurt er nu met mij en ik kan het stoppen, ik kan de keuze maken of ik wel of niet mee in de dissociatie ga.

Ja, dat zou mooi zijn. Voor sommigen een utopie, hoor.

Dat kan ik me voorstellen vanuit de persoonlijkheidsproblematiek.

En nou je het over de persoonlijkheidsproblematiek hebt, de peilers zijn ook hechting, hoe ben je gehecht, dat heeft ook erg met die persoonlijkheidskant te maken. Dus wat heeft die hechting met jou gedaan en hoe ben je daarin opgegroeid en wat voor hechting heb jij gehad.

En ga je in de behandeling dan ook kijken in hoeverre iemand zich kan hechten en naar kun jij je hechten aan de ander en aan de omgeving?

Daar oefenen we wel mee. En dan is de veilige setting de behandeling afdeling. Maar dat proberen we ook te oefenen binnen de PMT en de CT. Waarbij de CT minder groepsactiviteit heeft, het is vaak een solistische therapie in een groep. Terwijl men bij de PMT veel meer op de interactie zit. En dan binnen de interactie veel meer gebeurt rondom de dissociatieve stoornis en rondom hechting.

En in hoeverre kom jij in aanraking met DIS-cliënten?

Als ik voor mezelf spreek, ik werk voor de mannengroepen, dan lopen daar een aantal DIS-cliënten tussen. Ik werk voornamelijk voor de veteranen. Dus dat zijn mannen die in oorlogssituaties bizarre dingen hebben meegemaakt. Daar zitten een aantal mannen tussen waarvan wij zeggen, dat is niet alleen maar traumagerelateerd aan de uitzending maar daar zit ook een vroeg trauma of een persoonlijkheidsstoornis onder. En die jongens die hebben ooit eens de keuze gemaakt vanwege de orde, structuur en de tucht om defensie in te gaan en daar vervolgens weer tegen hun trauma aangelopen zijn. En heel ontvlambaar met de persoonlijkheidsstructuur die ze hebben, dat deze heel actueel wordt en ze dan volledig flippen(sommigen). Er zijn ook jongens zijn, de instabiliteit vind ik eigenlijk vaak al veel eerder liggen dan hun defensie verleden. Dat vindt overigens niet iedereen en je moet het er zeker bij defensie niet over hebben, want dan zou je aan hun selectiebeleid tornen.

In hoeverre heb jij een aanvullende of afwijkende behandelvisie als die van jouw afdeling?

Waar ik natuurlijk de kracht maar soms ook de valkuil er heel veel appel gedaan wordt (zeker in groepen) op de sociale interactie. En ik vind dat daar zoveel in gebeurt dat je soms niet helemaal zicht hebt op wat is nu een trigger voor iemand waardoor die langzamerhand verdwijnt uit de groep of meer wat naast de groep komt te staan omdat die wat meer richting de depersonalisatie of dissociatie gaat. En daar moet je als therapeut heel alert op zijn dat je daar rekening mee houdt. Soms is de groep zo hard bezig, dat je als therapeut denkt, goh die staat ook lekker voor zich uit te staren zeg! Dus dat je ook niet echt door hebt wat er precies aan de hand is. En binnen de mannengroepen dan probeer ik meestal de mannen terug te halen door hun gewoon aan te spreken. En dat vind ik toch wat anders als bij de vrouwengroepen. Vrouwen blijven vaker wat langer in hun dissociatie hangen vind ik. En soms, maar misschien is dat ook wel de man-vrouwrol vind ik dat daar ook wel heel veel zorg omheen gekweekt wordt. En dan niet alleen van de hulpverlener hoor, maar ook van de groepsgenoten en dat vindt ik minder bij de mannen. Daar is het meer van: 'hé, ben je d'r nog bij, dan gaan we weer verder'. En dat is iets meer van de man-vrouw ontwikkeling, die speelt daar denk ik ook in mee.

Kunt u aangeven waarom PMT juist wel of niet geïndiceerd is bij cliënten met DIS in de eerste fase van behandeling.

Bij de mannengroepen zitten de mannen met DIS er gewoon tussen. Of iemand moet hoog-dissociatief zijn, waardoor men niet kiest voor een groep. Dus dan kan er gekozen worden voor een individuele behandeling. Dan spreek ik voor de mannen.

Ik weet dat het bij de vrouwen wat anders is. Want de hoog-dissociatieven die komen in de hoog-dissociatieven groep, daarnaast hebben we voor vrouwen nog twee andere groepen. En dan wordt daarvoor al een onderscheid gemaakt en dan pas komen ze in een groep. De PMT zit er daar wel in en dan gaat het meer over hoe kan ik tools krijgen van hoe kan ik erbij blijven en dat zit meteen al aan het begin van de behandeling.

Als u nu uitgaat van hoe het bij u in de instelling gaat, vindt u PMT in de eerste fase bij deze doelgroep dan wel of niet geïndiceerd?

Nou ik zie niet direct een contra-indicatie. Individueel werk ik er niet mee, maar collega's werken vaak wat later in de behandeling met deze doelgroep wel individueel. Maar in de groepen die lopen in de eerste fase van behandeling is niet meteen een contra-indicatie denk ik, als het niet storend is voor de groep. Want als het te storend is waardoor je, je aandacht steeds weer op die klant moet richten. En moet wel het idee zijn dat je echt met de groep moet kunnen werken.

Dus wat ik u hoor zeggen PMT is op zich geïndiceerd, als cliënten maar voldoende aanwezig kunnen zijn binnen een groep.

Ja, dat klopt. Als ze echt zo hoog dissociatief zijn, dan kunnen ze niet eens een groep verdragen hoor dat moet ik er eerlijk bij zeggen.

Ik ben ook wel heel benieuwd naar hoe u werkt in de eerste fase van behandeling met DIS-clieënten, aan welke doelen werkt u?

We werken multidisciplinair en we werken met thema's. En dan praat ik over de mannengroepen. Kennismaking, grenzen en veiligheid en daaraan gekoppeld het creëren van een eigen plek. Daar besteden wij twee weken aandacht aan. Vervolgens gaan we over naar wat zijn nou je overlevingsstrategieën (ook twee weken). En dan gaan we naar macht en onmacht met de machtsdriehoek en vervolgens gaan we naar emoties, de gevoelens van de 4 B's en gevoelens van schuld en schaamte en vervolgens gaan we naar afstand en nabijheid, intimiteit en seksualiteit. En vervolgens zijn de 12 weken voorbij en dan gaan we afscheid nemen. Het gaat om een gesloten groep die om de 3 maanden veranderd. En dat houdt in dat men een jaar in behandeling kan zijn. De meeste mannen nemen ook die tijd daarvoor. En om de 3 maanden kunnen er mensen in en uitstromen.

Dan hoor ik ook dat u voornamelijk groepsgericht werkt.

Met de mannen alleen maar.

Wat vindt u het meest effectief in de eerste fase: individueel of groepsgericht werken met cliënten met DIS?

Dat is afhankelijk van wanneer kan iemand in een groep zijn, Kan iemand dat niet dan is het te overwegen om eerst individueel te werken. Nou is het individueel werken vaak ietsje later in de rit, want de hoog-dissociatieven die moeten eerst binnenkomen en eerst een band aangaan met hun eerste behandelaar. En dat is vaak met de psychiater of met de psycholoog. Vervolgens daar waar de behandeling richting waarnemen, grenzen, lichaamssignalen gaat dan komt de PMT vaak in beeld en dat wordt dan doorverwezen door de psychiater of psycholoog. En daar is vaak een heel nauw contact mee, hele korte lijnen met elkaar van hier heb ik een gesprek over gehad zou je dat mee kunnen nemen naar de PMT voor de terugkoppeling van dit hebben we binnen de PMT gedaan, dit zijn we erin tegen gekomen en neem jij dat weer mee in het gesprek.

En waarom zijn die korte lijnen van belang?

Om een duidelijke afstemming te hebben als behandelteam zijnde en ten tweede is de vraag blijft datgene, waar men mee bezig is geweest, blijft dat hangen? Komt men in de zaal en doet men een oefening en die doet men half gedissocieerd of helemaal gedissocieerd, misschien heb ik het niet waargenomen. Daar kan vervolgens over gesproken worden. En vanuit de psycholoog kan aan de orde komen: 'goh je kunt er nu wel heel mooi bij blijven, ga nou eens naar de PMT en ga eens kijken, wanneer de druk oploopt wanneer kom jij in het eerste stadium van je dissociatie terecht? Dus dat ze daar meer grip op gaan krijgen.

Ja, het gaat allemaal over grip.

Heb je een bepaalde therapeutische houding die je in het werken met deze doelgroep in de eerste fase toepast?

Rust, kalmte en de mensen niet opjagen, dat krijg ik van de cliënten terug. En ik behandel soms in de vorm dan geef ik duidelijk aan, dit is de vorm, dit gaan we doen, wil je dat aan?

Dus ik hoor ook dat je heel voorspelbaar bent.

Ja, met name met de DIS-ers moet je vooral heel voorspelbaar zijn.

Ook om de relatie in stand te houden?

Ja, zeker.

Dat is een van de interventies die je toepast, zijn er nog meer interventies die je effectief vindt bij deze doelgroep?

Wat ik heel belangrijk vind en dat is ook algemeen PMT denk ik, dat ik probeer om mensen stil te laten staan. Ho, stop, wat gebeurt er op dit moment, ga verder of nu kan je weer verder. Dus stilstaan, bewustworden. En vanuit de bewustwording kun je keuzes gaan maken.

En dan bewust worden van wat er bij hen zelf gebeurd neem ik aan.

Ja, en daar continue maar mee bezig zijn. Want op het moment dat jij geen keuze meer hebt of geen keuze meer kunt of durft te nemen dan is de kans groot dat jij weer richting de dissociaties gaat.

Dus je blijft continue zitten op het krijgen en behouden van grip en een stukje stop-denk-doe.

Ja

En zijn er daarnaast nog meer interventies die van belang zijn.

Deze zijn de grootste hoor. Ik werk nu voor de veteranen en balansmannengroep. En bij de balansmannengroep is een belangrijk interventie videoregistratie.

En dan achteraf terugkijken wat er is gebeurd.

Ja, de groep komt 1,15 uur bij mij waarvan ik een half uur een vorm aanbied en dan vervolgens gaan we naar een gespreksruimte waar de tv staat en kijken we met elkaar een aantal beelden. En vervolgens a.d.h.v. het thema wat aan de orde is geweest, we kijken naar hoe heb je dat gedaan, maar ook beantwoorden we een aantal vragen middels SOS, hoe zit je nu in je spanning en wat zou je daaraan kunnen doen? Op welk niveau van spanning zit je nu. Zo had ik net een groep in de zaal, waarbij de spanning in de zaal hoog was, kunnen ze dat benoemen? Op welke spanningslijn heb je nou gezeten. En nu zit je in de gesprekskamer en op welk spanningsniveau zit je nu? En als we dan de video kijken, op welk spanningsniveau zit je nu en hoe was dat toen je hier net binnenkwam. Is dat gestegen of gelijk gebleven of gezakt. Dus dat ze die stresshantering voor zichzelf goed in beeld krijgen.

En werk je dan vooral lichaams of bewegingsgericht met deze doelgroep?

Beide het kan heel goed zijn dat ik met een bewegingsvorm bezig ben en ik merk hij vliegt alle kanten op. Dan schakel ik soms over naar een lichaamsgerichte vorm om weer wat meer in het lijf te komen als het niet al te spannend is om in het lijf te zijn. Want soms doe ik ook wel een lichaamsgerichte en sommigen flippen al bij het woord bij tijd en wijlen. Maar ook daarin hebben ze van mij altijd weer de keus, kijk eens, als ik een lichaamsgerichte vorm doe, 'ja, maar daar wil ik niet aan meedoen' oké, pak een stoel en kijk eens of je ernaar kunt kijken i.p.v. mee te doen. Want het kijken is alweer ietsje anders dan het zelf meedoen, dat is ietsje veiliger. En als je niet kunt kijken draai dan je stoel om.

Dus dan geef je hen de regie.

Ja, dat zij steeds de regie hebben is heel belangrijk en niet ik. Want ik kan ze van alles opdragen te doen. Zij hebben in principe continue de regie. Dat is ook een van de basisregels die ik in beide mannengroepen continue hanteer en dat doen we met de hele afdeling. Je hebt altijd het recht om even stop te zeggen, om eruit te stappen om even niet in de groep te zijn, maar geef het aan en zeg even hoe lang jij denkt nodig te hebben om even uit de groep te wezen en dat benoemen we bijna iedere week weer.

Om ze daar bewust van te laten worden?

Ja.

En hen het stuur weer in handen te geven?

Ja, zij hebben daar controle over en kunnen daar weer de controle over krijgen. Want ze hebben altijd het idee dat ze daar geen controle over hebben.

En welke psychomotorische werkvormen zijn bij uitstek geschikt voor mensen met DIS in de eerste fase van behandeling?

Ik heb zelf het idee dat het niet zo heel veel uitmaakt wat je aanbiedt. Het is ten eerste al denk ik van goh hoe is het stressniveau, want ik doe voornamelijk dagbehandeling waarvan een deel van de mannen twee keer in de week komen en de veteranen maar een keer per week, want meer kunnen ze niet verdragen. Ik probeer me te houden aan de thema's waar we mee aan de slag zijn. Bij de traumamannen lukt dit veel makkelijker als bij de veteranen. Want de veteranen zitten soms heel kort in hun lontje en het stressniveau is aanmerkelijk hoger als bij de traumamannen. Alhoewel dat misschien ook gelijk een soort blinde vlek kan zijn, want de traumamannen zijn over het algemeen meer introvert en de veteranen meer extravert in hun uitingsvormen.

Wanneer vind jij dat PMT effectief is geweest bij DIS in de eerste fase van behandeling.

Als ik het idee heb en het behandelteam het idee heeft dat iemand wat grip op zichzelf heeft waardoor deze het dagelijks leven weer aan kan en als daar voldoende fundament heeft dan gaat men soms naar de psychotherapie om te werken aan het trauma, de tweede fase van traumabehandeling.

Ik moet zeggen dat een heel grote groep dit niet haalt hoor.

Is de PMT in de eerste fase van behandeling bij DIS te onderscheiden van overige therapievormen?

Het verschil wat ik vind en waar ik met regelmaat het met het team over heb, dat met name de interactie vele malen anders is binnen bijvoorbeeld de PMT als binnen de themabespreking.

En weet jij waar dit mee te maken heeft.

Je merkt dat doordat men in de PMT in beweging is er allerlei gedragingen uit de hoek komen kijken die leuk kunnen zijn maar die ook spanningen kunnen veroorzaken. En wat doe je met die spanningen, zeg je er wat van, doe je er niks mee? Dat er in de interactie zoveel gebeurt. En dat is toch anders als bij praattherapie want daar zit je op een stoel op je eigen veilige plek. Daar hoeft je in principe niet uit en spanning kan daar wel oplopen. Maar in de beweging kun je letterlijk tegen iemand aanlopen of wanneer je ziet dat iemand bijna valt, wat doe je dan? Moet je dan gaan redden (want er zitten een heleboel redders tussen). Of er zitten een heleboel stoere tussen die zeggen; Stel je niet aan joh ga gewoon door'.

Dus ik hoor dat het gedrag wat iemand laat zien, veel duidelijker dan in andere therapievormen naar voren komt.

Ja, dat vind ik wel.

Waar zitten de overlappen tussen PMT en andere therapievormen?

Overlap is het spreken van dezelfde taal. Bezigt zijn met de psycho-educatie, bieden van dezelfde structuur van veiligheid en daar eenzelfde soort gelijkmatigheid in. Waarin de een wat meer op het lichaam en de interactie gericht is zoals de PMT-er, de CT-er veel meer gericht is op het innerlijke stuk wat hen bezighoudt en hoe kunnen ze dat op de een of andere manier vorm geven en de psychotherapeut vaak veel meer op de uitleg van psycho-educatie op psychologisch niveau en dan ben je natuurlijk veel minder in de ervaring zit als de PMT en de sociotherapeut meer op de integratie van het hele blok en alle therapievormen bij elkaar zitten. En dan hebben ze een individueel gesprek en dan kijken ze in hoeverre valt alles wat je hebt gehad te integreren met elkaar.

Spreken van dezelfde taal, het geven van psycho-educatie en het richten op dezelfde doelen hoor ik dan dat overlappende delen zijn binnen het multidisciplinair werken, heb ik dat goed gehoord?

Ja

En worden er binnen overige therapievormen ook elementen vanuit de PMT gebruikt?

We proberen altijd wel een soort vertaalslagjes te maken. Waar bijvoorbeeld de psycholoog wel eens een oefening doet rondom grounding, maar vaak krijg ik dan wel een soort terugkoppeling terug met de vraag of ik dat nog eens zou willen herhalen.

In hoeverre heeft de PMT dan een meerwaarde/aanvullende waarde t.o.v. overige therapievormen?

Ik geloof niet zo erin dat wij beter of heiliger zijn als de andere therapeuten. Ik geloof veel meer in het totaalconcept. We kunnen met elkaar proberen een cliënt op de rails krijgen. Het is de vraag waar de cliënt zijn tools vandaan haalt die hem liggen. Want ik kan tools aanbieden maar die hoeven bij de cliënt niet te vallen maar die bij bijvoorbeeld de sociale vaardigheidstraining wel valt. En de ene keer is de PMT heilig voor de cliënt en de andere keer is het de sociale vaardigheidstraining of de psycholoog of het wekelijks gesprek met de verpleegkundige heilig.

Dus ik hoor dat het per cliënt per fase waarin die zich bevind verschillend kan werken.

Ja.

Transcriptie respondent 4:

Is in uw ogen iedere cliënt geïndiceerd voor PMT?

Nou nee. Zodra iemand wil en gemotiveerd is of als iemand er baadt bij kan hebben of wanneer iemand niet bij zijn gevoel kan komen of als zijn gevoel zo ontzettend overheersend is dat die zijn gevoel in banen moet gaan leiden. Dan zijn dat belangrijke indicatiebronnen. Maar ik zou me ook kunnen voorstellen dat het binnen PMT allemaal te directe benaderingsvormen zijn voor sommige mensen en dat je dan iets anders moet gaan kiezen.

Dus dan zou je zeggen dat het een contra-indicatie is wanneer men niet tegen een te directe benadering kan.

Ja, en natuurlijk als men psychotisch is, dan kan het ook niet.

En met een directe benadering bedoel je?

Ja, de lichaamsgerichte benadering, zodat je niet achter een tafel zit maar direct op je gevoel af gaat en heel rechtstreeks iets moet doen. Als iemand dat te moeilijk vindt, dan is dat een contra-indicatie. Maar ja dan kunnen er nog redenen zijn voor een therapeutische relatie, want de therapeutische relatie moet natuurlijk ook op gang kunnen komen. En als iemand zich te onveilig voelt en het lukt niet een relatie op te bouwen, dan houdt het ook op. Ik wil niet pretenderen dat ik met iedereen kan werken. Maar dat bijvoorbeeld een collega PMT-er wel met een desbetreffende patiënt kan werken.

Dan is de indicatie: Is er tussen de patiënt en therapeut een relatie mogelijk?

Ja en of dat lukt, kan natuurlijk ook aan mij liggen.

Vanuit welke behandelvisie of methodiek worden getraumatiseerde cliënten en cliënten met een dissociatieve identiteitsstoornis op de afdeling waar u voor werkt behandeld? (fasegerichte traumabehandeling, tactical integration model for the treatment of DIS, sensorimotor therapie, gedragstherapie, cliëntgerichte therapie, anders namelijk.)

Ja, hier is dat dus de Cognitieve gedragstherapie. En er wordt ook veel gewerkt met imaginaire exposure en EMDR.

In hoeverre bent u het met deze visie eens of kunt u zich hierin vinden?

Ik kan me er wel in vinden, dat CGT. Ik geef natuurlijk helemaal geen CGT. Maar cognitie speelt wel een grote rol in de PMT. Wat je doet moet men onder woorden kunnen brengen en er betekenis aan kunnen geven. Dus in die zin sluit het wel aan. Maar ja goed, ik vind dit wel een beetje.. Je had vroeger natuurlijk ook cliëntgerichte of psychodynamische therapie en daar zie ik ook wel heel veel heil in. Maar goed het is allemaal CGT wat de klok slaat, omdat dat nou eenmaal bewezen is. Maar ja goed, op zich kan ik er goed mee uit de weg hoor. Omdat vooral imaginaire wel aansluit bij mijn manier van werken.

In hoeverre komt u op uw huidige werkplek als PMT-er in aanraking met cliënten die een dissociatieve identiteitsstoornis hebben?

Daar heb ik wel mee te maken, maar niet heel veel. Ze zitten hier wel, maar ze krijgen dat eerst een stabilisatiegroep en daar zitten wel PMT-achtige dingen in. Maar dat wordt niet door een PMT-er gedaan.

Op welke manier komt u dan wel in aanraking met de doelgroep?

Ik heb een paar patiënten met wie ik verwerkingsgericht werk en ook gericht op de integratie van de delen. Maar die zijn dan al wat verder in hun behandeling. Die hebben de stabilisatiefase al duidelijk gehad natuurlijk.

Ik hoor dan dat u voornamelijk in de 2^e of in de 3^e fase van traumabehandeling begint met PMT bij DIS.

Met Dis wel ja. Ik heb wel iemand gehad met DIS individueel. Ik werk alleen maar individueel trouwens. Maar dat ging toch niet zo goed. Die ging eigenlijk meer dissociëren, dan minder. Dus toen zijn we daarmee opgehouden.

Dat is ook de enigste keer dat u ervaring heeft gehad met iemand met DIS in de 1^e fase van behandeling?

Met iemand die zo'n ontzettende dissociatieve identiteitsstoornis had, wel ja.

U werkt dan m.n. in de 2^e fase van behandeling met cliënten met DIS. Hoe geeft u de PMT vorm wanneer u in aanraking komt met de doelgroep?

Ik ben bezig met het versterken van het lichaamsgevoel. Dus ook de oriëntatie op de ruimte en het eigen lichaam. En zodra het kan ga ik naar de boosheid, eigenlijk al snel. En werk aan het ontladen van boosheid en spanning en het reguleren van de boosheid.

Heb ik goed gehoord dat het vergroten van het lichaamsgevoel en de oriëntatie op de ruimte en het eigen lichaam vooraf gaat aan het ontladen en reguleren van boosheid?

Ja, er moet eerst een gevoel van veiligheid zijn. Dus eerst. Ik begin eigenlijk altijd met iemand een veilige plek te laten maken. Maar nog eerder begin ik met een psychomotorische intake. En daar heb ik zelf een instrument voor ontwikkeld het PMDI. En dan kijk ik hoe het zit: IN hoeverre iemand om kan gaan met grenzen, zijn grenzen kan aangeven en in hoeverre die zijn boosheid onder controle heeft of daar helemaal niet bij kan komen en in hoeverre de patiënt kan ontspannen en in hoeverre diegene contact maakt en dat soort dingen.

En van daaruit steekt u in op waar het kan in de behandeling?

Ja, dan blijkt daaruit inderdaad wat zijn de behandeldoelen en dat is dat heel vaak; Omgaan met boosheid. Het is wel zo dat de meeste patienten om die reden verwezen worden naar de PMT. En dan kan het om die reden zijn om de controle te krijgen over de boosheid en in de meeste gevallen komen patienten met het doel verwerkingsgericht te werken met boosheid. Dus het verwerken van de trauma's in het verleden. Dus de trauma's uit het verleden worden naar voren gehaald, in de zin van scènes en dan werk ik zo dat de dader op de bokszak geprojecteerd wordt en dan in het begin wordt daar met ballen naar toe gegooid of later wordt er echt tegen de bokszak gebokst. Zodat er steeds meer een soort uiteenzetting komt met de dader via de bokszak.

En waardoor ook verwerking kan ontstaan?

ja.

Heeft u op andere werkplekken als PMT-er ervaring opgedaan in het werken met cliënten met een met dissociatieve identiteitsstoornis?

Nou ik werkte eerst met vluchtelingen, door oorlog getraumatiseerde vluchtelingen en toen ben ik hier gekomen.

En binnen de doelgroep getraumatiseerde vluchtelingen bent u daar ook in aanraking gekomen met de doelgroep DIS?

Nou, nee

Wat maakte dat u niet in aanraking kwam met de desbetreffende doelgroep?

We hadden daar te maken met hele recente traumatisering en er zaten wel persoonlijkheidsstoornissen, maar dat stond helemaal niet op de voorgrond. Dus het was echt gericht op stabilisatie en in een enkel geval op verwerking van een traumatische gebeurtenis maar dan kom je niet zozeer aan die persoonlijkheidsstoornissen toe. Dus het zat er misschien wel tussen maar dan deed je er niks mee.

Kunt u aangeven waarom u vindt dat PMT geïndiceerd of juist gecontra-indiceerd is bij cliënten met dissociatieve identiteitsstoornis in de eerste fase van behandeling?

Nou ik zou dus zeggen het zou wel kunnen, zeker wel in de eerste fase, dus gericht op stabilisatie. Misschien die groep die hier is, die is naar aanleiding van een boek van **Etidoorpeil**. Dat heet vroeger en verder. En die heeft een hele methode ontwikkeld. Eigenlijk is dat psychoeducatie en gericht op stabilisatie. En daarbij aansluitend zou ik me kunnen voorstellen dat PMT zou kunnen plaatsvinden. Terwijl er dus heel erg basaal gewerkt wordt aan psychoeducatie over waar ze allemaal last van hebben. En zo niet als je dat niet doet. Hier gebeurt dat dus niet. Dan zou je dus als ze eerst die groep hebben gedaan, en er een klein beetje stabilisatie heeft plaatsgevonden, d.m.v. psychoeducatie. Dan zou je dan met PMT kunnen werken om alles wat ze daar geleerd hebben meerervaarbaar te maken. Dus dan is het nog steeds stabilisatie maar dan meer op de ervaring gericht. En minder cognitief.

Dus je zegt eigenlijk binnen het traject vroeger en verder, zou je PMT kunnen aanbieden maar dan heel erg op het hier en nu gericht en aansluitend gericht op de psychoeducatie die aangeboden wordt in de module. En wanneer dat niet gedaan wordt PMT na de stabilisatieperiode aanbieden en dan ook weer gericht op het hier en nu maar dan ervaringsgericht.

Ja, en dan individueel zou ik dan zeggen.

En waarom individueel?

Nou dan heb je het meer in de gaten wat er allemaal gebeurt. En sommige dingen kunnen dan meer aansluiten bij iemand persoonlijk. Ten minste dat denk ik. Ik denk dat wat makkelijker is.

waarom denkt u dat makkelijker is?

De een dissocieert sneller als de ander. Dan kun je meer zicht houden op wanneer iemand dissocieert en dan kun je de oefeningen beter op 1 persoon afstemmen. Misschien kan het ook wel in kleine groepjes, ik weet het niet.

Aan welke doelen zou er gewerkt moeten worden in de eerste fase om de PMT effect te laten hebben?

Veiligheid, lichaamsgevoel en zelfbeheersing. En dan controle van spanning, spanning en boosheid. En ik heb gemerkt met DIS-ers dat je dan hele kleine concentratieoefeningen moet doen. En daarom zeg ik dat moet zo ontzettend op iemand afgestemd zijn, om te zien of het ook werkt bij de desbetreffende persoon.

En dat je ook op de persoon af duidelijk moet hebben, waardoor kan iemand zich goed concentreren?

Ja, maar ja het kan ook wel zo zijn. Ik had er zo eentje die meer ging dissociëren in die individuele PMT. Toen die in een groep zat toen ging het beter. Dus ik kan me voorstellen dat je in sommige gevallen toch kleine groepjes moet gaan maken. Het is zo moeilijk om een algemeen statement in te nemen, van we doen het individueel of juist niet individueel. Je moet het allebei gewoon proberen om te zien wat het beste aansluit bij de cliënt, waardoor die in het hier en nu kan blijven en veiligheid kan ervaren en het lichaamsgevoel op kan doen.

Welke therapeutische houding werkt het best bij deze doelgroep in de eerste fase van behandeling? Ik hoor in ieder geval dat aansluiten bij de cliënt belangrijk is, klopt dat?

Ja. Andere belangrijke houdingsaspecten zijn dat je niet overvraagd en dat je hele lage kleine doelen stelt. Omdat ze zichzelf al zoveel overvragen.

En qua positie die je inneemt t.o.v. de cliënt?

Gewoon zorgen dat er een veilige hechting kan plaatsvinden.

Hoe doe jij dat:

Dat je voldoende op afstand bent maar toch ook dichtbij genoeg blijft. Ik noem dat altijd maar gedeeltelijke betrokkenheid.

Daarmee bedoeld u dat u de afstand of nabijheid die een cliënt wil respecteert en toch probeert met uw gedachten nabij te zijn.

Ja, maar dat je bij alles vraagt wil je dit doen of wil je stoppen of geef je, je grenzen aan. Want grenzen aangeven is het grote hoofddoel eigenlijk.

Daarmee geeft u ook gelijk een interventie aan. Wil je dit wel, tot hoe ver mag ik gaan. Zijn er nog andere interventies die specifiek van belang zijn bij deze doelgroep in de eerste fase?

Ik denk dat er voor de patienten genoeg controle is over wat er allemaal gebeurt en dat die ook snapt wat we doen en waarom.

Dus dat u ook veel uitleg geeft daarin?

Ja

En dat er ook uitwijkmogelijkheden zijn, hoor ik dan.

Ja, altijd.

Werk je voornamelijk Lichaamsgericht of bewegingsgericht of beide in de eerste fase bij DIS?

Allebei, maar mijn accent ligt toch meer op het lichaamsgerichte.

Waarom is dat? Om dat lichaamsgevoel weer terug te krijgen?

Ja en om niet zo maar een beweging te doen. Het kan zo makkelijk zijn dat iemand een beweging doet terwijl ze er half gedissocieerd bij staat.

Dus eigenlijk dat wat de cliënt doet, dat deze dat bewust doet?

Ja.

Zijn er psychomotorische werkvormen naast de concentratieoefeningen die u noemde die effectief zijn in uw ogen in de eerste fase van behandeling bij DIS?

De grens oefening, grenzen aangeven: de controled approach oefening, veilige plek oefening, allerlei oefeningen met betrekking tot het uiten van boosheid en irritatie, ontladen van boosheid.

Ook in de eerste fase al?

Voorzichtig wel ja, dan is het nog niet gericht op verwerking maar wel op spanningsvermindering. Dus dan zijn het simpele oefeningen als van zacht naar hard en in verschillende stadia daar proberen te komen.

Dus dan bedoel je, het leren welke verschillen kun je nu allemaal ervaren en inzetten in de hardheid of zachtheid in het gooien van een bal.

Ja.

Hoe weet u dat de PMT effectief is geweest binnen de eerste fase van behandeling?

Als de client er meer controle door krijgt en als de dissociatie daardoor verminderd, dus controle over de eigen handelingen en over het bewust voelen van dingen. Als dat lukt dan slaat het aan.

En je benoemd ook dat ze minder moeten leren dissociëren, is het dan ook dat ze daar meer controle over moeten krijgen?

Ja, daar moeten ze meer controle over krijgen en als dat niet gebeurt, als dat juist meer wordt dan is de PMT te vroeg of het past gewoon niet bij die persoon.

Je gaf net ook al aan dat er ook andere therapievormen worden aangeboden aan DIS-ers in de eerste fase van behandeling. Waarin onderscheid de PMT zich dan van overige therapievormen?

Hier vindt men dat het vooral cognitief moet beginnen. En dat het allemaal heel gestructureerd moet zijn. Nou kan je dat in de PMT natuurlijk ook wel. Maar het is toch al heel gauw dat iemand zich te onveilig voelt of dat het te dichtbij komt allemaal. Dus de PMT onderscheid zich van andere therapievormen omdat het heel direct is en soms te direct.

Omdat het zo op het lichaam en de ervaring zit?

Ja

Waar in het lichaam ook allerlei trauma's verborgen zitten.

Ja, en als ze dan heel gauw in aanraking komen met die trauma's en dat ze dat eigenlijk niet in het hier en nu doet blijven.

En daarom wordt dat bij jullie dus ook nog niet zo gedaan.

Ja

Waar zitten overlappen tussen de PMT en de verschillende therapievormen?

In die groep vroeger en verder, doen ze allerlei PMT-achtige dingen. Ze doen ook concentratieoefeningen, ontspanningsoefeningen en veilige plek oefeningen, maar dan meer in de zin van; je voorstellen dat en in de PMT gebeurt dat dan letterlijk. Dus er zijn wel overlappen, maar in zo'n cognitieve groep gebeurt het meer op gedachte niveau. Dat is veiliger, maar er zijn natuurlijk wel overlappen.

Dan hoor ik dus dat de thema's een beetje hetzelfde zijn.

Ja, de thema's zijn wel een beetje hetzelfde vertrouwen, wantrouwen, omgaan met grenzen, dat soort thema's. Maar meer op een afstand wordt dat dan doorgesproken en uitgelegd.

Maar die thema's kunnen binnen de PMT natuurlijk meer ervaarbaar gemaakt worden. Maar dan komt het dichterbij.

Inderdaad en vanuit de visie die jullie hebben is dat ervaringsgerichte dan net wat te snel.

Ja.

Worden er binnen de overige therapievormen worden ook elementen uit de PMT gebruikt? Naast de concentratieoefening, de veilige plek oefening en de imaginaire oefeningen.

Dat zou ik zo niet weten. Dan zijn het meer die thema's die overeenkomen, maar dat zei ik net ook al.

In hoeverre heeft PMT (in de eerste fase van behandeling) binnen de behandeling van cliënten met een dissociatieve identiteitsstoornis een meerwaarde of een aanvullende waarde t.o.v. overige therapievormen?

Een aanvullende waarde wel. Om datgene wat hen is uitgelegd en dat wat ze snappen. Dat kan ook ervaarbaar gemaakt worden en dan is het completer. Maar ja, je moet daar toch echt niet te snel in gaan.

En wat is dan voor u het moment dat u zegt: 'Nou kunnen we gaan insteken met PMT'.

M: Als ze die cursus van 10 keer, vroeger en verder, dus hebben, als je dan na die 10 keer begint met PMT dan zou dat wel passend zijn lijkt mij.

Zodat ze dat wat ze nu cognitief weten, dat ze dat ervaringsgericht kunnen gaan maken.

Ja, en dan kun je alles wat ze in de cursus gehad hebben nog eens overdoen maar dan ervaringsgericht.

En dat wordt op dit moment nog niet gedaan hoor ik.

Dat gebeurt dus nog niet in een groep, maar al wel individueel. Maar dan is het niet zo specifiek dit protocol volgend maar dan is het meer passend bij de patiënt kijkend naar wat die nodig heeft. Maar ik zou me kunnen voorstellen dat het in een groep wel gebeurt maar dan echt dat protocol van de cursus vroeger en verder volgend.

En dan zou het dus wel in een groep kunnen volgens u.

Ja, ik denk het wel. Ik zou het in ieder geval willen proberen ja.

Transcriptie respondent 5:

Is in jouw ogen iedere cliënt geïndiceerd voor PMT?

Nee, maar de jaren dat ik werk is overwegend vanuit persoonlijkheidsproblematiek. Ik praat alleen al vanuit dat kader, van de andere doelgroep kan ik eigenlijk niet zo heel veel zeggen.

Ik denk dat je bij een heleboel mensen wel PMT kan doen. Maar dat het afhangt van de focus van je behandeling binnen de werkplekken waar ik werk daar is het ook altijd thema gericht werken, dan heb je ook een andere indicatie. En als ik naar het algemene kijk dan kom ik uit op; als mensen te fobisch zijn voor hun lichaam, het te beangstigend is om überhaupt met het lijf bezig te zijn. En ook als ze te cognitief zijn, te verstandelijk, dan ben frustrer je hen echt alleen maar. Dat is waar ik nu qua algemeenheid op kom. Ik kan me best voorstellen dat er meer indicaties zijn hoor, maar dat heeft ook te maken met hoe ik nu werk en wat er wel en niet mogelijk is, want ik werk alleen maar op doorverwijzing.

Dus dan zeg je ook het ligt eraan welke focus je pakt binnen de PMT in hoeverre mensen wel of niet geïndiceerd zijn.

Ja, en ook of het dan individueel is of in een groep soms kan je met iemand nog best dingen doen, wat echt niet in een groep kan, dus het is erg afhankelijk van je kader. En ik denk dat je wel alle thema's kunt bewerken maar lang niet bij iedereen.

Ik denk in ieder geval dat je het niet bij iedereen kan doen daar ben ik wel van overtuigd. **En contra-indicaties zijn dan algemeen fobisch voor het lichaam en te cognitief zijn.** Ja, en dan wel met dat woordje te ervoor. **En daarnaast hoor ik iedereen kan daarnaast geïndiceerd zijn, maar het ligt eraan welke focus je hebt binnen de PMT.** Ja, en net als bij alle behandelingen het moet ook klikken op de een of andere manier, de stijl, dat soort dingen spelen natuurlijk heel erg mee. **Moet er dan een klik zijn tussen de therapeut en de cliënt, maar ook tussen de therapie en de cliënt?** Ja precies, als je een PMT-er hebt die heel erg bewegingsgeoriënteerd is, dat zal misschien een hele goede aanpak zijn voor die cliënt, terwijl als je dan een hele lichaamsgeoriënteerde PMT-er erbij zet dat werkt dat weer helemaal niet. Dat zijn van die algemene dingen waar je dan op uit komt.

Vanuit welke behandelvisie of methodiek worden getraumatiseerde cliënten en cliënten met een dissociatieve identiteitsstoornis op de afdeling waar u voor werkt behandeld?

De fase gerichte traumabehandeling wordt veel gebruikt. Ik en een collega werken ook volgens de sensorimotorpsychotherapie volgens Pat Ogden, gedragstherapie, cliëntgerichte therapie, schema therapie dat zijn de therapievormen die het meeste voorkomen.

Bij psyQ werk ik meer vanuit de persoonlijkheidsproblematiek en daar werken we meer vanuit de gedragstherapie en de schematherapie en daar staan die therapievormen meer op de voorgrond dan het fasegericht behandelen, ze zijn er daar nog wat minder in thuis.

Kijkend naar het centrum voor trauma en dissociatieve stoornissen bij PsyQ, werken ze daar wel degelijk weer met fase gerichte traumabehandeling.

Welke visie pas jij zelf toe binnen de PMT?

Dat maakt uit per behandelgroep en individu, waar de focus op ligt. Bij de een pas ik de een meer toe en bij de ander de ander meer. Fasegericht werken pas ik trouwens altijd toe, maar bij de een werk ik meer via de sensorimotor therapy en bij de ander meer middels de schematherapie, dus dat verschilt wel, die focus verschilt nog wel.

In hoeverre komt u op uw huidige werkplek als PMT-er in aanraking met cliënten die een dissociatieve identiteitsstoornis hebben?

Vier verwijzingen. Vier verwijzingen in de tijd dat ik hier nu werk.

OP welke manier zie jij die cliënten?

Binnen Zeist zitten ze per ongeluk in de groep die ik doe een CPTSS groep samen met een collega beeldend therapeut. Daar hebben nu twee mensen in gezeten die DIS-NAO hebben. En datzelfde geldt voor de deeltijdgroep die ik doe, dat is ook een CPTSS. Hier werk ik eigenlijk alleen met CPTSS in principe.

En ik heb bij PsyQ twee mensen met een DIS die echt als zodanig ook verwezen zijn. En dan zie ik ze individueel.

Dus zowel in groep per ongeluk als verwezen individueel.

Ja, dat klopt.

Wat maakt bij Altrecht dat mensen met DIS niet naar de PMT worden doorverwezen?

Ik heb hier maar een aanvulling van acht uur. Ook vanwege het, wat jij ook zei, vaktherapie roept altijd zoveel op bij Dis Mensen. Dus doe eerst maar eens CPTSS. Vandaar dat ik hier eigenlijk alleen met CPTSS werk. En mijn collega beeldend, die heeft meer uren en die werkt meer met DIS. Die doet inmiddels ook de DIS-deeltijdgroep dus die werkt meer met DIS.

En als jij meer uren zou hebben gehad in je contract had jij misschien ook in die deeltijd kunnen werken?

Ja precies, daar is de vraag ook voor denk ik.

Dus het ligt ook echt aan jouw kleine uren contract? Ja

Je zegt er ligt wel een vraag voor DIS-behandeling met PMT, welke vraag zou er dan evt. naar jou toekomen?

Zoals individueel ter ondersteuning. En ik doe samen de grenzen groep met mijn collega beeldend voor CPTSS. En er komt vanuit behandelaren steeds vaker de vraag; Gaan jullie niet ook een groep Grenzen starten voor DIS-behandeling. Dat is nu nog niet mogelijk maar daar ligt een vraag.

Is dat een vraag voor DIS-cliënten in de eerste fase van behandeling of voor een latere fase?

Daar heb ik niet zo bij stil gestaan, maar ik gok wel de eerste fase, als ik kijk naar hoe jij de eerste fase beschrijft en ik kijk naar hoe de eerste fase hier wordt ingevuld, dan is het wel echt voor de eerste fase bedoeld. Of de laatste dat zou ook kunnen.

Heeft u op andere werkplekken als PMT-er ervaring opgedaan in het werken met cliënten met een met dissociatieve identiteitsstoornis?

Ervaring vind ik een groot woord maar ik heb ermee kennismemaakt.

Op welke manier kwam je ermee in aanraking?

Toen ik nog in de TBS werkte, dan kreeg ik doorverwijzingen van CB het centrum voor intensieve behandelingen. Daar heb ik op een gegeven moment ook een DIS gezien of behandeld, individueel.

Waarom koos je er toen voor individueel te behandelen.

Omdat het daar zo geregeld was. Ik werkte voor een andere afdeling en af en toe kwamen er dan vanuit andere afdelingen verwijzingen door en die kreeg je dan individueel. Veel keus had ik daar niet in.

Vanuit welke behandelvisie heb je deze cliënt toen behandeld?

Niet, geen behandelvisie, experimenteel. Ik had helemaal geen kennis van DIS toen.

Hoe heb je de PMT toen vorm gegeven?

Het was echt aan het begin van mijn PMT- carrière. Ik kreeg een doel en daar ging ik aan werken. Ik weet het ook niet meer zo heel goed. Bepaalde momenten staan me nog heel scherp voor de ogen, maar de lijn van de behandeling staat echt veel te ver weg, daar durf ik niks meer van te zeggen. Ik werk heel veel met signalen en dat zal ik toen ook al gedaan hebben. En dat is natuurlijk wat meer lichaamsgericht. Maar de momenten die me bijstaan waren meer bewegingsgericht.

En dan moet ik denken aan het doen van bewegingsspelletjes

Badminton bijvoorbeeld en dat soort dingen, overspelen.

Was je tevreden over de behandeling die je toen deed, werkte de PMT die je gaf?

Nou als je het aan mij vraagt niet. Ik was daar niet tevreden over. Maar ik kreeg van de hoofdbehandelaar te horen dat we hele goede dingen deden en dat ze voor het eerst bijvoorbeeld materiaal vasthield wat ze met al haar delen in overeenstemming was, het goed vond. Een stukje integratie, nee samenwerking zal ik maar zeggen wat je daarmee ook bewerkstelligd. Ik snapte daar toen wat dat betreft helemaal niets van.

Vandaar ook dat jij niet tevreden was?

Ja, ik denk het wel. Zij was erg tevreden over de PMT en ik voelde me eigenlijk alleen maar onervaren.

Vind jij dat PMT juist geïndiceerd of gecontraïndiceerd is bij cliënten met DIS in de eerste fase van behandeling?

Ik vind het geïndiceerd. Wel met voorzichtigheid. Dat er heel snel dingen getriggert kunnen worden speelt natuurlijk wel, andere delen en trauma's. Maar juist om die reden zou ik het juist ook geïndiceerd vinden. Juist als het gaat om oriëntatie. Oriëntatie gaat vaak over de vier zintuigen en dat is het lichaam eigenlijk al. Alleen daarom al. Maar tegelijkertijd ook omdat er zo'n fobie is voor allerlei gevoelens. Daarop dissociëren ze vaak, daarop wisselen ze vaak. En dan lijkt het me dus ook heel logisch dat je ze daar op de een of andere manier wat houvast in leert krijgen en de cliënt wat meer leert verdragen i.p.v. er alleen maar ervoor weg te gaan, zoals ze dat tot op heden alleen maar geleerd hebben.

Hoe zou jij dat dan doen, dat omgaan met die fobie voor gevoelens?

Dat gaat natuurlijk in enorm kleine stapjes, dus je bent daar wel even mee bezig. En ik heb daar nog niet een programmaatje voor ontwikkeld zal ik maar zeggen, maar ik zou zeker met oriënteren beginnen met de zintuigen in het hier en nu. Want dan ben je eigenlijk ook al bezig met het onderscheiden van denken-voelen-handelen (zo werk ik ook veel). Dus echt dat je ze leert om de dingen ook weer los van elkaar te zien. Want nu loopt het allemaal door elkaar heen en het een vloeit automatisch door in het ander en dat je ze weer leert echt te onderscheiden.

Dus onderscheiden van wat gebeurt er nou in het hier en nu en wat denk ik daarbij, wat voel ik daarbij en hoe handel ik.

Precies wat is toen en wat is nu en wat past daarbij. Het ontwarren van het toen en nu dat vind ik in ieder geval een heel belangrijk deel. En het ontwarren van denken, voelen, handelen ook want dat loopt ook door elkaar heen. Als ze dat al kunnen voelen.

Heel algemeen worden veel cliënten rondom het thema boosheid verwezen: Vaak wordt toch ook wel (bij CPTSS en bij de mensen die ik ken van DIS) als het gaat over boosheid dan is het vaak heel heftig of heel destructief, maar dat je ook gewoon boos kan zijn, of gewoon geïrriteerd kan zijn, dat dat niet meteen betekent dat het destructief wordt. Maar dat het ook gericht een bepaalde lading heeft. Dus ook dat ontwarren.

Dus dat ze leren dat er meer nuances zitten in de emoties die ze ook voelen.

Ja precies.

En is dat alleen bij boosheid of ook bij andere gevoelens?

Nee hoor ook bij andere gevoelens.

Aan welke doelen werk je in de eerste fase van behandeling met DIS-clienten?

Om te leren gaan met hun boosheid komt bij de aanvragen bij PsyQ aanbod. Maar goed ik ben nu ruim een jaar met iemand bezig en nu komen we pas toe aan het thema boosheid en daarmee om leren gaan. En het er mogen laten zijn. Dus tussendoor heb ik gewerkt aan contact maken, de schaamte overwinnen als ze bepaalde dingen vertelt of stukjes van zichzelf laat zien. Dat soort aspecten komen er allemaal bij kijken in het toewerken naar. Oriënteren hebben we ook gedaan. Wat ik zelf merk en ook van anderen hoor, is ze kunnen prima bij de behandelaar oriënteren en ook dingen in het dagelijks leven redelijk goed onder controle hebben, maar als ze dan inderdaad bij de PMT-zaal komen dan is het weer een heel ander verhaal. Omdat er weer andere dingen getriggert worden. Dus dat moet je allemaal weer opnieuw voor het eerst doen **Dus opnieuw leren oriënteren, opnieuw het veilig, maken opnieuw het contact maken.** Ja precies en eerst met de ruimte, met mij en daarna met zichzelf.

Dus eerst met de ruimte, dan contact maken met jou en dan met zichzelf? Ja en dan met het lichamelijke traumastuk. Is dat contact maken met zichzelf nog altijd met als Thema oriënteren? Ja, contact maken en oriënteren in een ander kader. Het is dan meer oriënteren van wie ben ik eigenlijk en wat gebeurt er met mijn lijfelijk. En wat zijn mijn sterke kanten en wat niet. Dus dat is wat ander oriënteren, contact maken wel. Zichzelf leren kennen daarin.

Dus eerst in de ruimte met jou? Dan in de ruimte contact maken met zichzelf, wat gebeurt er en wie ben ik. Wat zou dan nog een vervolgstap kunnen zijn in de eerste fase?

Contact maken met hun andere kant met de Emotionele persoonlijkheden. Als die er niet al zijn en dan is het contact maken met de ONP. Dus dan krijg je dat stukje samenwerking wat dan komt. En dat bevindt zich ook in het lijf. Bepaalde dingen die worden afgesloten of via het lijf kunnen bepaalde dingen al wel naar voren komen terwijl ze het zelf nog niet echt naar voren kunnen brengen. Maar dan merk je wel dat bepaalde lichaamsdelen in ene meer aanwezig gaan zijn. Het lichaam daar zit het natuurlijk allemaal wel in. Dan zie je ook dat er meer eenheid te zien is in het lichaam of in eerste

instantie vaak juist verschillen zichtbaar worden, waarna gekeken wordt hoe hier meer eenheid en samenwerking in te krijgen. Ik doel hierbij op samenwerking tussen de verschillende delen.

Zou je groepsgericht of individueel PMT aanbieden?

Ik heb geen idee, ik heb nog nooit een DIS-groep gehad. Vanuit mijn eigen onervarenheid zou ik zeggen doe eerst maar individueel. Dan kan ik meer zicht krijgen op hoe het eigenlijk nou allemaal werkt, maar als je echt ervaren zou zijn dan zou ik het niet weten, wat nu het best voor de doelgroep zelf zou zijn.

Heb je een bepaalde therapeutische houding in het werken met deze doelgroep in de eerste fase?

Ja, ik merk er erg naast te gaan staan. Heel erg het niet oordelen, zeg maar de mindfullhouding: het niet oordelen en hier en nu zijn heel belangrijk, open en nieuwsgierig; ik probeer ze ook wel echt nieuwsgierig te maken. Ook het compassie, ze zijn zelf vaak heel streng en oordelend, het gaat bijvoorbeeld heel erg over zelfzorg en het met warmte naar zichzelf mogen kijken en naar het lichaam.

Dus dat je dat er eigenlijk naast zet die warmte, naast hun strengheid? Ja precies

Dus belangrijk zijn: niet oordelen, in het hier en nu blijven, zelf open en nieuwsgierig blijven en de compassie?

Ja, ik denk dat de belangrijkste zijn. En dat doe ik door naast de cliënt te gaan staan en niet er tegenover. En wat ik ook wel een hele belangrijke vindt is het spelen. En dan niet het spelen per definitie vanuit de kinddelen, maar het door spelen leren experimenteren, ontdekken, nieuwsgierig worden. Dan probeer ik ook wel echt in mijn houding door te laten komen.

Zijn er bepaalde interventies die jij specifiek bij deze doelgroep toepast?

Ik benoem wat ik doe of wat ik ga doen en dan heb ik het bijvoorbeeld heel letterlijk over het pakken van materiaal.

En waarom doe je dat? Omdat ze anders nog wel eens kunnen schikken, met alle gevolgen.

Ze zijn veel sneller van dat soort dingen ontregeld.

En ik laat ze veel meer (als ik het doorheb dat ze ontregeld zijn of als ze dat zelf benoemen) de veiligheid checken.

Heel letterlijk checken, sommige willen echt de deur voelen of kijken of er iets achter de deur is of willen de deur barricaderen, omdat er per ongeluk iemand is binnengekomen en dat laat ik wel echt doen.

Alleen bij persoonlijkheidsproblematiek doe ik dat toch wat minder snel dan heb je het erover en dan benader ik dat op een andere manier dan dat ik ze het heel concreet laat doen.

Het doel van controle voelen en krijgen is hetzelfde alleen de vormgeving is dan anders.

Hoe werk je nu met deze doelgroep, bewegings- of lichaamsgericht?

Zit ertussenin.

Waar baseer je op wanneer je lichaams- of bewegingsgericht met een cliënt gaat werken?

Nou als het echt gaat over uiten, als het meer gaat over uiten en vormgeven zou ik dit eerder bewegingsgericht doen.

Heb je daar een reden voor?

In het overspelen met een bal merk je vrij snel het is prettig wat harder te spelen met de bal en op die manier te ontladen. En daar zit ook denk ik toch wel dat je heel duidelijk kan afwisselen tussen hard-zacht, dus het nuanceren kan je er heel makkelijk mee doen, het controleren, dus dat het niet alleen maar van je afgooien blijft maar je ook daadwerkelijk controle gaat voelen. En al dat soort elementen kun je makkelijker in bewegingsgerichte activiteiten vormgeven en ook nog bespreken door het nog wat luchtig te houden, zodat het niet meteen heel heftig en heel zwaar wordt.

Dus dat luchtig houden is ook belangrijk om ze erbij te kunnen houden waarschijnlijk?

Ja

Wanneer ga je juist lichaamsgericht werken?

Als je merkt dat ze vastzitten in bepaalde bewegingen, in de bevrozing bijvoorbeeld, dan ga ik wel sneller wat lichaamsgericht werken.

En waarom doe je dat juist bij het bevroren?

Nou dat komt denk ik ook door de training die ik gedaan heb de sensorimotor therapy, want die is natuurlijk heel lichaamsgericht. Ik denk dat het daarmee te maken heeft.

Dus dat je ze vanuit dat wat ze voelen en ervaren (het traumadeel), dat je ze dat probeert te laten ervaren en ze bewust probeert te laten worden.

Ja precies. En dat doe ik ook wel de hele tijd door, maar juist dan zou ik meer op dat niveau de interventie doen. Ik ben wel de hele tijd bezig hoor met goh, waar merk je dat dan aan en waar herken je dat dan aan?

Welke PMT werkvormen zijn het meest effectief bij deze doelgroep of gebruik je veel?

Nou de mindfull oriëntatie die doe ik altijd en daar hoor ik altijd positieve reacties op van de cliënten. Maar dat is ook de enige werkvorm die ik standaard doe.

Je hebt gezegd met voorzichtigheid is PMT bij deze doelgroep geïndiceerd, wanneer weet jij dat de PMT bij de doelgroep effectief is?

M.n. over wat ze er zelf over rapporteren en wat de verwijzende behandelaar erover rapporteert.

En wat zouden ze dan moeten rapporteren om te kunnen aangeven het is gelukt deze therapie?

Als het gaat over het oriënteren, dat ze voorbeelden kunnen noemen wanneer ze dan meer in het hier en nu zijn en dat ze vaardigheden kunnen benoemen waardoor dat komt, die ik dan heb mede bijgedragen. Dus echt heel letterlijk, als je kijkt naar de doelen, wat rapporteert zij daarover terug en wat heeft de PMT daaraan bijgedragen. Eigenlijk alleen maar dat.

Dus je gaat de doelen na en of die behaald zijn?

Ja en of de weg ernaartoe op zich hé. Wat ik zei over die ene vrouw die wilde leren omgaan met haar boosheid in het hier en nu. We zijn nu een jaar bezig en dat kon ze echt nog niet benoemen aan het begin in de eerste 6 weken evaluatie, dan heb ik altijd mijn eerste evaluatie van hoe gaat het? Klikt het? Zitten we op de goede weg? En kan ze zich enigszins openstellen voor de PMT. Dan zitten we echt in die voorbereidende stappen naar het doel toe. Maar in die zin wel altijd gerelateerd aan het uiteindelijke doel.

Zijn er PMT-methodieken die juist helemaal niet goed aansluiten bij deze doelgroep?

Te openlegend, je moet wel een hele steunende en ondersteunende houding hebben. En een heel steunende en gestructureerde therapie ook, heel gekaderd.

Is PMT in de 1^e fase van behandeling van DIS te onderscheiden van overige therapievormen?

Ja, ik denk dat, dat anders is als bij andere doelgroepen. Het is wel leuk want ik ben net met een collega een presentatie aan het opzetten met het onderscheid tussen beeldende, verbale en pmt. En daar kwamen we er zelf op uit als je de verbale therapie hebt dan heb je het vaak over de dingen, over de dingen die thuis gebeurd zijn, over de dingen in het dagelijks leven of over de dingen die in de ruimte zelf gebeuren, bijvoorbeeld wat er tussen de cliënt en de collega gebeurt, maar dat gaat er echt over. Bij beeldend, daar zit je gewoon op een stoel, dan staat er een tafeltje tussen in en dat is in die zin een hele gestructureerde setting. Bij de beeldende therapie staat er nog steeds een tafel tussen, in die zin is het heel gestructureerd. Maar probeer je, je innerlijke wereld al vorm te geven buiten jezelf. Dus dan wordt het meer, je armstuk is dan meer je verlengde, waarmee je het vormgeeft buiten jezelf, waardoor het ook zichtbaar wordt en blijft. En dat is dan weer het verschil met PMT want dat blijft vaak niet zo zichtbaar, zeker als je het hebt over de spelen/ de spelactiviteiten. Bij PMT verdwijnt vaak die tafel en die stoel en sta je dus met jezelf in de ruimte. Je geeft met jezelf de dingen vorm en weer. En dat geeft een hele andere interactie al. Vaak wordt PMT ook ervaren als heel bedreigend en onveilig. Maar dat heeft volgens mij ook heel erg daarmee te maken.

Juist omdat het zo op de persoon zelf zit.

Ja, het lijf, daar zit niks meer tussen en dat voelen ze vaak ook wel zo. Ik denk dat dit bij andere doelgroepen ook wel zo is, maar dat heeft bij trauma en DIS een heel ander effect.

En er worden dus verbalenonderdelen, PMT en beeldend gegeven?

Ja

Waar zitten de overlappen tussen die therapievormen?

Nou ja je werkt allemaal aan hetzelfde en als je echt naar inhoud gaat kijken dat hangt van de therapeut af. Ik ken verbaal therapeuten die heel erg lichaamsgericht werken, met houding, lichamelijke sensaties en gevoelens bezig zijn en ik ken ook therapeuten die dat helemaal niet zijn. Daar hangt het vanaf. Als je een hele cognitieve therapeut hebt dan is het verschil tussen PMT en het verbale blok natuurlijk wel duidelijk, maar is dat niet zo, dan dus minder.

Worden binnen overige therapieën ook elementen uit de PMT gebruikt.

Dat ligt aan de behandelaar/ therapeut.

In hoeverre heeft PMT een aanvullende/meerwaarde t.o.v. overige therapievormen in de 1^e fase van behandeling?

Het enige wat ik kan bedenken is dat in het lichaam ook het trauma verborgen ligt. En als dat enigszins behapbaar is bij de cliënt, het mij belangrijk lijkt hier ook wat mee te gaan doen.

Ook in die eerste fase?

Juist ook in die eerste fase van behandeling. Maar ik kan me voorstellen bij iemand bij wie dat helemaal fobisch is, je even wacht tot het wat minder fobisch is. Dus of je bij het eerste contact moet doen is de vraag, maar de eerste fase kan soms al heel wat jaren beslaan, ik zeg niet dat ze dit bij het eerste contact moet doen, maar wel ergens in de eerste fase. En bij sommigen zal het helemaal niet mogelijk zijn. En dan moet je dat denk ik ook niet doen

Dus wanneer de fobie voor het trauma nog te groot is moet je nog niet met PMT beginnen.

Nee, de fobie voor voornamelijk het lichaam. Soms werkt je nog helemaal niet aan het trauma en loop je in het hier en nu wel tegen allerlei dingen aan. Ik kan me voorstellen dat je hen in het hier en nu vertrouwd kan maken met het lichaam als helpende factor dan als enkel bedreigende factor.

Dus alleen daarom al, want als je elke keer dissocieert als je maar een beetje angstig wordt, dan kun je niet leven! Dus dat is denk ik toch waar je echt wel wat mee moet. Maar ik denk dat je dan aan het eind van de eerste fase als PMT-er pas in zicht komt, dat is natuurlijk heel wat anders als iemand nog best wat lichaamsbesef heeft.

Dus dan is het ook de vraag in hoeverre zo iemand in een groep zou kunnen functioneren.

Ja, precies

En zijn er nog meer contra-indicaties voor Dis en PMT in die eerste fase?

Nou misschien ook als iemand nog heel weinig kennis heeft van zijn eigen stoornis dat het ook te bedreigend kan zijn, dat ze de hele tijd switcht in een andere EP en dat ze daar geen controle of zicht op heeft. En dat switchen, kan natuurlijk wel gebeuren bij de PMT. En dat, dat dan te beangstigend is. Dat ze dan te veel gevoel krijgen van controle verlies. Omdat ze de hele tijd maar dingen niet meemaken en er van alles gebeurt natuurlijk en in gang wordt gezet, want als zij daar niet altijd zicht op hebben, dan heb jij als hulpverlener daar ook niet altijd zicht op. Dat zou een contra-indicatie kunnen zijn.

Na opgehangen te hebben vanmiddag, bedacht ik mij nog 2 opmerkingen.

1. Je vertelde dat je achtergrond van je onderzoek de reden is dat in de groep die je draaide mn de mensen met DIS (strek) ontregelden in een groep met CPTSS en DIS (Als ik je goed begrepen heb).

Vandaar uit mijn eerste toevoeging:

Wat we niet zo concreet besproken hebben, is dat er op het traumacentrum in Zeist, gekozen is om CPTSS en DIS / DS NAO niet in dezelfde groep te plaatsen! Ze krijgen dus een andere behandeling cq aanpak, al is die in grove lijnen gelijk. Ik sta hier tot nu toe wel achter.

Soms blijkt de diagnostiek bijgesteld te moeten worden als ze enige tijd in behandeling zijn. In de grenzengroep hebben we zo inmiddels 2 personen gehad, waarvan in eerste instantie gedacht werd aan CPTSS en later bleek DS NAO. Op grond hiervan, en van horen zeggen, kan ik me voorstellen dat een gecombineerde groep minder goed werkt. Gezien ik zelf nog maar weinig ervaring hierin heb, is mijn gedachtegang meer hypothetisch van aard nog, maar ik heb het idee dat dan bij eenzelfde aanpak DS NAO cq DIS vaker ontregelen dan CPTSS. Hiermee bedoel ik dat je bij DIS bepaalde reacties van pt bv andere psychoeducatie zal geven dan bij CPTSS. Mijn ervaring is dat psychoeducatie zeer ondersteunend werkt bij deze doelgroep en dus angst verminderd. Ook kan ik mij voorstellen dat je bepaalde oefeningen, minder bij DIS aanbied of nog meer structureert cq in kleinere stapjes aanbied, bv oefeningen met meer met interactie gecombineerd met het thema grenzen zichtbaar maken cq aangeven. Bij deze oefeningen ontregelden vaak de DS NAO mensen, terwijl deze voor de CPTSS, alhoewel zeer spanningsvol, te doen waren.

2. Werd me nog bewust van nog 2 verschillen in aanpak cq manier van werken met trauma ivt andere doelgroepen; zeer kleine stapjes cq met veel tussenstappen. Een oefening als eigen plek maken (en ik in 1 keer aanbied bij een groep met persoonlijkheidsproblematiek) kan ik nu bv wel 3 keer overdoen.

Tevens probeer ik in 1 sessie ook altijd iets ontladends cq iets waaraan ze plezier aan beleven, aan te bieden. Dit doe ik zeker niet standaard bij Persoonlijkheidsproblematiek en dit heeft mn te maken met het bewust worden en vertrouwd maken om ook op een leuke manier met het lichaam bezig te zijn. Dit laatste geldt dan voor mijn werken met CPTSS, maar ik kan me goed voorstellen dat ik dit ook zou nastreven bij DS NAO / DIS. Weet dan alleen niet hoe dit zal uitpakken.

Transcriptie respondent 6:

Is in uw ogen ieder cliënt geïndiceerd voor PMT?

Ja, PMT richt zich op het preverbale gebied, daar hoeft je niet veel voor te kunnen maar hoeft je er alleen maar te zijn en dan kunnen wij daarmee aan de slag.

Zijn er dan geen contra-indicaties voor PMT?

Nou er zijn in psychiatrische zin wel contra-indicaties. Als er bij een DIS bijvoorbeeld sprake is van een floride psychotisch toestandsbeeld dan hebben we even een probleem. Dan zullen we eerst dat beeld moeten kunnen herstellen tot aan de eerste vijf fasen door middel van psychofarmaca, een goede structuur op afdelingen en vervolgens als de veiligheid weer gegarandeerd is en het realiteitscontact herstelt dan kunnen ze weer gewoon komen op de PMT. Maar over het algemeen geen hele storende contra-indicaties bij mijn weten.

Als er sprake is van ernstige mate verstandelijke beperking dat je daar je vraagtekens moet zetten hoe je dat gaat behandelen.

Vanuit welke behandelvisie of methodiek worden getraumatiseerde cliënten en cliënten met een dissociatieve identiteitsstoornis op de afdeling waar u voor werkt behandeld?

De fasegerichte traumabehandeling en in de fase liggen een aantal thema's, dus getraumatiseerd. Dan moet je denken aan de thema's: Veiligheid, Ruimte. Binnen deze twee thema's gaat het dan over ik, ik en de ander en ik en mijn omgeving. Bij het begrip ruimte is het erg belangrijk dat de cliënt het besef heeft dat zij werkt en de therapie haar ruimte is. En dat ik er ben voor de cliënt en niet andersom en dat wordt heel helder ook naar de cliënt toe verwoord.

Wordt dit ook in alle therapieën zo neergezet of is dit specifiek voor PMT?

Ja alle PMT-ers werken op deze manier. Psychiaters hebben andere modellen, andere vaardigheden maar werken ook fasegericht. Wij bij de ervaringsgerichte therapieën werken dus fasegericht met de belangrijkste themata die er gewoon zijn in het leven in zijn algemeen. Dus veiligheid, ruimte, controle, alle PMT-thema's komen aan de orde. Maar in eerste instantie gaat het over zij in de ruimte met mij, en ik ben een man wat een extra moeilijkheid is. Mijn man zijn heb ik daarom ook nadrukkelijk benoemd en dat dit niet een groot onoverbrugbaar obstakel is voor de therapie voor de vrouw. Het kan ook een correctief moment zijn, omdat ik met mijn eerste interventie ook al zeg; ik ben er hier voor jou, dat is iets wat erg fors kan ontregelen. Het gegeven dat ik als man er voor de vrouw er ben en het hier haar ruimte is, is al stof voor therapie. Omdat ze als vrouw niet eerder hebben meegekregen van een man: ik ben er hier voor jou. En het feit dat ze hier voor zichzelf zijn en niet voor mij en ik als man er voor hen ben (want getraumatiseerde vrouwen die zijn niet meer dan materiaal om lusten op bot te vuren, dus men voelt zich meer een ding en zo hebben ze zich ook leren ervaren) is dat iets wat in hun beeldvorming niet klopt.

Voortschrijdend zal het ook zijn dat ik accepteer dat zij mij niet vertrouwd.

En dat doe je ook met de cliënten met DIS?

Ja, en bij cliënten met DIS is het daarnaast ook; wie regelt het hier en nu contact, met wie kan ik hier afspraken maken, wat kunnen we hier niet en wat kunnen we hier wel, wat doen we als. En dat we in de organisatie van de DIS-ers kijken met wie we zaken willen doen en ook daar is de interventie vaak; Ik wil alleen met volwassenden spreken. Dat is ook heel raar, want ik heb vaak vrouwen gehad waarbij (als het gaat over alters) de 15-jarige vaak het hoofdwoord voerde, omdat ze heel moedig waren en heel onderzoekend waren. En ook dat is dat stof voor therapie omdat je dan over het algemeen te maken hebt met para-identificatie. Een gepara-identificeert deel wat eigenlijk het hier en nu contact organiseert voor een volwassen vrouw en daar vind ik van dat, dat niet kan. Dan hebben we even ruzie over met wie er contact gevoerd gaat worden.

waardoor er ook ruimte komt voor de andere delen?

Ja, ook dat. Maar het gaat er vooral om dat je dan educatie geeft over het waarom en dat je niet afwijst dat ze er is en dat je begrip toont dat de keus gemaakt is om volwassenen niet te vertrouwen en de volwassenen alters niet aanwezig te laten zijn. En in de therapie zal het gaan om het toch aanspreken van de volwassen alters op hun verantwoordelijkheid van het volwassen zijn. En dan ontstaat er in het proces een veel gelijkwaardigere relatie en dan gaat het over **macht en onmacht**.

In hoeverre komt u op uw werkplek in aanraking met mensen met een dissociatieve identiteitsstoornis?

Dat is afhankelijk van verwijzingen. Wij hebben hier een grote GGZ instelling die werkt met zorgprogramma's, daar zit spoed, gecompliceerde persoonlijkheidsstoornissen, complexe stemmingsstoornissen en een afdeling psychotische stoornissen bij. Op alle vier de afdelingen kan het zo zijn dat een cliënt met ernstige traumatische ervaringen en waarbij ook het vermoeden is van dissociatie terecht komt. Wanneer ze uit de omgang vallen bij groepsgericht werken en als dat aan de orde is dan worden ze veelal direct verwezen naar de PMT. Wij hebben een team met vrouwen en een team met mannen. Op dit moment de helft vrouwen en de helft mannen. OP dit moment zijn er een tweetal vrouwen die heel goed zijn in het werken met getraumatiseerde vrouwen en ook met DIS en ik ben de man die daar de meeste ervaring mee heeft en een jonge mannelijke collega die daar zijn eerste ervaringen nu mee heeft. Dus het werk wordt op deze manier ook voortgezet. Wanneer een casus wordt besproken wordt er strategisch gekozen of voor een man of voor een vrouw. Maar we zullen hierin niet per definitie van de behandelaar voor een vrouw of man honoreren. Ik wil dan eerst spreken met de vrouw om tot een conclusie te komen.

Niet iedere getraumatiseerde cliënt die hier binnen komt bij de GGZWNB krijgt PMT. Vaker hebben cliënten hun leven ook zo ingericht dat zij ook voldoende ordening, herstel en structurering. En dan niet in aanmerking komen voor verdergaande onderzoekende en structurerende PMT.

Op welke manier komt u in aanmerking met de doelgroep?

Als we aan een zorgprogramma verbonden zijn dan zitten we aan tafel en dan hebben we er als eerst mee te maken dan praten we over de doelgroep getraumatiseerde mannen/vrouwen. Praten we over DIS dat is een specifieke problematiek die je niet dagelijks tegenkomt. Dus dan hangt het af van de kundigheid van het behandelprogramma die deze problematiek kan herkennen. En ook weet heeft dat de deskundigheid in huis is. An dan komen we ermee in aanraking.

Heb je een aanvullende of afwijkende behandelvisie dan die van je afdeling of verwijzers?

Over het algemeen is het complementair. Maar meestal is het zo dat men niet verder komt met de organiseren en de structurering van de DIS. Dus er lopen zoveel zaken door elkaar dat niet iedereen ermee uit de voeten kan. Dat ervoor gekozen is om dat op orde te zetten, te structureren, te ordenen en goede afspraken te maken, om het systeem te kunnen organiseren en daar wordt dan de PMT-er ook voor ingeschakeld.

En dan bedoel je het systeem om de cliënt heen?

Nee, het systeem in de cliënt in kaart brengen.

Hoe geeft u de PMT in de eerste fase vorm bij DIS?

Ik werk in een kleine ruimte en daarin ligt heel wat klein materiaal waaronder balletjes, speelmateriaal, matrassen, zacht en hard materiaal. Dan kun je, je voorstellen dat ik vraag; Welke plek zou voor jou een plek zijn waarin je met mij zou kunnen praten. Hoe zou dat eruit zien en wat heb jij daar voor nodig? En dan nodig ik de cliënt uit om gebruik te maken van het materiaal en een plekje te maken die voor haar het mogelijk maakt om met mij te spreken. En als de plek het haar mogelijk maakt dan onderzoek ik of het voor haar veilig zou kunnen zijn. Of we dat zo zouden kunnen noemen. Dan krijg je n.a.v. keuze van de ruimte het kunnen komen tot een oordeel erover geven, veilig of onveilig of het kan wel het is een soort compromis plek. Van daaruit kun je andere dingen gaan doen. Wie kan er allemaal in de plek zijn. Zijn er allemaal delen die je in jezelf voelt of vindt je dat die een andere plek nodig heeft die er anders uitziet en hoe ga je dat dan doen? En van daaruit zie je dat andere delen andere plekken maken. En ik heb ook pen en papier, de plek mag dus ook getekend worden en er mag ook geschreven worden.

Ik hoor dat je de regie voornamelijk bij de cliënt laat.

Ja, en eigenlijk gaan we werken rondom het thema veiligheid en er kunnen zijn met mij in de ruimte en begrippen introduceren. Zodat er meer structuur komt in het denken en structuur in onze taal, zodat we over hetzelfde kunnen spreken.

En vanuit die structuur ga je aan de slag met de verschillende delen die er aanwezig kunnen zijn?

Ja, die kunnen en mogen en goh zijn er ook nog die niet durven en is het oké dat we voor die dan een geheim plekje maken. En dan een geheim plekje in deze ruimte. Soms wordt er gebruik van gemaakt en soms ook niet. En ik werk met de cliënt van groot naar klein. Hoe volwassener hoe groter de draagkracht van de alter is en 'minder erg' de trauma's zijn, hoe kleiner het kind, hoe groter het trauma. En dat is het laatste in de therapie waar we aankomen.

Dus worden de volwassen delen in de PMT naar voren gehaald en daarna komen pas de kinddelen naar voren.

Ja, en ik merk m.n. ook dat de volwassendelen sturing moeten houden op het hier en nu. Ik maak laten we zeggen para-identificatie ten gevolge van seksueel misbruik tracht ik ongedaan te maken door volwassenen aan te spreken op hun verantwoordelijkheid die volwassenen heeft.

Is dat om het hier en nu in de eerste fase van behandeling vast te houden?

Ja inderdaad. En dat de cliënten zelf controle houden daarop. En in die eerste fase bestaat ook uitleg over het begrip dissociatie en overlevingsmechanismen, de kracht van dissociatie en wat de voordelen daarvan zijn. Maar ook wat nu het nadeel daarin is. Dus als je dissocieert heb je geen controle meer op het hier en nu van jouw situatie en ik kan me voorstellen dat je dat anders wilt. Dan je die vragen aan de cliënt voorlegt en in ieder geval voorlegt dat het hen altijd goed heeft kunnen helpen. Maar als ze nu anders willen dat ze natuurlijk andere keuzes moeten maken. Dan hoor je inderdaad dat de verantwoordelijkheid bij de vrouw komt te liggen. Angsten komen aan bod, dus de gevoelens worden onderzocht, daar zoeken we ook vormen voor om dat te kunnen uiten. Dat kan met materiaal, er kan geslagen worden, er kan samengespeeld worden, er kan ook gedanst worden, met kleintjes kan het ook dansen zijn want dat vinden ze nog welleuk, we kunnen zelfs in de ruimte verstoppertje spelen als het nodig is. In het begin van de bijeenkomst maken we altijd goede afspraken hoe we beginnen en ook over hoe we eindigen. En met wie ik eindig, zodat het nooit kan zijn dat ik aan het eind van de sessie met een kindalter me een slag in de rondte moet werken, omdat er geen volwassenen in de buurt is.

Is dat ook weer om de structuur vast te houden?

Ook dat, maar ook om die verantwoordelijkheid opnieuw bij de volwassen delen te leggen en ook indirect de verantwoordelijkheid bij de vrouwen te leggen in die zin dat het nu mag. En het begrip verantwoordelijkheid is natuurlijk een heel beladen begrip die later in de therapie aan bod komt. In de tweede fase van therapie ga je dit begrip pas doorwerken want het besef bestaat dat je kan kiezen dat je het anders kan doen, dan ontstaat er ook een schuldgevoel en een verwijt naar zichzelf dat als ze het nu kunnen, ze het toen niet hadden gedaan. Want als ze het toen hadden gedaan hadden ze het misbruik kunnen stoppen. Dus het begrip van verantwoordelijkheid daar ben ik heel erg zorgvuldig in en kijk ook vooral naar non-verbale signalen in de betekenis van angst en woede en ook signalen van dissociatie om uit het contact te breken. Om dan ook uitleg te kunnen geven aan het begrip van verantwoordelijkheid nemen. Wat je daarmee bedoelt en niet bedoelt dat ze zich met opzet hebben laten misbruiken of dat ze daar aan hebben meegeholpen. Het belangrijke is dat we het over hele duidelijke begrippen hebben, maar die bij getraumatiseerde vrouwen een heel andere betekenis hebben. Omdat ze juist een trauma hebben meegemaakt. Dus als wij heel vroeg al beginnen over draag je verantwoordelijkheid en je zegt dat heel sterk dan retraumatiseren we hen omdat ze juist het besef hebben van dat ze nu andere keuzes kunnen maken en zichzelf de schuld geven dat ze dat anders hadden moeten doen.

In de eerste fase richt u zich m.n. op het hier en nu, zelf controle houden, u geeft psycho-educatie over DIS, u gaat met de angsten aan de slag en gaat de het innerlijk systeem structureren en u heeft het nog niet over verantwoordelijkheden, die komen in een later stadium aan de orde. Zijn er andere thema's die ook belangrijk zijn maar de revue nog niet hebben gepasseerd?

Wat ik al zij dat ze mij niet hoeven te vertrouwen, maar dat, dat iets is wat we samen oppakken. Dat, dat met mij te maken heeft maar ook met haar. Dus als het wantrouwen iets is wat we niet kunnen doorwerken, is dat ook iets waardoor we onze therapeutische relatie moeten bespreken. De therapie is eigenlijk het met elkaar een relatie aangaan. De PMT-er met de vrouw een relatie aangaat waarbij de gevolgen we samen op moeten pakken. Dus ik ben ook degene die een rol speelt in het verstoren van ons evenwicht. En als dat aan de orde is en we kunnen niet verder met de thema's, dan heb ik het er over; wat gebeurt er tussen jou en mij? En dan gaat het over het therapeutisch contact. Het gaat erom een relatie aan durven gaan in het hier en nu waarbij je het anders kunt laten verlopen, waarbij je

keuzes kunt hebben mij aan te spreken op het moment dat zij iets niet wil hebben of waar ze angstig van wordt. Het is mijn verantwoordelijkheid en mijn kundigheid ook om te kijken naar non-verbale signalen die de aanpassing ook tackelen daarbij.

Ais je er de tijd voor neemt (want in de huidige GGZinstellingen zou je onder de druk van huidige financierstromingen geen tijd nemen voor deze specifieke problematiek dan ben je kansloos en als je, je verbind met deze vrouwen betekend dat je daar je verbind om het gewoon ook af te kunnen maken en dat betekent dat je een vrouw lang in therapie kunt hebben.

En dat ze kunnen komen waar ze zouden moeten komen, dat ze meer een geheel wordt?

Ja klopt, want op het moment dat je therapie aangaat en we zorgen dat we een veilig hier en nu contact kunnen zorgen, waarin veiligheid kan worden gevoeld, zodat er vertrouwen kan ontstaan, dan zul je ook stappen moeten maken om de pijn te kunnen doorwerken. De trauma's te kunnen benoemen te kunnen zien, te kunnen ervaren in zoals het voor hun was en mogelijk anders te laten willen laten aflopen, te zeggen wat ze willen zeggen, willen doen om dat te willen doen. Dit betekent ook dat we hun die ruimte moeten kunnen laten, ongeacht wat onze andere mensen daarvan vinden. Tot nu toe is het zo dat de behandelaars waar ik mee werk dat ook respecteren en dat betekent dat we na een hele intensieve periode (ik heb bijv. een mevrouw 2 jaar wekelijks gezien en nou zie ik haar 1 keer per jaar om het zorgvuldig af te bouwen) waarin liefst de man vanuit de thuissituatie ook een belangrijke rol krijgt. Het is heel mooi om te zien wanneer een man betrokken wordt bij de therapie en hem een rol kan geven in de innerlijke organisatie van de vrouw. Zodat deze manfiguur de innerlijke organisatie ook kan laten bestaan. En uiteindelijk zie je ook dat de kleine delen ook aan bod kunnen komen, waardoor de grootste trauma's ook doorgewerkt kunnen worden. Maar dat het altijd het contact met het hier en nu kan plaatsvinden. Dan is het voor mij een duidelijk signaal dat de vrouw enorm is gegroeid. En dat het begrip verantwoordelijkheid ook een begrip is die betekenis heeft, dat het geen schuldgevoelens geeft en dat het ook correctief werkt dat je nu andere keuzes kunt maken, om het anders te laten verlopen.

En dan moet je eigenlijk de tijd nemen na te gaan welke gebeurtenis vervelend is geweest en nagaan welke rol heb ik als therapeut daarin. Dit doe ik juist in de eerste fase, omdat er juist in het contact veel dingen gebeuren en om te kunnen begrijpen wat er gebeurt in het contact tussen haar en mij.

En dat zij ook van mij gaat horen dat ik hier stuur en dat als wij samen hier zijn het best wel eens zou kunnen zijn een vuistregel is alles doen en laten en het kan best wel zijn dat de vrouw zich aanpast aan de man, aan mij dus, en verzwijgt dat ik gewoon hele nare vragen heb gesteld en dat ze daar ontregeld van is geraakt om mij maar te sparen. Nou dan breng ik dat aan, nogmaals oog hebbende voor onuitgesproken boodschappen, non-verbale communicatie, kan die vraag gesteld worden. En voelt de vrouw zich betrappt en dan beschaamd, dan kan ik uitleg geven dat het een gevolg is van het getraumatiseerd zijn. Je bent zo gericht op de ander dat je vergeet wat jij zelf eigenlijk wilt en jij bent hier nu aan de beurt. Maar op dat stuk is het heel erg ingewikkeld omdat het ook intern heel veel conflicten geeft omdat eigenlijk van alles tegelijkertijd van alles wil! vertellen. Het moment dat ze het gevoel hebben dat ze kunnen zijn wie ze zijn en er niet gestreefd wordt naar hun uit het leven te laten verdwijnen, maar met respect voor wat ze bieden te laten bestaan. Maar dat we zoeken naar een interne samenwerking. Dan komt er ontzettend veel beweging en ontzettend veel dynamiek en verhaal en wordt er vanalles ook verteld en wil vanalles en iedereen tegelijkertijd in dat uurtje aan de slag en dat kan niet. Vanwege het handhaven van de structuur is het belangrijk afspraken te maken met de verschillende alters. Wie eerst en wie daarna, spreek dat nou eens af met elkaar. Op het moment dat je daar invloed op hebt dan hebben ze meer controle op hun binnenwereld. En dan zijn ze minder chaotisch in hun denken en dan heb je veel meer rust in het dagelijkse leven.

Dus die structuur handhaaf je ook door intern afspraken te laten maken.

Ja, te laten maken. In de zin van je moet het beschouwen als een hele grote familie en we hebben nou 1 moment dat we bij elkaar komen en jullie mogen er allemaal zijn. Dus ook zo'n uitnodigend karakter. Niet iedereen tegelijk, dat gaat niet, dan kan je niemand verstaan.

Heeft u op andere werkplekken ervaring opgedaan met DIS?

Nee, ik werk hier al 32 jaar en de kennis de ervaring en de kundigheid heb ik hier dus opgedaan.

Kunt u aangeven waarom u vindt dat PMT bij DIS cliënten in de eerste fase van behandeling ge(contra)indiceerd is?

Het is ervaringsgerichte therapie het is preverbaal en is in het hier en nu, alleen maar in het hier en nu en dat maakt dat PMT heel krachtig is. Deze vrouwen hebben direct invloed op het verloop van hun leven op het eerste moment dat ze met PMT beginnen. Het kunnen kiezen heeft al effect in hun leven. Het mogen kiezen in een ruimte. Het begrip ruimte al weten en voelen. En maakt dat daardoor de behandeling makkelijker wordt. Als die pijler daar zit, het ruimte in mogen nemen.

Dus als zij merken, ik mag mezelf belangrijk maken door ruimte in te nemen en door ook ruimte in te nemen t.o.v. de ander Ja en dat er letterlijk tijd wordt gemaakt van 1 uur bij 1 therapeut in 1 ruimte, dat is al voldoende boodschap om in behandeling te kunnen komen.

Dit gegeven speelt natuurlijk bij andere therapievormen ook en waarom is het dan juist bij PMT?

Omdat wij ervaringsgericht werken met het preverbaal stuk, de ervaringen waar ze geen woorden aan kunnen geven maar waar ze wel mee kunnen aangeven, ik vraag hun te laten zien wat ze bedoelen. Ze hoeven dus niet te vertellen, maar kunnen laten zien hoe angst eruit ziet of welke plek ze zouden innemen of hoe groot of klein ze voelen. En dan ontstaat er geleidelijk na die ervaring komt de taal of begrip. En dat het voor hun een beter gevoel wordt. We hebben geen abstracties meer, we hebben concreet ervaarbaar gewerkt. En als zij op de plek hebben gezeten (doordat ze hebben mogen oefenen) die niet prettig voelt voor hen, dan kunnen ze direct ergens anders gaan zitten. En dat is een hele directe, mogen en kunnen veranderen, met een direct ervaarbaar effect maakt dat PMT bij uitstek geschikt is voor in ieder geval vrouwen met dissociatieve stoornis of weinig taaiervaring, maar eigenlijk bij alle mensen met psychiatrische problematiek.

Aan welke doelen wordt er gewerkt om de PMT effectief te maken, ik heb reeds gehoord; in het hier en nu werken, controle behouden, beseffen wat is DIS en welke ...

Dat en dat je, je leven meer in eigen hand neemt dat is natuurlijk het einddoel. Als dat lukt en je krijgt dat goed georganiseerd dan heb je de behandeling niet meer nodig, dan kun je naar huis toe.

En wat zou het doel van de eerste fase zijn?

Veiligheid kunnen garanderen voor zichzelf. En als je dat al uitspreekt, veiligheid kunnen garanderen dan spreek je uit dat zij daar zelf voor gaan zorgen. Dan praat je over ik en de ander.

Groepsgericht of individueel wat is meest effectief?

In eerste instantie individueel, we hebben ervaren dat juist de veelheid van prikkels en de veelheid van onuitgesproken vragen in de groep ze niet kunnen hanteren en dat dit leidt tot chaos. In eerste instantie kiezen we ervoor individuele PMT op te starten met een doel. En op een later moment in de behandeling dit doel in een traumagroep samen verder door te werken met vrouwen met dezelfde problematiek. Maar de eerste fase van therapie is echt individueel.

In de eerste fase van behandeling welke therapeutische houding is effectief?

De houding is heel erg begrijpend, structurerend, heel uitnodigend. Dat is het eigenlijk.

En welke interventies zijn specifiek van belang bij deze doelgroep in de eerste fase van behandeling?

De interventie is: wat staat in de weg, dat is één. Wat wil je kwijt, als iemand iets kwijt wil betekend dat niet dat we daar iets mee moeten doen, maar soms is het ook gewoon een beetje zeiken en klaar en dat mag even.

Dus daar begin je iedere sessie mee?

En daarna gaan we naar de thema's waarover we het hebben gehad, het thema ruimte; hoe is het voor jou geweest op de afdeling, hoe heb je het gedaan. En dan gaan we verder naar de thema's die we afgesproken hebben met elkaar, die pikken we dat weer verder op. En het kan ook zijn dat n.a.v. het geen wat in de weg zit dat de cliënt daar iets mee wil of omdat ik vindt dat we daar bij stil moeten staan, omdat dat iets is wat we verduidelijkt moeten hebben dat is dan aanleiding tot stoppen.

Zijn er ook bepaalde werkvormen die jij gebruikt bij deze doelgroep die effectief zijn in de eerste fase van behandeling?

Het kan heel lichaamsgericht zijn maar ook heel bewegingsgericht, sport en spel activiteiten zoeken en dan via het bewegen ervaren en dan via de ervaring teruggaan naar lichaamsgericht werken.

Dus lichaamsgericht werken is de hoofdmoot

Ja

En via bewegingsgericht werken kun je de cliënten aan de gang krijgen?

Nou dan kun je het lijf passeren. Dus als de klachten heel erg present zijn en ze worden gestagneerd en er zit geen communicatie, dan kunnen we het niet hebben over wat er gebeurt. en als je situaties ontlokkend kunt maken waarin je de vrouw verleidt tot bewegen en gewoon door doen ervaren dan

passeren ze angsten en belemmeringen. Op een later tijdstip kunnen we daarop terugkomen, wat is er nu gebeurt, stop nu eens, wat zie je en wat voel je? En dan pakken we dat eruit en dan krijg je nu een oefening, laten we eens kijken hoe dit voor jou werkt. En dan gaan we daarmee aan de slag. Dus wat ik steeds zoek is; waar ligt de belemmering, wat heeft de vrouw nodig om te laten zien en te laten ervaren van wat nodig is, hoe kan ik haar laten stromen, hoe kan ik haar uitnodigen.

OM vervolgens daarop te kunnen terugkijken en reflecteren daarop.

Juist en wat ik noem het is gestructureerd werken, we houden vast aan waar we mee bezig zijn, we komen daar altijd op terug dus als je controle kunt krijgen op het hier en nu en op hoe ik in de wereld sta. Dan ga je ook controle krijgen op je gevoelens, je angsten, op wat er allemaal groot en zwaar is voor je en vervolgens heb je, je leven weer onder controle. En eer dat je daar bent, ben je genezen zal ik maar zeggen!

Wanneer is PMT effectief geweest bij deze doelgroep in de eerste fase van behandeling?

Als de vrouw haar angst kan verwoorden zonder zich daarin te verliezen. Het moment dat ze in therapie komen is het chaos en loopt alles door elkaar heen en hebben ze geen grip op wat er allemaal met hun gebeurt. En in de eerste fase is het de uitdaging om structuur in het denken en het handelen en het beleven te krijgen. En is daar grip op verkregen dan is de eerste fase van behandeling succesvol geweest. En dan gaan we door met die ervaring van dat en dan gaan we naar de tweede fase om van daaruit verder te gaan.

En meet je dat effect ook op een bepaalde manier?

Metten dat zou ik wel graag willen doen, maar op dit moment hou ik me meer bezig met het therapeutisch contact. En ik wil het meten het contact niet ten koste laten gaan. Ik ga nu uit van een subjectief meetbaar effect. Dus als de vrouw zegt; ik ben minder bang voor jou of ik vertrouw je niet maar ik kan in deze ruimte zijn. Dat betekent dat ze meer controle heeft over haar beleven en dan kunnen wij verder aan de slag. En dat is voor mij een voldoende duidelijk signaal dat ze toe is aan volgende stappen in de therapie.

Is PMT te onderscheiden van overige therapievormen die ook aangeboden worden in de eerste fasen van behandeling?

Beeldende therapie heeft zonodig een nog ontregelender effect, want het beeld wat ze dan maken is niet weg te poetsen, dus dat is iets wat veel confronterender is. Dat hangt natuurlijk ook van de therapeut af hoe ze daar met deze cliënten mee aan de slag gaat.

Ik vind het heel moeilijk om daar een goed beeld van te hebben.

Ik moet eerlijk bekennen dat er over het algemeen wel veel kennis over psychopathologie is en over traumabehandeling, dat wel maar niet specifiek over DIS. Daar komen een hele hoop zaken samen, over de kennis van psychopathologie van de psychodynamiek over trauma-effecten, gevolgen van trauma, dat komt allemaal bij elkaar. En je moet weten hoe dat te hanteren en te zien bij de vrouwen en daar je interventievaardigheden op toe te passen.

Hoor ik goed dat jij vindt, wanneer je met DIS wilt werken moet je daar gespecialiseerd in zijn. Ja, en dat is ook wat we toen bij de Nederlands-vlaamse vereniging van DIS ook vonden, daarvoor is die verenging ook opgericht. Omdat we wilden voorkomen dat iedereen maar lag te klooiën. Maar dat we proberen als we dan aan het klooiën zijn, langs dezelfde manier aan het klooiën zijn. Dan hadden we iets om over te spreken. Het is ook heel welkom dat deze verenigingen er zijn, zodat je, je kwetsbaar op kunt stellen en je vragen kunt stellen zonder dat je stom bent.

Wat dat betreft zou jij volgens mij stellen, dat het niet zoveel uitmaakt welke vorm therapie je aanbied, als je maar gespecialiseerd bent in DIS. Ja, als je maar weet wat je doet en weet wat de gevolgen van je interventies kunnen zijn.

In hoeverre heeft PMT in de behandeling met DIS in de eerste fase een meerwaarde of aanvullende t.o.v. overige therapievormen?

Omdat het niet alleen gaat om taal, het gaat uiteindelijk wel om taligheid om aan te geven wat je hebt ervaren. Maar het gaat vooral om het gegeven: PMT maakt het mogelijk dat wat je niet durft toch te doen, omdat de stap letterlijk genomen kan worden. En dan tegelijkertijd je ervaart wat die stap met je heeft gedaan. En je de ruimte laat om rustig te stappen en niet te springen. Dus dat is de kracht van de PMT dat dit veel controleerbaarder is. En dat je, jezelf meer kan begrenzen omdat t het direct ervaarbaar is.

Transcriptie respondent 7:

En als je algemeen stilstaat bij de vraag, is iedere cliënt geïndiceerd voor PMT, wat antwoord je dan?
Nee, wel de meeste maar niet allemaal.

Waar leidt jij de indicaties/contra-indicaties uit af?

Nou als ik merk dat iemand eigenlijk een andere hulpvraag heeft. Omdat ie eigenlijk een ander huis zoekt of zo, dat kom ik wel eens tegen. Of als iemand verslaafd is, ik heb een cliënt die ook zit bij een instelling zit (bij rijder) voor haar alcohol verslaving. Zij wordt op twee fronten behandeld eigenlijk. Maar als iemand echt gebruikt vindt ik dat een contra-indicatie.

Dus als iemand een andere hulpvraag heeft of actuele verslavingsproblematiek ten toon stelt.

Ja.

En ik hoor jou ook zeggen als iemand op een ander vlak ook behandeld wordt dus bijvoorbeeld als iemand aan borderline behandeld wordt, dan zeg jij we moeten niet ook nog op een ander vlak gaan behandelen bijvoorbeeld aan PTSS.

Nee, want ik heb best veel cliënten met PTSS die ook borderline trekken hebben. Omdat dat natuurlijk ook heel erg verankert zit in zijn persoonlijkheid/ in iemand omdat die vanuit zijn jeugd bij complexe trauma. Dus dat kun je niet los zien van elkaar vind ik.

Vanuit welke behandelvisie/methodiek wordt er bij jullie met CPTSS of DIS gewerkt?

Heel erg fasegericht, dus hoe iemand zijn ik-sterkte is, eerst vaak toch beginnen met stabilisatie en dan veiligheid de eerste basisveiligheid. Nou en als die stabiel is kun je naar de verwerking toe, als iemand daar tenminste aan toe komt. Er zijn ook mensen zoals dat zie je best vaak bij vluchtelingen dat het bij sommigen bijna chronisch is, dus dat het belangrijk is dat ze een stabiliserende behandeling hebben eerst hier. Waardoor ze het allemaal een beetje vol kunnen houden.

Oké waardoor ze het ook op een rijtje kunnen houden qua emoties en hyper en hypo-arousal?

Ja, precies of waardoor ze zich een beetje kunnen ontladen. En dan kun je naar de verwerking toe en hier wordt door psychotherapeuten veel met EMDR gewerkt. Mijn behandeling sluit daar dan op aan omdat ik ook heel verwerkingsgericht werk met iemand. Of omdat door de EMRD zoveel wordt opgelegd ik meer zit op het stabiliseren. Dat hangt er vanaf hoe sterk iemand daar al in staat.

Dus ook in hoeverre iemand al voldoende controle daar al over heeft, dat zij weer terug kan komen in het hier en nu?

Ja precies.

In hoeverre kom je op jouw werkplek als PMT-er in aanraking met mensen met DIS?

Wel veel met mensen die dissociëren of die tegen DIS aanzitten en erg fors dissociëren maar bij wie nog niet helemaal duidelijk is hoe het precies zit. Dat we ons met de hoofdbehandelaar afvroegen, moet deze mevrouw niet verder onderzocht worden op DIS. En ik werk nu een jaar met iemand, die zichzelf twee namen noemt. Met haar heb ik eigenlijk de meeste ervaring hiermee omdat ze ook zelf die twee persoonlijkheden van haar zelf benoemd.

En wanneer jij met deze cliënten DIS aan het werk gaat, werk jij dan aanvullend of hetzelfde zoals jouw afdeling doet?

Ze is nu in de fase dat ze dus bij de hoofdbehandelaar (een psychotherapeut) bezig is met imaginaire exposure. Dus dat ze echt wel naar de gebeurtenissen toegaat en bij mij is het nog veel meer, nou kent ze de hoofdbehandelaar ook langer, maar dat de hechting heel erg belangrijk is bij deze cliënten. En dat ik nu merk dat ze in de werkrelatie meer gehecht raakt. Want ze laat meestal alleen de harde kant zien met de daarbij passende naam. En ze begint nu steeds meer de zachte/kwetsbare kant, de kant die ze eigenlijk heel moeilijk kan laten zien, die begint er nu langzaam maar zeker wel wat meer doorheen te komen. Omdat ze jou ook meer begint te vertrouwen? Ja, dus dat is heel belangrijk.

Hoe geef jij de PMT vorm in aanraking met DIS-clënten, ik hoor nu al dat in ieder geval de hechting heel erg belangrijk is en het vertrouwen in elkaar erg belangrijk, zijn er nog andere dingen die jij doet om de PMT bij deze cliënten vorm te geven.

Nou ik werk vaak symbolisch, ook met symbolen. (ik werk individueel met de vrouw waar ik het nu over heb) Ik heb met haar voorgesteld om deel te nemen aan een relaxatiegroepje met andere vrouwen. Dat vond ze heel eng, want ze vindt het best wel spannend om in een groepje te gaan, dan komt haar harde kant al helemaal naar voren. Maar ik dacht die ontspanningsoefeningen zijn wel belangrijk vanwege de enorme spanning in het lijf. Dus ik dacht wat meer met haar met zachte dingen te werken, om die zachte kant op een gegeven moment wat meer naar voren te laten komen. Ze heeft deelgenomen aan die groep en dat was wel moeilijk voor haar maar dat heeft ze wel volgehouden en het was een hele goede oefening om toch contact met anderen te hebben. Op een gegeven moment ging ze het ook wel missen toen het afgelopen was. En ik merk dat de werkrelatie en de veiligheid die ze naar mij toe voelt ook vergroot is. En ik denk dat die relaxatieoefeningen ook heel goed zijn geweest ook omdat die de veiligheid in haar lichaam wat meer versterken.

Omdat ze er meer controle over krijgt, waardoor versterkte die veiligheid?

Nou ze haalt er maar een paar dingetjes uit die ze gebruikt, de veilige plek bijvoorbeeld en daar dan een gebaar bij te maken. Maar ik merk dan ook weer dat zij zich dan toch beschermd voelt en dat, dat dan al zoveel doet en dat gaat in hele kleine ministapjes allemaal. Maar dat ik haar gebaren zie maken uit zichzelf waarvan ik weet, o dat doet ze om nu wat meer grond onder haar voeten te voelen en om contact met zichzelf te blijven houden.

Maar dus ook dat ze merkt het contact met het hier en nu kwijtraakt en daarom die vaardigheden inzet? Ja precies. **Dus ze krijgt meer grip op in het hier en nu kunnen blijven.** Ja

Heb je op andere werkplekken ook ervaring opgedaan met deze doelgroep? Nee niet in deze mate. Heb je enig idee waardoor dat toen kwam. Ik werkte met mensen met autonomieproblematiek en die hadden vaak wat meer ik-sterkte. Dus die werden niet eens geïndiceerd voor de afdeling waarvoor jij werkte? Nee, want ik werkte bij een hele andere, we werkten daar in een deeltijdsetting, en dit is ook ambulante en die kwamen specifiek vanuit de levensfaseachtige problematiek, dus het was gewoon een hele andere doelgroep.

Kun jij aangeven waarom PMT wel/niet geïndiceerd is in de eerste fase van behandeling bij DIS?

Ik denk dat ik wat ik al zij over de relaxatietraining, dat veiligheid opzoeken in het lichaam, voor zover dat mogelijk is dat, dat heel belangrijk is, dat iemand meer grip krijgt. Ik zie dat ook met andere cliënten, dat ze nu na een jaar PMT, inziet hoe vaak ze wel niet heeft gedissocieerd. Dus ik denk dat het een enorme basis kan leggen ook voor de psychotherapeutische behandeling. Juist doordat ze die grip en veiligheid gaan ervaren van hun eigen lichaam. En ook dat ze dan voelen, oh nu ga ik er dus uit, uit mijn eigen lichaam als het onveilig wordt. Met een ademhalingsoefening als ze er te veel over na gaat denken dan stukt het gelijk weer. Dus je moet allerlei andere manieren bedenken die buiten het lichaam zijn soms, waardoor ze wat meer in haar lichaam komt. Dus soms moet je niet direct op het lichaam gaan zitten. **En dat meet je af aan de reactie van de cliënt op de aangeboden activiteit?** Ja.

En jij vindt dat PMT dus wel geïndiceerd in de eerste fase van behandeling bij DIS-cliënten. Ja. Hoe moet deze behandeling vormgegeven worden voor de cliënten in de eerste fase van behandeling, wil de behandeling effectief zijn?

Dat kun je eigenlijk niet zo globaal zeggen, omdat iedere cliënt en iedere persoon zo anders is. Als ik het heel algemeen zou zeggen zijn stabilisatie bijvoorbeeld d.m.v. zintuigoriëntatie, veilige plek, relaxatieoefeningen, krachtbronnen op zoeken dus juist kijken naar wat is er nu nog goed in iemands leven en dat doe ik dan vaak symbolisch kun je een symbool uitzoeken voor een iets dat op dit moment jou steun geeft, soms kan iemand daar helemaal niet bij en soms wel. Dus juist op de positieve dingen gaan zitten en die veiligheid proberen te vergroten of daar in ieder geval contact mee te krijgen en lichaamssignalen hiervan kunnen voelen.

En die relatie vergroten en het vertrouwen vergroten, hoort dat ook bij die veiligheid voor jou? Ja, dat hoort daarbij?

Dus zintuigoriëntatie, een veilige plek creëren, relaxatieoefeningen doen om je veilig te kunnen voelen in je eigen lichaam. Ja gronding natuurlijk, ademhalingsoefeningen.

En zijn dat ook de doelen die je wilt bereiken?

Ja, dat iemand wat meer in het lichaam kan zijn en de signalen van het lichaam gaat herkennen. Dus meer contact met lichaam krijgt eigenlijk. Waardoor die weer meer grip kan behouden? Ja

Zou je meer groepsgericht of individueel gaan werken met deze cliënten, wat is effectief? Ik heb nog niet echt ervaring met groepen met deze cliënten, dat is niet helemaal waar want deze mevrouw zat bijvoorbeeld wel in een groep. En dat was eigenlijk heel goed. Dus eigenlijk kan beide, liggen daar waar de cliënt in zijn proces zit en wat als je PMT-er aanbied. Dus zo'n relaxatietraining die zeg maar heel low-level is en dat je nooit wat forceert, waarbij iemand weet nooit iets te hoeven doen wat zij niet wil. Dan is het alleen maar goed omdat er herkenning is met andere mensen. Dat is alleen maar goed, want dan voelen ze zich wat minder alleen daar in staan. En dat werkt natuurlijk ook steunend, dat ze elkaar kunnen steunen.

Heb je ook een bepaalde therapeutische jouding in de eerste fase die effectief werkt? Heel erg empathisch, toch wel een Winnicott de goede moeder, dat is bij mij wel wat belangrijk is. En soms ook directief zijn. Niet bij de cliënt die ik nu in behandeling heb, maar wel bij de vluchtelingen die bijna conversieachtige stoornissen hadden. En dan moet je juist heel directief zijn. Ik werk eigenlijk heel client-centred, maar soms heb ik geleerd dat je heel directief moet zijn, bijvoorbeeld als iemand wegraakt. Dus je bent directief op het moment dat iemand wegraakt, zodat deze beter terug kan komen in het hier en nu? Ja.

Zijn er ook bepaalde interventies die effectief zijn bij deze doelgroep in de eerste fase?

Ik denk dat het belangrijk is in kleine stapjes te werken en goed in contact moet zijn met de cliënt. Wat ik heb gemerkt toen ik nog niet zo ervaren wat op deze afdeling, dat was met een andere cliënt die heel snel dissocieerde dat soms mijn stappen te groot waren. Dat wanneer je al interventies doet dat ze ook op de millimeter zitten. Dus dat er niet te veel van hen gevraagd wordt, dat ze het ook aankunnen en er een positieve ervaring mee op kunnen doen. En ook goed vragen wat iemand helpt om terug te komen. Sommige mensen weten dat al: bijvoorbeeld ik moet gaan lopen. En wat ik ook vaak doe is dat ik altijd de egobal voor handen heb. Want dat helpt vaak om die even in hun hand te voelen en om zo ook weer het contact met het hier te maken. Dat is er eentje die ik altijd voor handen houdt.

En werk je voornamelijk lichaams- of bewegingsgericht met deze doelgroep en is dat effectief?

Ik denk toch voornamelijk lichaamsgericht, maar ook wel met symbolen, symbolisch. Want soms is het te bedreigend om te beginnen bij het lichaam en dan kun je a.d.h.v. symbolen.

Dat je de symbolen ertussen zet, zodat ze niet op het lichaam hoeven te ervaren, maar van een afstandje naar hun eigen ervaring kunnen kijken. Ja, precies en dat werkt ook heel goed.

Wanneer is de PMT effectief geweest in de eerste fase.

Bij deze cliënt, want de harde kant is erg destructief voor haarzelf, als ze wat meer keuze krijgt over wanneer ze de harde kant inzet en wanneer ze de zachte kant wat meer kan laten zien. En nu neemt die harde kant alles over. Het mooiste zou zijn als het helemaal geïntegreerd is, maar dat is denk ik te hoog gegrepen. En is dat mogelijk binnen een eerste fase? Nee, dat is te veel gevraagd.

Zijn er PMT-methodieken die niet aansluiten bij de doelgroep? Boksen moet je bijvoorbeeld niet doen, omdat dit vaak veel te veel oproept. Dan komen de emoties te veel vrij waardoor er eigenlijk weer instabiliteit ontstaat. Ik kan het wel doen bij een intake, maar dan maak ik altijd heel duidelijk, maar dan zie je het ook gelijk dat iemand bijna out gaat omdat het dan te spannend is. Dus dat zou een contra-indicatie vanuit de PMT kunnen zijn.

Ik neem aan dat er naast PMT ook andere therapievormen worden aangeboden. Waarin onderscheid de PMT zich van overige therapievormen?

Bij deze cliënt is het zo dat ze nu EMDR en de hoofdbehandelaar heel specifiek naar de traumatische gebeurtenissen toegaat en bij deze cliënt is het zo dat ik eigenlijk meer steunend, stabiliserend en ik-versterkend werk en heel erg met krachtbronnen, waar haal jij nu je kracht uit. En we hebben het

ook wel over de natuurlijk de pijnlijke gebeurtenissen, maar het is niet zo dat ik de gebeurtenis openleg en helemaal ga herschrijven, dat doe ik dus niet. Maar in die zin is het heel complementair, waarbij ik voornamelijk in het hier en nu blijf. En zijzelf haalt er dingen bij uit haar jeugd en dan doen we daar ook wel dingen mee. Maar dan meer over wat ze in haar jeugd heeft gemist, door bijvoorbeeld een steunfiguur neer te zetten ook weer in de vorm van een symbool. En dat is voor haar al heel wat dat ze dit nu kan, want dat gunde ze zichzelf eerst niet eens. Dus dat doe ik bij de PMT, ook om ervoor te zorgen dat ze bij de hoofdbehandelaar meer basis heeft om ze al die vreselijke dingen meer naar boven te kunnen halen.

Hebben jullie daar ook bewust een keus een keus in gemaakt om dit zo te doen?

Nou dat is heel afhankelijk van de cliënt en de hoofdbehandelaar en de cliënt. Op de een of andere manier gaat het heel organisch dan, maar die fasegerichte behandeling dat gebeurt volgens mij bij iedereen wel. Dat dit zo samengaat, want ik heb ook een andere cliënt bij deze hoofdbehandelaar met veel meer ik-sterkte, dus met haar werk ik veel meer aan de boosheid die ze voelt naar de daders toe, maar dat kan bij deze cliënt dus absoluut niet.

Ligt dat er ook aan dat jij meer op het lichaam werkt en dat, dat meer emoties op kan roepen, dan wanneer je het erover hebt, of maakt dat niet uit?

Je bedoelt als ik meer direct op het lichaam werk? **Ja, en dat wanneer jij met PMT wat meer naar het trauma/verleden toe zou gaan dat, dat meer emoties opkan wekken omdat jij met het toch ook getraumatiseerde lichaam werkt?** Ja, dat zou kunnen en zeker bij deze cliënten moet je dat toch wel voorzichtig mee zijn omdat je bij het minste of geringste haar lichaam toch ook op slot gaat. En dat ze ook niet verder kan en zo is het ook juist een mooie combinatie.

En worden in de andere therapievormen ook elementen uit de PMT toegepast?

Ja, ik merk dat wel dat hoofdbehandelaren wel kleine dingen gebruiken zoals, progressieve relaxatie en zo, maar dat bijvoorbeeld in een vereenvoudigde vorm, maar dat is niet de hoofdmoot, maar dat ze er soms wel mee werken. Om een uitstapje te maken, om te kunnen komen waar de cliënt weze moet. En als de hoofdbehandelaar dan merkt dit is goed voor de cliënt dan vragen ze ook altijd wel of iemand PMT bij kan krijgen.

En in hoeverre heeft de PMT binnen de behandeling van DIS in de eerste fase van behandeling een meer- of aanvullende waarde t.o.v. overige therapievormen?

Wat ik al zei hè, dat het een hele goede therapie is om het contact met het lichaam te vergroten en de veiligheid te versterken en daardoor een bodem te leggen voor en een stabiliserende aanvulling is als je meer naar de openleggende therapieën toegaat.

Terug naar: [Hoofdstuk 2](#)

Bijlage 4: Codebomen

Codeboom PMT en DIS:

PMT en DIS

Indicatie PMT bij DIS

Contra-indicatie PMT bij DIS

Werkwijze PMT 1^e fase

Indicatie PMT: Groep/Individueel

Indicatie PMT: Groep

Indicatie PMT: individueel

PMT: Thema's

PMT: Behandeldoelen

PMT doel Window of Tolerance

PMT doel: WoT: Dissociatie

PMT doel: WoT: Ontspanning

PMT doel: WoT: Stabiliseren

PMT doel: WoT: Voelen

PMT doel: Contact

PMT doel: Contact: Extern

PMT doel: Contact: Verbinden

PMT doel: Integratie

Therapeutische houding

Therapeutische houding: Samenwerken

Therap. Houd.:Samenwerken: Begrip

Therap. Houd.:Samenwerken: Respect

Therap. Houd.:Samenwerken: Uitnodigen

Therap. Houd.:Samenwerken: Ruimte Cliënt

Therap. Houd.:Samenwerken: Afstemmen

Therapeutische houding: Betrouwbaar

Therapeutische houding: Duidelijk en voorspelbaar

Therapeutische houding: Steunend/structurerend

Lichaams-/Bewegingsgericht

Lichaamsgericht werken

Bewegingsgericht werken

Interventies

Interventie D-V-H

Interventie D-V-H: Bewustwording

Interventie D-V-H: Opvoeren spanning

Interventie D-V-H : Psycho educatie

Interventie D-V-H : Arousal

Interventie Structuur

Interventie Structuur: Verbinding

Interventie Structuur: Activiteit/Sessie

Interventie Relatie

Interventie Relatie: Hier en nu
Interventie Relatie: Regie bij de cliënt
Interventie Relatie: Transparantie
Interventie Relatie: Afspraken

Werkvormen PMT Effectief

Werkvorm Effectief: Contact

Werkvorm Effectief: Contact: Ademhaling

Werkvorm Effectief: Contact: Concentratie

Werkvorm Effectief: Contact: Gronden

Werkvorm Effectief: Contact: Ontspanning

Werkvorm Effectief: Contact: Zintuiglijk

Werkvorm Effectief: Arousal

Werkvorm Effectief: Arousal: Uiten van Gevoelens

Werkvorm Effectief: Arousal: Grenzen

Werkvorm Effectief: Veilige plek

Werkvorm Effectief: Symbolisch

Werkvorm Effectief: Geen voorkeur

PMT Dont's

PMT Dont's: Lichaamsgericht naar binnen

PMT Dont's: Aanraken

PMT Dont's: Af zijn

PMT Dont's: Boksen

PMT Dont's: Gevaar

PMT Dont's: Openleggend

PMT Dont's: Trefbal

Effect wat PMT beoogd

Effect meten

Bijlage 5: Uitleg bij de codes uit de verschillende Matrices

1. Uitleg bij Matrix: Algemene indicaties voor deelname aan psychomotorische therapie
Iedere cliënt kan geïndiceerd zijn, de aanpak verschilt. PMTers geven aan dat in principe iedere cliënt geïndiceerd is. De methodiek en/of werkwijze wordt aangepast op de cliënt en kan dus verschillend zijn per problematiek van de desbetreffende cliënt.

Emotieregulatie. Het emoties leren reguleren is een doel wat binnen PMT perfect kan worden aangeleerd.

2. Uitleg bij Matrix: Algemene contra-indicaties voor psychomotorische therapie

Actueel psychotisch toestandsbeeld. Wanneer er sprake is van een actueel psychotisch toestandsbeeld bij de cliënt.

Moeite met het eigen lichaam. Wanneer PMT doordat de cliënt moeite heeft met het eigen lichaam, zowel psychisch als lichamelijk, niet in beweging kan komen.

Actuele verslavingsproblematiek. Wanneer er sprake is van een actuele verslavingsproblematiek bij de cliënt.

Decompensatie. Wanneer er sprake is van decompensatie bij de cliënt.

Veelvuldig acting out gedrag. Wanneer de cliënt binnen kort tijdsbestek geen grip krijgt op zijn acting out gedrag binnen de behandeling.

Diep verstandelijke beperking. De cliënt heeft een IQ van beneden de 25.

3. Algemene voorwaarden

Relationele factoren. Factoren die een therapeutische relatie tussen cliënt en therapeut in de weg staan en/of de therapeutische relatie niet ten goede komen.

Motivatie. Een cliënt moet gemotiveerd zijn te willen werken aan zichzelf binnen het psychomotorisch kader.

Leerbaarheid. De cliënt moet voldoende leerbaar zijn om te kunnen leren wat hij/zij wil leren binnen de therapie.

1. Uitleg bij Matrix: Indicaties voor psychomotorische therapie bij dissociatieve identiteitsstoornissen in de eerste fase van behandeling

DIS in de 1e fase van traumabehandeling. Cliënten met de diagnose DIS en die behandeld worden vanuit de eerste fase van traumabehandeling zijn geïndiceerd voor deelname aan PMT.

Zelfregulatie. Wanneer de cliënt geen controle ervaart op het reguleren van de eigen arousal en/of emoties, is dit een indicatie voor PMT.

Bewustwording van het eigen lichaam. Het zich niet kunnen verbinden met het eigen lichaam, is een indicatie voor PMT

Leren waarnemen met zintuigen. Wanneer zintuiglijke waarneming gericht op het hier en nu zeer veel moeite kost.

Contact met het hier en nu verstevigen. Wanneer iemand continue dissocieert of last heeft van flashbacks, is PMT geïndiceerd om het contact met het hier en nu te verstevigen. PMT werkt heel praktisch en vanuit het hier en nu met de cliënt.

Leren non-verbaal te communiceren met alters. Wanneer er tussen de alters geen vorm, van communicatie gaande is, is PMT juist geïndiceerd om de non-verbale communicatie op gang te brengen.

Omgaan met somatoforme dissociatie. Wanneer men kampt met somatoforme dissociatie en daarmee om wil leren gaan, is PMT bij uitstek geïndiceerd.

Lichaam als positief labelen. Wanneer het lichaam enkel als last gezien wordt omdat er sprake is van een getraumatiseerd lichaam, waarin triggers verborgen liggen. Is PMT geïndiceerd om het lichaam weer als positief of functioneel te labelen en het lichaam weer eigen te maken.

Ruimte innemen. Wanneer de cliënt niet gewend is om binnen contact of in een situatie ruimte in te nemen. Als zij zichzelf ten dienste stelt van de ander of zichzelf niet zichtbaar maakt. Dan is PMT bij uitstek geïndiceerd om te gaan ervaren wat ruimte innemen betekent en hoe je ruimte in kan nemen.

Stabilisatie bewerkstelligen. PMT biedt vaardigheden om te kunnen stabiliseren in het hier en nu.

2. Uitleg bij Matrix: contra-indicaties voor psychomotorische therapie bij DIS in de eerste fase van behandeling

Wanneer PMT te ontregelend werkt. De respondenten benoemen dat wanneer PMT te ontregelend werkt en daar geen vooruitgang in te behalen is, dat PMT op dat moment nog een contra-indicatie is voor het werken met de cliënt met een DIS.

De PMT-ervaringen te vaak gefragmenteerd opslaan. De respondenten geven aan dat wanneer ervaringen in de PMT niet geïntegreerd kunnen worden, dit een contra-indicatie is.

Te onveilig voelen. Als een cliënt zich te onveilig voelt in de PMT-situatie is dit een contra-indicatie om PMT in te zetten bij deze doelgroep.

Te vaak dissociëren. Wanneer cliënten binnen de PMT te vaak dissociëren is dit een contra-indicatie voor deelname aan PMT.

Fobie voor lichaam. Wanneer de fobie voor het eigen lichaam te groot is, kan men niet deelnemen aan PMT.

Floride psychotisch toestandsbeeld. Als er sprake is van een floride psychotisch toestandsbeeld is deelname aan PMT uitgesloten.

3. Uitleg bij Matrix: Algemene voorwaarden

Inzicht en enige acceptatie in DIS. Dat de cliënt weet wat DIS inhoudt en beseft in enige mate dat zij zelf inderdaad een dissociatieve identiteitsstoornis heeft.

1. Uitleg bij Matrix: moet PMT individueel of groepsgericht worden aangeboden om de behandeling effectief te laten zijn.

Indicatie groep de respondenten gaven aan dat groepstherapie belangrijk is om toe te passen binnen een effectieve werkwijze PMT bij cliënten met DIS in de eerste fase van traumabehandeling.

Indicatie individueel de respondenten gaven aan dat individuele therapie belangrijk is om toe te passen binnen een effectieve werkwijze PMT bij cliënten met DIS in de eerste fase van traumabehandeling.

2. Uitleg bij Matrix: Waarom individuele PMT geïndiceerd is bij cliënten met DIS in de eerste fase.

Uitwerken individuele stuk Het uitwerken van problematiek die specifiek op deze cliënt gericht is, of waarbij de cliënt het te moeilijk vindt om dit in de groep op te pakken.

Beter aansluiten bij de cliënt De therapeut heeft binnen individuele PMT meer mogelijkheden de therapie op de cliënt af te stemmen. Op deze wijze wordt de dissociatie of ontregeling minder snel opgeroepen en kan de cliënt succeservaringen opdoen.

Beter zicht op dissociatie De therapeut heeft binnen individueel werken beter zicht op signalen die aangeven dat er sprake is van dissociatie.

Onervarenheid therapeut met doelgroep Één van de respondenten benoemde dat wanneer de therapeut nog niet veel ervaring heeft met mensen met DIS in de eerste fase van traumabehandeling, dat het beter is om individuele therapie aan te bieden. Op deze wijze kan de therapeut beter zicht houden op dissociatie en ontregeling bij de cliënt intern.

3. Uitleg bij Matrix: Waarom groepsgerichte PMT gecontra-indiceerd is bij cliënten met een DIS in de eerste fase

Herkenning in problematiek. In een groep vindt men herkenning in elkaars problematiek en de cliënt kan daardoor leren niet alleen te zijn, ze kunnen elkaar tips geven en ze kunnen elkaar daarin spiegelen.

Leren van de interactie. Binnen de interactie in een groep kan men zich zeer bewust worden van het gedrag van zichzelf en anderen. Dit omdat het gedrag vergroot wordt. Daardoor kan men makkelijker een leersituatie creëren waarbinnen men in de interactie kan leren.

Verdragen van nabijheid van een groepsgeenoot. Vanuit de herkenning en het lotgenootschap is het voor de DIS cliënten vaak makkelijker om een groepsgeenoot dicht bij te laten komen, dan dat een therapeut dat doet.

Als groep minder ontregelt als individueel. Wanneer blijkt dat groepsgericht werken minder ontregeld als individueel werken kan er gekozen worden voor groepsbehandeling. Dit gebeurt bijvoorbeeld wanneer het te moeilijk is voor een cliënt om een sessie lang in de aandacht te staan.

4. PMT thema's

Contact. De cliënt werkt aan het contact maken met de omgeving, zichzelf en de ander in het hier en nu.

Veiligheid vergroten. Leren hoe de cliënt eigen veiligheid kan vergroten.

Controle. Enige controle over zichzelf gaan ervaren.

Oriëntatie hier en nu. Leren de aandacht op het hier en nu te houden.

Emotieregulatie. Leren herkennen en erkennen van de eigen emoties en ze vervolgens leren reguleren.

Grenzen. Herkennen, verkennen en erkennen van de eigen en andermans grenzen.

Structureren. Leren structureren van zichzelf, tijd en omgeving.

Ruimte. Leren ruimte in te nemen.

Rust en Ontspanning. Leren wat rust en ontspanning inhoudt.

Overlevingsstrategieën. Onderzoeken welke overlevingsstrategieën gebruikt de cliënt en waar komen ze vandaan en zijn ze in het hier en nu nog van toepassing.

Seksualiteit/intimiteit. Hoe gaat de cliënt om met seksualiteit en intimiteit.

Macht Onmacht. Leren wat gedrag, gevoelens en gedachten m.b.t. het thema zijn. Eventuele gedrag, gedachte en gevoelsveranderingen op gang brengen.

1. PMT-doelen gericht op het handhaven van de arousal binnen the Window of tolerance

Emoties kunnen voelen. Het kunnen voelen van de eigen emoties, waarbij de cliënt het contact met het hier en nu kan bewaren.

Emoties kunnen reguleren. Het leren reguleren van de eigen emoties.

Contact maken met het lichaam. Het contact kunnen maken met het eigen lichaam, waarbij de cliënt het contact met het hier en nu kan bewaren.

Ervaren van controle in het hier en nu. De cliënt ervaart dat zij controle heeft in het hier en nu.

Het aangeven van de eigen grenzen. De cliënt heeft geleerd de eigen grenzen aan te geven.

Ervaren van eigen lichaamssignalen. Het kunnen ervaren van de eigen lichaamssignalen.

Waarnemen middels zintuigen. Het waar kunnen nemen van de omgeving en de ander in het hier en nu middels het gebruik van 1 van de 5 zintuigen.

Contact maken met de omgeving. Het contact met de omgeving in het hier en nu bewust kunnen maken.

Positief herlabelen van het lichaam. Het lichaam als functioneel of positief kunnen ervaren.

Grip/Controle krijgen op dissociatie. De cliënt herkent wanneer zij de neiging tot dissociëren heeft, ze ervaart de keuzemogelijkheid hier wel of niet in mee te gaan.

Het opdoen van succeservaringen. De cliënt heeft succeservaringen opgedaan wat een bijdrage levert aan een positief zelfbeeld en zelfvertrouwen.

Contact maken kunnen met zichzelf. Het contact kunnen maken met het eigen lichaam, de eigen emoties en de eigen cognities.

Balans tussen ontspanning en inspanning. De cliënt heeft de balans tussen in- en ontspanning gevonden.

Alternatieven inzetten om in contact te blijven. De cliënt heeft voor haar effectieve alternatieven eigengemaakt welke zij in kan zetten bij hyper- of hypo-arousal, waardoor zij contact kan blijven maken met het hier en nu.

Het ervaren van je krachtpunten. De cliënt weet wat haar krachtpunten zijn, wat een bijdrage levert aan een positief zelfbeeld en zelfvertrouwen.

Situaties met elkaar verbinden. De cliënt kan situaties van verschillende sessies, verschillende therapieën en/of verschillende situaties met elkaar verbinden.

Verminderen van automutilatie/suïcidaliteit. De cliënt heeft een verminderde neiging tot automutilatie of suicidaliteit.

2. PMT-doelen gericht op het therapeutisch contact

Contact maken met de ander. Doelen die gericht zijn op het gegeven dat de cliënt contact gaat maken met de therapeut binnen de therapeutische relatie.

Aangaan van een therapeutische relatie. Het zich durven verbinden aan de therapeut en hiermee de fobie op hechting overwinnen.

Ervaren van veiligheid in het hier en nu. Het leren ervaren van de veiligheid die binnen de therapeutische relatie kan bestaan.

Het veilig kunnen maken van de situatie. Het aanleren van vaardigheden om situaties voor zichzelf veilig te kunnen maken.

Zichzelf durven laten zien/ er mogen zijn. Er binnen het contact met de therapeut zichzelf mogen laten zien of er mogen zijn.

Samenwerken met de therapeut. Leren om samen te werken met iemand anders waarbij men ervaart deel van de samenwerking uit te maken.

3. PMT-doelen gericht op interne samenwerking

Samenwerking tussen alters bewerkstelligen. De cliënt leert hoe een samenwerking mogelijk is tussen de verschillende alters en zet zichzelf aan tot een interne samenwerking.

Communicatie tussen alters op gang krijgen. De verbale en non-verbale communicatie is tussen de alters op gang gekomen.

Leren herkennen van verschillende alters. De alters weten van elkaar wie, wie is en herkennen elkaar.

Het maken van afspraken tussen alters. De alters hebben onderling afspraken gemaakt, waaraan de alters zich over het algemeen houden.

Volwassen alters houden sturing in het nu. De volwassen alters nemen hun verantwoordelijkheid in het hier en nu als volwassenen en zorgen voor sturing in het hier en nu.

1 Therapeutische houding binnen de PMT: Behandeling DIS in de eerste fase van traumabehandeling

Samenwerking zoeken. De therapeut is erop gericht om samen te werken met de cliënt.

Ruimte geven aan de cliënt. De cliënt krijgt ruimte van de therapeut om er te zijn, om te bepalen, om zijn/haar inbreng te hebben binnen de samenwerking.

Steunende/structurerende houding. Houding waarbij de therapeut de cliënt ondersteund en zowel de cliënt als de omgeving voor de cliënt kan structureren waar nodig.

Duidelijkheid bieden. De therapeut is duidelijk in wat hij/zij van de cliënt verwacht en in wat zijn/haar rol is.

Uitnodigend naar cliënt. De therapeut nodigt de cliënt uit deel te nemen aan de PMT.

Respecteren van de cliënt. De therapeut respecteert de cliënt met haar problematiek en achtergrond.

Betrouwbaar zijn. De therapeut is betrouwbaar en probeert dit ook over te brengen op de cliënt.

Interesse tonen. De therapeut is geïnteresseerd in wat de cliënt te vertellen heeft.

Begrip voor de cliënt. De therapeut probeert begrip te tonen voor de problematiek die zich bij de cliënt ten toon stelt.

Voorspelbaar. De therapeut zal geen onverwachte acties uithalen.

Op het hier en nu gericht zijn. De therapeut houdt de aandacht gericht op het hier en nu.

Afstemmen op de cliënt. De therapeut stemt zijn/haar sessie af op de cliënt en hoe deze er momenteel bijzit.

Niet te veel vragen. De therapeut vraagt niet te veel van de cliënt, vanuit de afstemming met de cliënt.

1 Uitleg bij matrix Interventies

Cliënt ruimte geven te bepalen: De cliënt krijgt de ruimte om aan te geven wat er op dat moment al wel of nog niet gaat. De cliënt kan kiezen voor een activiteit. De cliënt kan aangeven onder welke voorwaarden zij aan een activiteit deel kan nemen.

Het aanbieden van uitwijkmogelijkheden: Het aanbieden van mogelijkheden om te gaan met te spannende situaties. Hierbij kan gedacht worden aan het kijken naar een activiteit i.p.v. deelname of het inzetten van zintuiglijk waarnemen om grip te behouden op het hier en nu.

Onderscheiden van denken-doen-handelen: Onderscheid maken in wat men denkt, voelt en hoe men handelt.

Stilstaan bij zichzelf: Stilstaan bij wat gebeurt er bij wat er in cliënt omgaat.

Lichaamsgerichte interventies: Interventies gericht op het bewust worden van het lichaam en de lichaamssignalen die het lichaam afgeeft.

Aanbieden van Psycho-educatie: Het aanbieden van psycho-educatie m.b.t. de DIS en de invloeden die dit op de cliënt heeft.

Praktisch met het lichaam werken: Men gaat niet in op het getraumatiseerde lichaam maakt het lichaam voornamelijk praktisch en functioneel toepasbaar.

Leggen van de transfer: De therapeut is actief in het leggen van de transfer naar buiten de PMT.

Kort stilstaan bij zichzelf: Niet te lang de aandacht blijven leggen op wat er in de cliënt omgaat.

Werken met de spanningsthermometer: Het inzetten van het instrument de spanningsthermometer, ter ondersteuning van het stilstaan bij zichzelf.

Leggen van verbindingen tussen sessies: Therapeut vraagt actief na of de cliënt nog terug kan halen wat men de vorige sessie gedaan heeft.

Iedere sessie een activiteit doen die appèl op plezier doet: Het iedere sessie inzetten van activiteiten die voor plezier bij de cliënt zorgen.

Humor inzetten om in het hier en nu te blijven: Door middel van het maken van een grapje over het hier en nu de cliënt haar aandacht op het hier en nu richten.

Aanspreken om in het hier en nu te blijven: De cliënt door middel van aanspreken op een luchtige manier met de aandacht op het hier en nu richten.

Werken met videoregistratie: Het inzetten van videoregistratie als reflectiemiddel.

2. Interventies gericht op het therapeutisch contact

Afspreken hoe je begint en eindigt: afspraken maken over op welke manier je wilt beginnen en eindigen, heeft veel weg van het structureren van de therapiesessie maar nu in gesprek met de cliënt.

Vertellen wat je doet en waarom: Je omschrijft wat je doet in je handelen als therapeut, maar ook wat je wilt gaan doen. Je omschrijft waar nodig ook waarom je doet wat je doet.

Bespreekbaar maken van obstakels in de relatie: Het bespreken van wat niet goed of lekker loopt binnen de therapeutische relatie.

Benoemen dat jij als therapeut er voor de cliënt bent: In het eerste contact en waar nodig ook in vervolg contacten benoemen dat jij er als therapeut voor de cliënt bent.

3. Interventies gericht op interne samenwerking

Het aanspreken van volwassen alters: Volwassen alters aanspreken op hun verantwoordelijkheden en taken in het hier en nu.

Afspraken maken met alters: Afspraken maken met wie doe je als therapeut zaken, wie is er eerst aan het woord wie daarna, enz.

Begrippen/taal introduceren: Begrippen introduceren om het ervaarbare in taal om te kunnen zetten.

1. Bewegings- of lichaamsgericht werken bij cliënten met een DIS in de eerste fase van behandeling

Bewegingsgericht werken. Werkvormen gericht op beweging.

Lichaamsgericht werken. Werkvormen gericht op het lichaam.

Symbolisch werken. Werken met PMT aan de hand van symbolen.

2. Wat je binnen PMT niet toe moet passen als je werkt met cliënten met een DIS in de eerste fase van behandeling.

Aanraken van de cliënt. Het aanraken van de cliënt kan niet zonder toestemming van de cliënt plaatsvinden en dan nog dient er voorzichtigheid geboden te worden. Dit laatste omdat DIS-clieñten zich vaak niet bewust zijn van hun grenzen en/of ze hun grenzen aan kunnen geven.

Af zijn in spel. De regel dat je af bent in een spel.

Boksen.

Gevaarlijke dingen doen.

Trefbal.

Bijlage 6

Er wordt in [bijlage 5](#) uitleg gegeven aan de codes die in de verschillende matrices voorkomen.

3.1 Algemene (contra) indicaties

Algemene indicaties voor deelname aan psychomotorische therapie

	R. 1	R. 2	R. 3	R. 4	R. 5	R. 6	R. 7	Totaal
Iedere cliënt kan geïndiceerd zijn, de aanpak verschilt		1	1		1	1	1	5
Emotieregulatie				1				1
Antwoorden per respondent	0	1	1	1	1	1	1	6

(In deze en alle hierop volgende tabellen zijn de codes gesorteerd op het totaal van hoog naar laag)

Zichtbaar wordt dat R.1 in tegenstelling tot de andere respondenten als enige geen algemene indicaties voor deelname aan psychomotorische therapie benoemd. Te zien is ook dat R. 4 een specifieke indicatie aangeeft.

Algemene contra-indicaties voor deelname aan psychomotorische therapie

	R. 1	R. 2	R. 3	R. 4	R. 5	R. 6	R. 7	Totaal
Actueel psychotisch toestandsbeeld	1		1	1		1		4
Moeite met het eigen lichaam	1		1	1	1			4
Actuele verslavingsproblematiek	1		1				1	3
Decompensatie	1					1		2
Veelvuldig acting out gedrag			1					1
Diep verstandelijke beperking						1		1
Antwoorden per respondent	4	0	4	2	1	3	1	15

R.1 en R.3 geven van de respondenten de meeste antwoorden met betrekking tot deze vraag.

Zichtbaar wordt dat R.2 als enige respondent geen contra-indicatie noemt.

Een actueel psychotisch toestandsbeeld en moeite met het eigen lichaam wordt ieder door vier respondenten aangehaald.

3.1.1 Algemene voorwaarden

Naast algemene (contra) indicaties werd door een drietal respondenten voorwaarden voor behandeling door middel van PMT benoemd. U moet bij het lezen van onderstaande tabel in acht nemen dat in de interviews niet specifiek naar voorwaarden voor PMT gevraagd is.

Algemene voorwaarden voor deelname aan PMT

	R. 1	R. 2	R. 3	R. 4	R. 5	R. 6	R. 7	Totaal
Relationele factoren				1	1			2
Motivatie				1				1
Leerbaarheid			1					1
Antwoorden per respondent	0	0	1	2	1	0	0	4

3.2. (Contra) indicaties PMT voor de doelgroep DIS in de eerste fase van traumabehandeling.

De respondenten werken allen voor een TRTC, waarbinnen zij in meerdere of mindere mate te maken hebben met de doelgroep. Op de vraag vindt u PMT geïndiceerd bij cliënten met een DIS in de eerste fase van traumabehandeling, gaven zij onderstaande antwoorden.

Indicaties voor psychomotorische therapie bij dissociatieve identiteitsstoornissen in de eerste fase van behandeling

	R. 1	R. 2	R. 3	R. 4	R. 5	R. 6	R. 7	Totaal
DIS in de 1e fase van traumabehandeling	1	1	1	1	1	1	1	7
Zelfregulatie	1	1	1		1	1	1	6
Bewustwording van het eigen lichaam	1		1		1	1	1	5
Leren waarnemen met zintuigen	1	1	1		1			4
Contact met het hier en nu verstevigen				1	1	1	1	4
Leren non-verbaal te communiceren met alters		1				1		2
Omgaan met somatoforme dissociatie	1							1
Ruimte innemen						1		1
Stabilisatie bewerkstelligen				1				1
Antwoorden per respondent	5	4	4	3	5	6	4	31

Uit de tabel blijkt dat alle respondenten DIS in de 1^e fase van traumabehandeling geïndiceerd vinden. Zichtbaar wordt dat er vier indicatiegebieden zijn waar een meerderheid van de respondenten aan refereert.

Contra-indicaties voor psychomotorische therapie bij dissociatieve identiteitsstoornissen in de eerste fase van behandeling

	R. 1	R. 2	R. 3	R. 4	R. 5	R. 6	R. 7	Totaal
Wanneer PMT te ontregelend werkt	1	1	1	1	1	1		6
Te vaak dissociëren	1			1	1			3
De PMT-ervaringen te vaak gefragmenteerd opslaan	1				1			2
Te onveilig voelen				1	1			2
Fobie voor lichaam				1	1			2
Fluide psychotisch toestandsbeeld						1		1
Antwoorden per respondent	3	1	1	4	5	2	0	16

R.7 geeft als enige respondent geen contra-indicaties aan.

De contra-indicatie: Wanneer PMT te ontregelend werkt, wordt door een meerderheid (6) van de respondenten benoemd.

3.2.1 Algemene voorwaarden

Binnen de interviews is niet specifiek gevraagd naar algemene voorwaarden voor deelname aan PMT door DIS-cliënten in de eerste fase van traumabehandeling.

Het voldoende inzicht en acceptatie hebben in het eigen ziektebeeld wordt één keer als voorwaarde voor PMT benoemd.

3.3 Effectieve werkwijze PMT bij cliënten met een DIS in de eerste fase van behandeling

3.3.1 Individuele of groepstherapie

Moet PMT individueel of groepgericht worden aangeboden om de behandeling effectief te laten zijn:

	R. 1	R. 2	R. 3	R. 4	R. 5	R. 6	R. 7	Totaal
Indicatie groep	1	1	1	1	1		1	6
Indicatie individueel	1		1	1	1	1	1	6
Antwoorden per respondent	2	1	2	2	2	1	2	12

Uit de analyse blijkt dat zes van de zeven respondenten vindt dat er effectief gewerkt kan worden met de doelgroep vanuit een individuele en/of een groepsgerichte benadering.

R.2 geeft enkel een groepsgerichte en R.6 een individuele indicatie bij de doelgroep aan.

Waarom individuele PMT geïndiceerd is bij cliënten met DIS in de eerste fase.

	R. 1	R. 2	R. 3	R. 4	R. 5	R. 6	R. 7	Totaal
Uitwerken individuele stuk	1		1	1		1	1	5
Beter aansluiten bij cliënt		1		1		1	1	4
Beter zicht op dissociatie		1	1	1		1		4
onervarenheid therapeut met doelgroep					1			1
Antwoorden per respondent	1	2	2	3	1	3	2	14

Ondanks het gegeven dat R. 2 vindt dat groepstherapie meer effectief is in de eerste fase van behandeling bij DIS geeft hij wel aan dat hij inziet waarom men toch voor individuele therapie kan kiezen. Deze redenering heeft binnen dit onderzoek meegeteld voor indicatoren om te kiezen voor individuele therapie.

Eenmaal wordt de onervarenheid van de therapeut als indicator voor individuele PMT benoemd.

Waarom groepsgerichte PMT geïndiceerd is bij cliënten met een DIS in de eerste fase.

	R. 1	R. 2	R. 3	R. 4	R. 5	R. 6	R. 7	Totaal
Herkenning in problematiek		1	1				1	3
Leren van de interactie		1	1					2
Verdragen nabijheid van groepsgenoot		1						1
Als groep minder ontregeld als individueel				1				1
	0	3	2	1	0	0	1	7

Waarom groepstherapie geïndiceerd is bij DIS in de eerste fase, daarover wordt door 4 respondenten data gegeven. Overige respondenten laten dit achterwege terwijl er in totaal toch zes respondenten zijn die groeps-PMT indiceren.

Huidige Vormgeving groeps-PMT

	R. 1	R. 2	R. 3	R. 4	R. 5	R. 6	R. 7	Totaal

Groep gemêleerd	1	1	1		1		1	5
Vrouwen/mannen-groep	1	1	1				1	4
Groep van enkel DIS	1		1		1			3
Laagdrempelig			1				1	2
Modulevorm		1					1	2
Groep > dan 5		1						1
Ingebed binnen programma	1							1
	4	4	4	0	2	0	4	18

Zowel R. 4, R. 5 als R.6 draaien geen groepen met DIS cliënten. Daarom leveren R. 4 en R. 6 geen data. R. 5 geeft wel informatie over hoe zij een groep met DIS cliënten zou vormgeven.

Er is niet specifiek doorgevraagd op de vormgevingsaspecten van groeps-PMT bij cliënten met DIS. De informatie die er nu ligt is ontstaan vanuit dat wat de verschillende respondenten er spontaan over vertelden.

3.3.2 PMT-thema's

De thema's die door de verschillende respondenten aangehaald worden als zij hun PMT-werkwijze beschrijven, waarvan zij aangeven dat deze effectief is bij het behandelen van de doelgroep.

PMT thema's

	R. 1	R. 2	R. 3	R. 4	R. 5	R. 6	R. 7	Totaal
Contact	1	1	1	1	1	1	1	7
Veiligheid vergroten	1	1	1	1	1	1	1	7
Controle	1	1	1	1	1	1	1	7
Oriëntatie hier en nu	1	1		1	1	1	1	6
Emotieregulatie	1	1	1	1	1			5
Grenzen	1		1	1			1	4
Structureren	1	1				1		3
Ruimte		1			1	1		3
Rust en Ontspanning	1							1
Overlevingsstrategieën			1					1
Seksualiteit/intimiteit			1					1
Macht Onmacht			1					1
	8	7	8	6	6	6	5	46

Zichtbaar wordt dat de thema's: Contact, veiligheid vergroten en controle door iedere respondent genoemd worden bij het werken met DIS cliënten in de eerste fase van behandeling.

In de tabel kunt u ook teruglezen dat R.3 de volgende thema's: Overlevingsstrategieën, Seksualiteit/intimiteit en Macht/Onmacht, als enige benoemd. R. 3 werkt als enige respondent met mannengroepen werkt.

3.3.3 Doelstellingen bij de effectieve PMT- werkwijze binnen de behandeling van cliënten met een DIS in de eerste fase van traumabehandeling.

PMT-doelen gericht op het handhaven van de arousal binnen the Optimale Zone van the Window of tolerance

	R. 1	R. 2	R. 3	R. 4	R. 5	R. 6	R. 7	Totaal
Emoties kunnen voelen	1	1	1	1	1	1		6
Emoties kunnen reguleren	1	1	1	1	1	1		6
Contact maken met het lichaam	1	1		1	1	1	1	6
Ervaren van controle in het hier en nu		1	1	1	1	1	1	6
Het aangeven van de eigen grenzen	1	1	1	1	1	1		6
Ervaren van eigen lichaamssignalen	1			1	1	1	1	5
Waarnemen middels zintuigen	1	1			1	1	1	5
Contact maken met de omgeving	1	1			1	1	1	5
Positief herlabelen van het lichaam	1			1	1		1	4
Grip/Controle krijgen op dissociatie	1	1		1	1			4
Het opdoen van succeservaringen		1		1	1		1	4
Contact kunnen maken met zichzelf	1	1			1			3
Balans tussen ontspanning en inspanning	1	1					1	3
Alternatieven inzetten om in contact te blijven		1			1			2
Het ervaren van je krachtpunten					1		1	2
Situaties met elkaar verbinden	1							1
Verminderen van automutilatie/suïcidaliteit	1							1
	13	12	4	9	14	8	9	69

In de tabel komt naar voren dat er 11 doelen zijn die door een meerderheid van de respondenten benoemd wordt die gericht zijn op het handhaven van de arousal van de DIS cliënt binnen de Optimal Zone van The Window of Tolerance.

R. 1 benoemd als enige het leren situaties met elkaar te verbinden en het verminderen van automutilatie/suïcidaliteit.

R.3 benoemd de minste doelen op binnen deze categorie. R.1, R.2 en R. 5 daarentegen benoemen de meeste doelen in deze categorie.

PMT-doelen gericht op het (therapeutisch) contact

	R. 1	R. 2	R. 3	R. 4	R. 5	R. 6	R. 7	Totaal
Contact maken met de ander	1	1	1		1	1	1	6
Aangaan van een therapeutische relatie	1	1	1		1	1	1	6
Ervaren van veiligheid in het hier en nu	1		1	1	1	1	1	6
Zichzelf durven laten zien/ er mogen zijn	1	1	1		1	1	1	6
Het veilig kunnen maken van de situatie	1	1		1	1	1		5
Samenwerken met de therapeut		1			1	1		3
	5	5	4	2	6	6	4	32

Op; Samenwerken met de therapeut, na worden alle doelen in de tabel benoemd door een meerderheid van de respondenten.

Zichtbaar wordt dat R. 4 veel minder doelstellingen met betrekking tot het therapeutisch contact weergeeft als overige respondenten.

Ook zichtbaar wordt dat R. 5 en R. 6 alle doelen die genoemd staan bij het therapeutisch contact aanhalen.

R. 3 benoemd ook in deze categorie 4 doelen.

PMT-doelen gericht op interne samenwerking

	R. 1	R. 2	R. 3	R. 4	R. 5	R. 6	R. 7	Totaal
Samenwerking tussen alters bewerkstelligen		1			1	1	1	4
Communicatie tussen alters op gang krijgen		1			1	1		3
Leren herkennen van verschillende alters		1			1		1	3
Het maken van afspraken tussen alters						1		1
Volwassen alters houden sturing in het nu						1		1
	0	3	0	0	3	4	2	12

Duidelijk wordt dat binnen categorie doelen die zich richten op interne samenwerking vier van de zeven respondenten doelen benoemen; te noemen respondent 2, 5, 6 en 7. Overige respondenten laten doelen met betrekking tot deze categorie achterwege.

3.3.4 Effectieve therapeutische houding

De respondenten omschreven in de data (over een effectieve PMT-werkwijze bij cliënten met een DIS in de eerste fase van behandeling) de volgende therapeutische houdingen.

Therapeutische houding binnen de PMT: Behandeling DIS in de eerste fase van traumabehandeling

	R. 1	R. 2	R. 3	R. 4	R. 5	R. 6	R. 7	Totaal
Samenwerking zoeken		1	1	1	1	1	1	6
Ruimte geven aan de cliënt	1	1	1	1	1	1		6
Steunende/structurerende houding	1	1			1	1	1	5
Duidelijkheid bieden	1	1	1			1	1	5
Uitnodigend naar cliënt	1			1	1	1	1	5
Respecteren van de cliënt		1	1	1		1	1	5
Betrouwbaar zijn	1	1				1	1	4
Interesse tonen				1	1	1	1	4
Begrip voor de cliënt		1			1	1	1	4
Voorspelbaar	1	1	1					3
Afstemmen op de cliënt		1		1			1	3
Niet te veel vragen				1			1	2
Op het hier en nu gericht zijn					1			1
	6	9	5	7	7	9	10	53

Negen van de dertien houdingen worden door een meerderheid van de respondenten benoemd.

3.3.5 Effectieve Interventies

In de data omschrijven de respondenten een effectieve PMT-werkwijze bij de doelgroep, hier komen de volgende interventies/therapeutische houdingen naar voren. Hieronder ziet u hiervan de uitwerking opgedeeld in drie categorieën; Handhaven van de arousal binnen the Window of tolerance, het therapeutisch contact en interne samenwerking.

Interventies gericht op het handhaven van de arousal binnen the Optimale Zone van

the Window of tolerance

	R. 1	R. 2	R. 3	R. 4	R. 5	R. 6	R. 7	Totaal
Cliënt ruimte geven te bepalen		1	1	1	1	1	1	6
Het aanbieden van uitwijkmogelijkheden		1	1	1	1	1	1	6
Onderscheiden van denken-voelen-handelen	1	1	1	1	1	1		6
Stilstaan bij zichzelf		1	1	1	1	1		5
Lichaamsgerichte interventies		1	1	1	1	1		5
Aanbieden van psycho-educatie		1	1	1	1	1		5
Praktisch met het lichaam werken	1			1	1	1		4
Leggen van de transfer	1	1				1		3
Kort stilstaan bij zichzelf	1						1	2
Werken met de spanningsthermometer		1	1					2
Leggen van verbindingen tussen sessies	1	1						2
Iedere sessie een activiteit die appèl doet op plezier					1			1
Humor inzetten om in het hier en nu te blijven	1							1
Aanspreken om in het hier en nu te blijven			1					1
Werken met videoregistratie			1					1
	6	9	9	7	8	8	3	50

Zichtbaar wordt dat zeven van de vijftien interventies gericht op het handhaven van arousal door een meerderheid van de respondenten benoemd worden.

Te zien is dat R.1 twee interventies benoemd die door de meerderheid benoemd worden. In totaal geeft zij zes effectieve interventies aan.

R.7 geeft de minste interventies in deze categorie aan.

Interventies gericht op het (therapeutisch) contact

	R. 1	R. 2	R. 3	R. 4	R. 5	R. 6	R. 7	Totaal
Vertellen wat je doet en waarom		1		1	1			3
Bespreikbaar maken van obstakels in de relatie		1				1		2
Afspreken hoe je begint en eindigt						1		1
Benoemen dat jij als therapeut er voor de cliënt bent						1		1
	0	2	0	1	1	3	0	7

In de tabel is terug te lezen dat 4 van de 7 repondenten informatie geven over interventies gericht op het therapeutisch contact.

Interventies gericht op interne samenwerking

	R. 1	R. 2	R. 3	R. 4	R. 5	R. 6	R. 7	Totaal
Het aanspreken van volwassenalters						1		1
Afspraken maken met alters						1		1
Begrippen/taal introduceren						1		1
	0	0	0	0	0	3	0	3

U kunt in bovenstaande tabel zien dat alleen R. 6 zich in zijn interventies richt op het toewerken naar interne samenwerking.

3.3.6 Lichaams- of bewegingsgericht werken

Bewegings- of lichaamsgericht werken bij cliënten met een DIS in de eerste fase van behandeling

	R. 1	R. 2	R. 3	R. 4	R. 5	R. 6	R. 7	Totaal
Bewegingsgericht werken	1	1	1	1	1	1		6
Lichaamsgericht werken	1		1	1	1	1	1	6
Symbolisch werken							1	1
	2	1	2	2	2	2	2	13

Beide manieren van werken worden door een meerderheid van de respondenten ondersteund. Binnen dit onderzoek is niet specifiek naar symbolisch werken gevraagd, desondanks haalt R. 7 dit wel aan.

3.3.7 Wat niet te doen als je met PMT en DIS cliënten in de eerste fase van traumabehandeling werkt.

Hieronder wordt omschreven wat je als PMT-er beter niet kunt doen als je met DIS cliënten in de eerste fase van traumabehandeling werkt.

Wat je binnen PMT niet moet toepassen als je werkt met cliënten met een DIS in de eerste fase van behandeling

	R. 1	R. 2	R. 3	R. 4	R. 5	R. 6	R. 7	Totaal
Aanraken van de cliënt	1							1
Af zijn in spel	1							1
Boksen							1	1
Gevaarlijke dingen doen	1							1
Trefbal	1							1
	5	0	0	0	0	0	1	6

Opvallend is dat er door twee van de zeven respondenten aangegeven wordt dat er PMT interventies, regels en werkvormen zijn die beter niet kunnen worden toegepast bij de onderzochte doelgroep. En dat R. 1 vijf van de in totaal zes antwoorden geeft.

Er is bij iedere respondent specifiek gevraagd naar wat men beter niet kan toepassen binnen de psychomotorische therapeutische werkwijzen.