

Ervaren door lichaam en emotie

Masterthesis in het kader van moduul onderzoeksvaardigheden
December 2011

Opleiding: Master Psychomotorische Therapie
Hogeschool Windesheim te Zwolle
Student: Marga Hoeksema
Begeleiding: drs. Mia Scheffers

Inhoudsopgave

Voorwoord		3
Samenvatting		4
Inleiding		4
Hoofdstuk 1	De eerste contouren	5
1.1.	Probleemstelling	5
1.2.	Hypothese	5
1.3.	Theoretische achtergronden, een eerste oriëntatie	5
1.3.1	Experiëntiële psychotherapie	6
1.3.2	Process Experiential Therapy	6
1.3.3	Psychomotorische therapie (PMT)	6
1.3.4	Emoties in Process Experiential Therapy	7
Hoofdstuk 2	Methode	7
2.1.	Methodologische uitgangspunten	7
2.2.	Subvragen en domeinen	8
2.3.	Zoekstrategie	9
2.4.	Beschrijving van bevindingen	10
Hoofdstuk 3	Resultaten	10
3.1.	Informatie uit Process-Experiential Therapy (PET) (subvraag 1)	10
3.1.1	Beschrijving ervaringsgericht werken in PET	11
3.1.2	Theorie emoties en lichaam in het ervaringsgerichte werken in PET	13
3.1.3	Methodiek ervaringsgericht werken in PET	14
3.2.	Informatie uit de Psychomotorische therapie (PMT) (subvraag 2)	16
3.2.1	PMT is een experiëntiële therapievorm	16
3.2.2	Lichaam en emotie in experiëntiële PMT	18
3.2.3	Methodiek van het ervaringsgericht werken in de PMT	19
3.3	Overeenkomsten en verschillen (subvraag 3)	19
3.3.1	De theorema's naast elkaar	19
3.3.2	De toepasbaarheid van de PET theorema's voor de PMT	21
Hoofdstuk 4	Conclusies, discussie en aanbevelingen	23
4.1	Conclusies	23
4.2	Valkuilen, een kritische beschouwing	24
4.3	Aanbevelingen, waar moeten we verder?	24
Literatuurlijst		25
Bijlage 1.	Zoektermen oriëntatiefase	29
Bijlage 2.	Onderzoeksdesign wetenschappelijke artikelen	30

Voorwoord

Tijdens deze literatuurstudie ontstonden soms knelpunten doordat het lange tijd leek alsof verschillende grootheden met elkaar vergeleken werden. De vraag of de gekozen sleutelwoorden wellicht te groot en ongedifferentieerd waren kwam regelmatig terug. Het vroeg tijd en groeiend inzicht om te ontdekken dat appels wel degelijk met peren vergeleken kunnen worden, de kenmerken van fruit daarbij als algemeen uitgangspunt nemend. Er kunnen in dat vergelijkingsproces uitspraken gedaan worden over vorm, kleur, tijdstip van rijping, smaak, samenstelling, geur, groeiproces etc. en daarin kunnen er zowel overeenkomsten als verschillen onderscheiden worden. Appels en peren zijn namelijk beide vruchten die groeien op meerjarige houtgewassen, ze rijpen in dezelfde tijd van het jaar onder vergelijkbare klimaatomstandigheden en doorlopen een zelfde groeiproces. Ook is de samenstelling vergelijkbaar, terwijl vorm, smaak, geur en kleur soms heel verschillend zijn.

Psychomotorische therapie is een experiëntiële therapievorm zeggen velen van mijn vakgenoten. Door te zoeken naar algemene kenmerken van experiëntiële therapie bleek dat er overlap is in theoretische uitgangspunten van de Process Experiential Therapy (PET) en de PMT. Waar het niet overlapt is de theorie van de PET mogelijk aanvullend voor de theorievorming van de PMT.

In dit complexe zoek- en denkproces heb ik inzichten, aanvullingen en correcties van mijn begeleidster Mia Scheffers en mijn broer Hielke Hoeksema ontvangen en daarbij tijd en geduld van mijn partner Willem Hellendoorn. Hiervoor mijn hartelijke dank. Daarnaast heeft Paul Hekking tijdens de ontwikkeling van de moduul 'Training Methodische Vaardigheden' op de Master voor Psychomotorische Therapie mij geïnspireerd en aangemoedigd om op dit gebied nader onderzoek te doen, dank je Paul. Tot slot bedank ik Marleen Muthert voor de taalkundige correcties en suggesties, erg fijn.

Samenvatting

In deze literatuurstudie staat de vraag centraal wat het ervaringsgerichte in de psychomotorische therapie inhoudt, in relatie tot algemene theorieën over ervaringsgerichte / experiëntiële therapie. Er is onderzocht of de Psychomotorische Therapie (PMT) theoretische kaders over experiëntiële therapie kan ontleen aan de Process-Experiential Therapy (PET). PET is een substroming binnen de cliëntgerichte, experiëntiële psychotherapie.

De resultaten van dit onderzoek bieden aanknopingspunten voor theorievorming en methodiekontwikkeling in de psychomotorische therapie. Ervaringsgerichte / experiëntiële therapie houdt in dat de (psychomotorisch) therapeut het bewust zijn, het uiten en het managen van emoties centraal zou moeten stellen in elke therapiesessie.

Door de wortels die de PMT mede heeft in de lichamelijke opvoeding is er op het terrein van het werken met bewegingsgedrag een schat aan kennis opgedaan. In de definiëring, theorievorming en methodiek neemt het zogenaamde 'bewegingsgericht werken' dan ook een grote plaats in binnen de PMT en biedt deze werkwijze veel mogelijkheden om te diagnosticeren, oefenen en experimenteren. Echter, wanneer we de bron 'experiëntiële psychotherapie' in ogenschouw nemen, past het bewegingsgedrag, het doen, het handelen, de actie niet als eerste onder de noemer experiëntiële therapie. Er ligt er een aanzet van Probst (2010) klaar om de psychomotorische therapie onder te verdelen in twee stromingen, namelijk de ervaringsgerichte en de actiegerichte stroming.

Inleiding

De verscheidenheid in de PMT is groot: in het domein van lichamelijkheid en bewegen kennen naamgeving, definiëring, methodieken en referentiekaders naast gemeenschappelijke kenmerken vele verschillen, nationaal en internationaal (Probst, Knapen, Poot & Vancampfort, 2010). Door velen wordt gezegd dat PMT een 'ervaringsgerichte/ experiëntiële therapievorm' is, maar door weinigen wordt dit nader gedefinieerd.

In de ontwikkeling van de methodiek moduul voor de Master Psychomotorische Therapie te Zwolle (september 2007- september 2010) is gezocht naar een overkoepelend model waarin deze verscheidenheid op gestructureerde wijze een plaats kon krijgen. Het was de bedoeling een training te ontwerpen voor de psychomotorisch therapeut waarin therapeutische methodieken en technieken op het vlak van bewegen en lichamelijkheid aan de orde komen, de theoretische concepten die eraan ten grondslag liggen besproken worden en de integratie van beide behandeld worden. Een van de vragen tijdens de ontwikkeling van deze moduul was welk concept basis kon zijn voor dit overkoepelende model (Hekking & Hoeksema, 2009).

De uitspraak "Psychomotorische Therapie is een ervaringsgerichte/ experiëntiële therapievorm" is als uitgangspunt genomen voor het opstellen en uitvoeren van deze literatuurstudie. 'Ervaringsgericht' is synoniem aan de term 'experiëntieel', waardoor de verbinding met de experiëntiële psychotherapie (humanistische stroming) voor de hand ligt. Binnen de experiëntiële psychotherapie zijn verschillende stromingen. In een daarvan, de Process-Experiential Therapy (PET), heeft veel onderzoek en theorievorming plaatsgevonden. Daarom is met deze literatuurstudie gepoogd vast te stellen welke elementen uit het theoretisch kader van de PET van toepassing kunnen zijn in de PMT. In het woordgebruik is gekozen voor de term *experiëntiële* therapievorm, omdat deze als zoekterm wel geschikte resultaten opleverde, in tegenstelling tot 'ervaringsgerichte' therapievorm. In de tekst zal soms wel gebruik gemaakt worden van termen als ervaringsgericht werken, ervaringscyclus etc., omdat deze in de context van de achterliggende literatuur overeenkomen.

Hoofdstuk 1 De eerste contouren

In dit hoofdstuk worden achtereenvolgens de probleemstelling (1.1), hypothese, hoofd- en subvragen (1.2) en de achtergrond van de onderzochte thema's (1.3) beschreven.

1.1 Probleemstelling

Psychomotorische therapie (hier verder te noemen PMT) wordt getypeerd als een experiëntiële therapie. Wat verstaan wordt onder experiëntiële therapie en hoe er gewerkt wordt binnen de PMT staat echter nergens beschreven. Ook zou de theoretische samenhang en integratie tussen de verschillende referentiekaders in de PMT verbeterd kunnen worden, met daaruit voortvloeiend verbeterde methodische uitgangspunten.

In het kader van verdere, samenhangende theorie en methodiekontwikkeling kan het zinvol zijn om reeds bestaande theoretische modellen m.b.t. experiëntiële therapie te beschouwen op hun bruikbaarheid voor de PMT.

1.2 Hypothese

De hypothese bij dit literatuuronderzoek is dat er relevante, wetenschappelijke bronnen zijn binnen de experiëntiële psychotherapie, die antwoorden geven op de vraag 'wat houdt experiëntiële therapie in?', waarmee de mogelijkheid ontstaat om deze bevindingen te gebruiken voor het vakgebied psychomotorische therapie. Ook blijkt uit sommige artikelen en uitspraken van PMT experts dat elementen uit dat aanliggende vakgebied ook daadwerkelijk in meer of minder gestructureerde vorm worden toegepast, wat aanleiding geeft tot het vermoeden dat informatie uit het aanliggende vakgebied wellicht te gebruiken is voor de psychomotorische therapie.

Het doel van dit literatuuronderzoek is wetenschappelijke kennis te vergaren over ervaringsgerichte therapie in relatie tot de Psychomotorische Therapie. Deze kennis zou mogelijk het gebrek aan samenhang in de PMT theorieën voor een deel kunnen oplossen, of aanzetten kunnen geven tot oplossingen.

Deze doelstelling heeft geleid tot de volgende hoofdvraag:

"Uit welke elementen bestaat de theoretische onderbouwing voor 'experiëntieel werken' binnen het vakgebied van de experiëntiële psychotherapie, in het bijzonder de Process Experiential Therapy (PET), en op welke manier zijn deze aanwijzingen bruikbaar voor het experiëntieel werken in de psychomotorische therapie?" Deze vraag is onderverdeeld in drie subvragen:

1. Hoe wordt experiëntieel werken omschreven in wetenschappelijke studies afkomstig uit de experiëntiële psychotherapie, in het bijzonder de Process Experiential Therapy?
2. Hoe wordt experiëntieel werken omschreven in de psychomotorische therapie?
3. Welke van de gevonden aanwijzingen zijn bruikbaar voor de algemene uitgangspunten van de psychomotorische therapie?

1.3 Theoretische achtergronden, een eerste oriëntatie

In deze paragraaf wordt toegelicht hoe Experiëntiële Psychotherapie (1.3.1), Psychomotorische Therapie (1.3.2) en de centrale rol van 'emoties' (1.3.3) in de literatuur beschreven worden.

1.3.1 Experiëntiële psychotherapie

Kalmthout (1991) geeft een overzicht van psychotherapeutische tradities in een historisch perspectief. De experiëntiële psychotherapie is een stroming binnen de client centered therapy van Rogers, door Kalmthout beschouwd als belangrijkste representant van de humanistische

psychotherapieën. Daarnaast zijn de Gestalttherapie, Bio Energetica, transactionele analyse en de psychodrama therapie van Moreno eveneens humanistisch getinte psychotherapieën. Het cliëntgerichte-experiëntiële paradigma bevat vijf verschillende subrichtingen (Lietaer, 2008; Watson, Rhonda, & Greenberg, 2011):

- de reflectieve benadering,
- de focusing -georiënteerde benadering,
- de process-experiential therapy (PET), of emotion-focused therapy (EFT),
- de interpersoonlijke en
- de existentiële benadering.

Deze vijf subrichtingen hebben overeenkomstige, verbindende identiteitskenmerken op het gebied van mensbeeld, persoons- en ervaringsgerichtheid en de therapeutische relatie. “Centraal uitgangspunt in de experiëntiële psychotherapie is dat het spreken van de cliënt ‘ervaringsgericht’ moet zijn: geen spreken ‘over’ maar spreken ‘vanuit’ de beleving.....” (Takens, 2008, p324). Hierbij vindt een voortdurende uitwisseling plaats tussen ervaren en symbolisatie.

1.3.2 Process Experiential Therapy

Met name binnen de Process-Experiential Therapy zijn er wetenschappelijke studies te vinden met aanwijzingen over het werken met de lichamelijke en een volledige ervaringscyclus. In deze experiëntiële vorm van psychotherapie wordt het ervaringsproces nadrukkelijk gezien als centraal medium voor persoonlijkheidsverandering. In de Process-Experiential Therapy zijn door Greenberg et al. diverse onderzoeken gedaan, met name bij de doelgroep depressie, die aantonen hoezeer het ervaren en uiten van emoties verbonden is met positieve therapieresultaten.

Dat is het aanknopingspunt voor deze studie; het experiëntiële wordt in deze therapie stroming opgevat als voelen, doorleven en managen van emoties. Greenberg plaatst zijn theorie van persoonlijkheidsverandering geheel in het kader van zijn visie op emoties; het gaat om het beter leren benutten en eventueel herstructureren van emoties. De vier algemene principes van emotieverandering zijn volgens de Process Experiential Therapy:

1. Het zich bewust worden van emoties.
2. Emotieregulatie.
3. Het transformeren van onaangepaste emoties in constructieve, aangepaste emoties.
4. Reflectie, nieuwe betekenissen vormen (Lietaer & Vanaerschot, 2008).

Deze vier principes zijn uitgewerkt in een stappenplan dat als zoekresultaat vermeld wordt in hoofdstuk 3.

1.3.3 Psychomotorische therapie (PMT)

De Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie heeft de psychomotorische therapie als volgt gesitueerd:

“Psychomotorische therapie is op te vatten als een experiëntiële, bewegings- en lichaamsgerichte vorm van psychotherapie en maakt daarom ook gebruik van constructen uit psychotherapeutische referentiekaders. Kort samengevat zijn drie hoofdstromingen daarbij van belang:

- Ten eerste de *client centered* therapie, waarbij aandacht is voor thema’s als lichaamsbewustzijn (felt sense, awareness) en (non)verbale expressie van emoties.
- Ten tweede het *psychodynamische model*, waarbij innerlijke conflicten en de uiting daarvan in het waarneembare (bewegings)gedrag voor de PMT van specifiek belang zijn.
- Ten derde het *cognitief-gedragstherapeutische model*, dat handvatten biedt voor het ontwikkelen van systematisch opgebouwde programma’s voor gedragstraining in combinatie met het bewerken van disfunctionele cognities (www.nvpmt.nl).

PMT is gebaseerd op een holistische visie op de mens. In die visie zijn lichaam en geest onlosmakelijk met elkaar verbonden en zijn cognitieve, emotionele en fysieke aspecten geïntegreerd met het vermogen om te handelen in een psychosociale context (Probst, 2010). In de PMT zijn twee

stromingen te onderscheiden. In Vlaanderen worden deze de actiegeoriënteerde en de ervaringsgeoriënteerde stroming genoemd. In Nederland hanteert men de lichaamsgerichte en bewegingsgerichte tweedeling. De Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie (www.nvpmt.nl) definieert psychomotorische therapie als volgt:

“PMT is een behandelvorm voor mensen met *psychische problematiek*, waarbij op *methodische wijze* gebruik gemaakt wordt van *interventies gericht op de lichaamsbeleving en het bewegingsgedrag*. PMT kan op grond van het hierboven beschrevene in navolging van Van der Klis ook beschreven worden vanuit het perspectief van methodisch interveniëren. De definitie luidt dan als volgt: PMT is een professionele behandelingsvorm die zich kenmerkt door het planmatig en doelgericht construeren en manipuleren van *bewegings- en belevingsarrangementen* in een *psychotherapeutische context*. Deze definitie maakt duidelijk dat de therapeut een bewegingssituatie *op maat* aanbiedt. Deze situatie wordt zodanig geconstrueerd dat de therapeutische doelstelling van de individuele cliënt gerealiseerd kan worden. Daarbij wordt cliënten de gelegenheid geboden om op zowel gedrags- als belevingsniveau een leer- c.q. ontwikkelingsproces door te maken, waarbij denken, voelen en handelen en de integratie daarvan in relatie tot de problematiek centraal staan. PMT is daarmee primair een *experientiële* therapievorm; de essentie is de ervaring. Dit is de basis voor het verder beïnvloeden van gevoelens, gedachten en gedragingen, aansluitend op de hulpvraag van de cliënt”.

1.3.4 Emoties in Process Experiential Therapy.

De Process-Experiential Therapy baseert, zoals gezegd, een groot deel van haar theorie op hedendaagse emotietheorieën en beweert dat therapie een grotere kans van slagen heeft wanneer emoties in de therapie ervaren en geuit worden. Er kunnen dus geen uitspraken over ervaringsgerichte therapie gedaan worden zonder de plaats van emoties hierin expliciet mee te nemen. Volgens Berge (2006) werden emoties jarenlang beschouwd als bijvoegsels van cognitieve processen, uitlopers van relationele patronen en intrapsychische fenomenen. Emoties nemen tegenwoordig een basisplaats in; “....het zijn complexe, zelforganiserende processen die onze ervaringen construeren, betekenissen genereren en onze acties en interacties aansturen.” (Stinckens, 2009, p83). Welke waarde aan emoties in de PMT toegekend wordt en de vraag in hoeverre de psychomotorisch therapeuten willen leunen op kennis en theorieën uit de experientiële psychotherapie (Berman, 2005) zal naar aanleiding van de uitkomsten van dit onderzoek aan de orde komen.

Het is niet de bedoeling een te smalle focus/ opvatting te creëren over wat experientiële werken is, maar te zoeken naar schooloverstijgende theorieën over experientiële werken; emoties lijken hierin een centrale rol te spelen.

Hoofdstuk 2 Methode

In dit hoofdstuk wordt beschreven en verantwoord hoe deze literatuurstudie is opgebouwd.

2.1 Methodologische uitgangspunten

Het algemene doel van dit onderzoek is om de theorie en methodiek van de PMT verder te ontwikkelen en mogelijk het probleem rond het gebrek aan samenhang in de PMT theorieën voor een deel op te lossen, of aanzetten te geven voor mogelijke oplossingen. Het is dus een explorierend onderzoek omdat er nog geen goede, volledige theorie bestaat ('t Hart, 1996).

Het begrip ‘theorie’ is een zeer complex geheel van allerlei onderdelen, waardoor het risico aanzienlijk is dat er inconsistentie optreedt in de keuzes die gemaakt moeten worden gedurende het

onderzoeksproces. In dit onderzoek wordt gekeken naar de uitgangspunten, definitie van begrippen en aannamen en logische relaties (vergelijk 't Hart, 1996, p115, 116).

Tevens wordt er gebruik gemaakt van het modelleren: domeintyperingen en theorema's (leerstellingen) bieden een kader voor het samenvatten, vereenvoudigen en het met elkaar in verband brengen van de resultaten. Omdat binnen twee verschillende werkelden (cross disciplinair) gekeken wordt naar beschrijvingen van het theoretische construct ontstaan verschillende domeinen die met elkaar vergeleken worden ('t Hart, 1996).

2.2 Subvragen en domeinen

De hoofdvraag "Welke aanwijzingen voor 'experientiële therapie' zijn te vinden binnen het gedachtegoed van de experientiële psychotherapie, in het bijzonder de Process Experiential Therapy, (PET), en op welke manier zijn deze aanwijzingen bruikbaar voor ervaringsgericht werken in de psychomotorische therapie?" is uitgesplitst naar de volgende drie subvragen. Om ordening aan te kunnen brengen in de resultaten is er per subvraag een domein geformuleerd waarin concrete verschijnselen zijn opgenomen.

1. Hoe wordt experientiële therapie in wetenschappelijke studies en in hand- en leerboeken afkomstig uit de experientiële psychotherapie, in het bijzonder de Process Experiential Therapy omschreven? (resultaten tabel 1)

Domeintypering 1.

In de experientiële therapie (Experiential Therapy) wordt aan emoties een centrale rol toegedicht, elke sessie helpt de therapeut de cliënt emoties te ervaren. De theorie beschrijft wat ervaringsprocessen zijn, welke rol emoties en lichaamsgevoel daarin spelen, hoe de samenhang daartussen is en hoe daar methodisch mee gewerkt wordt.

2. Hoe wordt ervaringsgericht werken omschreven door experts uit de psychomotorische therapie? (resultaten tabel 2)

Domeintypering 2.

Psychomotorische therapie is een vorm van experientiële therapie. De psychomotorisch therapeut maakt specifieke ervaringen oproepbaar door middel van lichaamsgevoel/-ervaring en bewegingsgedrag. Emoties hebben hierin een wisselende rol; over het algemeen wordt naar aanleiding van wat gedaan is stil gestaan bij gevoelens, soms ligt de focus van een sessie juist op het voelen (en uiten) van emoties.

Om uiteindelijk de onderzoeksvraag zo volledig mogelijk te kunnen beantwoorden is het noodzakelijk om de resultaten en de besprekingen daarvan met elkaar in verband te brengen. Dat leidt tot het beantwoorden van de derde subvraag:

3. Welke van de gevonden aanwijzingen bij subvraag 1 zijn bruikbaar voor de theorievorming en algemene methodiek van de psychomotorische therapie?

Domeintypering 3.

Er is overlap tussen de domeinen van de Process-Experiential Therapy en de Psychomotorische therapie als het gaat over het omschrijven van experientiële therapie en de plaats van lichaamsgevoel en emoties hierin. Er zijn ook verschillen in dit vergelijk. Deze worden gezien als leerzaam en aanvullend voor de psychomotorisch therapeuten, omdat deze verschillen nog steeds gaan over experientiële therapie.

2.3 Zoekstrategie

In de oriëntatiefase van dit onderzoek is in eerste instantie gezocht op Nederlandstalige zoektermen in database Picarta en de database van het Tijdschrift van de Clientgerichte Psychotherapie (TCgP). Uit de uitkomsten hiervan bleek dat de kernwoorden van de onderzoeksvraag geen zinvolle resultaten opleverden. Picarta gaf nul relevante resultaten op 16 verschillende combinaties van 2 woorden. De TCgP gaf slechts twee resultaten, beide geen wetenschappelijke studies (zie bijlage 1). Een eerste oriëntatie met Engelstalige zoektermen gaf meer resultaten, die voornamelijk verwezen naar auteurs uit de cliëntgerichte experiëntiële psychotherapie in Nederland, België, Verenigde Staten en Groot Brittannië. Dat deed besluiten om het literatuuronderzoek met Engelse zoektermen te vervolgen in PsychInfo, Google books en Google scholar.

Uiteindelijk zijn er vier wetenschappelijke studies gevonden, diverse hoofdstukken uit recente leer- en handboeken en enkele ondersteunende artikelen uit vaktijdschriften. De definitieve zoektermen voor de eerste subvraag waren “experiential and therapy”. Hierop is gezocht over de periode 2002-2011. Dit gaf 204 hits, waarvan na een eerste screening op abstracts (vergelijk Villan en De Lange, 2011) met onderstaande inclusiecriteria zeven studies overbleven. In de tweede screening (lezen van gehele artikel) resteerden uiteindelijk nog vier studies die relevant bleken voor de beantwoording van de eerste subvraag (zie H3, tabel 1a). De designs van deze onderzoeken zijn niet opgenomen in de hoofdttekst maar in bijlage 2, omdat deze informatie niet direct nodig is voor het beantwoorden van de subvragen.

De inclusiecriteria voor de gevonden studies waren:

- Er werden uitgangspunten, aannames en/of definities beschreven van experiential therapy.
- De rol van het lichamelijke aspect en eventueel het bewegen had een plaats in de beschrijving.
- Er waren methodische uitspraken en/of logische verbanden tussen theorie en methode in de tekst terug te vinden.

Omdat de vier gevonden resultaten niet voldoende informatie bevatten voor de beantwoording van onderzoeksvraag 1, zijn ook enkele hoofdstukken uit leerboeken meegenomen die vermeld werden op deze zoektermen in PsycINFO. Tevens zijn er in de Nederlandstalige vakliteratuur ook recente handboeken uitgekomen over experiëntiële psychotherapie, die goed bruikbare informatie bevatten ter beantwoording van vraag 1. Omdat dit geen onderzoeken zijn, zijn deze resultaten in tabel 1b (zie H3) opgenomen.

De aanvullende inclusiecriteria voor de resultaten genoemd in tabel 1b waren:

- De bronnen van de gekozen hoofdstukken en aanvullende artikelen bevatten verwijzingen naar wetenschappelijke studies.
- In gelezen artikelen moet er uit deze boeken geciteerd zijn en/of in PsycINFO naar voren gekomen zijn op de genoemde zoektermen.

Voor de beantwoording van subvraag 2 werd geen wetenschappelijke studie gevonden. De zoekstrategie was het doornemen van alle tijdschriften voor PMT en later Vaktherapie vanaf 1996, het gebruik van de database van de PMTinfo site op de zoekterm ‘ervaringsgericht’ en het doornemen van drie bundels over PMT (De Lange & Bosscher, 2005; De Lange, 2005; De Lange, 2010). Wel zijn de verwijzingen in de gevonden teksten voor zover dat mogelijk was (niet alle artikelen waren te achterhalen binnen de grenzen van dit onderzoek) nagelezen op relevantie, wat weer tot nieuwe bevindingen heeft geleid: tabel 2 (H3) geeft weer welke bruikbare uitspraken/meningen van experts gevonden zijn.

2.4 Beschrijving van de bevindingen

De gevonden literatuur is in een tweede ronde nogmaals doorgenomen op relevantie. Om te kunnen beoordelen of iets relevant was, bleek het noodzaak om hiervoor gebieden te definiëren waarbinnen de resultaten zouden moeten vallen. Dit zijn de eerder genoemde domeinen. Om de grote hoeveelheid relevante informatie te kunnen categoriseren en samenvatten is er gebruik gemaakt van de zogenaamde theorema's. Dit zijn leerstellingen (www.vandale.nl) die uit de teksten te destilleren zijn en die concrete verschijnselen of gedragingen zoals beschreven in de domeinen weerspiegelen. Deze theorema's worden in de laatste paragraaf op hun inhoud vergeleken waardoor het mogelijk wordt om algemene conclusies naar aanleiding van het gehele onderzoek te trekken.

Hoofdstuk 3 Resultaten

3.1 Informatie uit Process-Experiential Therapy (subvraag 1)

Tabel 1A. Resultaten studies database PsycInfo 2002-2011.

1A DATABASE PsycInfo, wetenschappelijke studies		
Zoekterm	Resultaat	Bevindingen
Experiential Therapy	Carrier, J.R., Greenberg L.S. (2010). Optimal levels of Emotional Arousal in Experiential Therapy of Depression. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> , Vol.78, 190-199.	Matige hoeveelheid hoge emotionele arousal (rond 25 % ve sessie) in behandeling van depressie voorspelt goede uitkomst van therapie. Marginale of overweldigende emotionele opwinding voorspelt slechte uitkomsten.
	Pascual-Leone, A., Greenberg, L.S. (2007). Emotional Processing in Experiential Therapy: Why "the Only Way Out is Through". <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> , Vol. 75, No.6, 875-887.	Van global marker distress naar acceptatie en beheer van emoties via sequence of emotional processing. Daadwerkelijk ervaren van de emoties is helend bij deze doelgroep maar niet generaliseerbaar. Maladaptive → adaptive emotions
	Watson, J.C., Bedard, D.L. (2006). Client's Emotional Processing in Psychotherapy: A Comparison Between Cognitive-Behavioral and Process-Experiential Therapies. In: <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> . Vol. 74, No.1, 152-159.	Goede uitkomsten bij cliënten met depressie die emoties herkennen, benoemen, plaatsen en reflecteren op ontstaan en relevantie. Gevoelens uiten meestal in middenfase van de therapie
	Pos, A.E., Greenberg, L.S., Goldman, R.N., Korman, L.M. (2003). Emotional Processing During Experiential Treatment of Depression. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> . Vol. 71, 1007-1016.	Het effect van het uiten van emoties op depressieve en algemene kenmerken. Het beschrijven van werkzame factoren in het werken met emoties in therapie.

Tabel 1B. Resultaten hand-/ leerboeken en aanvullende artikelen

1B HAND- EN LEERBOEKEN		
Leerboek	Hoofdstuk	Bevindingen
Colijn, S., Snijders, H., Thunnissen M., Bogels, S., Trijsburg, W. (2009) Leerboek Psychotherapie. De Tijdstroom: Utrecht.	H3. Groen, H., Thunnissen, M., Colijn, S. Normaal en verstoord psychisch functioneren: een synthese.	Overstijgend model.
	H6. Stinckens, N. De affectieve component.	Kwaliteit van emoties
	H17. Stinckens, N. Affectieve processen.	Reguleren van emoties. Exploreren van emoties.
Lietaer, G., Vanaerschot, G., Snijders, J.A., Takens, R.J. (2008). Handboek Gesprekstherapie. De persoonsgerichte experiëntiële benadering. De Tijdstroom Utrecht.	H1. Lietaer, G. Contouren van het clientgerichte- experientiele paradigma.	Beschrijving ervaringsproces.
	H2. Vanaerschot, G., Lietaer, G. Het beleven als centrale focus.	Plaats lichaamservaring. Emotieschema's.
	H6. Vanaerschot, G., Lietaer, G. De visie van Gendlin.	Niveaus in lichamelijk belevingsproces.
	H7. Lietaer, G., Vanaerschot, G. De visie van Greenberg: empirisch onderzoek en algemeen besluit.	Werken met emoties. Ervaringsniveau. Focusing proces
	H8. Coffeng, T., Vlerick, E. Focusing en de experiëntiële aspecten van psychotherapie.	Focusing proces
Elliot, R., Watson, J.C., Goldman, R.N., Greenberg, L.S. (2004). Learning Emotion-Focused Therapy. The process-experiential approach to change. Washington: APA.	H2. Process-Experiential Theory Made Simple.	Elementen emotieschema
	H4. Client Microprocesses: What Process-Experiential Therapists listen for.	Diepte van de ervaring
In: Castonguay, Louis G. (Ed), Hill C., (Ed). <i>Insight in psychotherapy</i> . American Psychological Association, Washington, DC, US (pp. 31-56).	Pascual-Leone, A., Greenberg, L. S. (2007). Insight and Awareness in Experiential Therapy.	Experience-near, experience-distance. Awareness body felt sense and meta awareness.
Leijssen, M. (1995). Gids voor gesprekstherapie	Hoofdstuk 3. Emoties in therapie	Complete ervaringscyclus. Juiste afstand emoties
In: Lange, J.de, Bosscher, R.J. (2005). Psychomotorische therapie in de praktijk.	Leijssen, M. Lichaamsgerichte interventies in de psychotherapeutische hulpverlening.	Continuüm van lichaamsgerichte interventies Uitwerking soorten aanrakingen.
Gendlin, E. (1981). Focussen. Gevoel en je lijf.	Wat het lichaam weet.	Ervaren gevoel (felt sense). Focusing proces.
Aanvullende artikelen		Bevindingen
Leijssen, M. (2006). Validation of the body in Psychotherapy. <i>Journal of Humanistic Psychology</i> . 46,2,126-146.		Continuüm van lichaamsgerichte interventies.

3.1.1 Beschrijving ervaringsgericht werken in PET

Om subvraag 1 "Hoe wordt experiëntiële therapie omschreven in wetenschappelijke studies en in hand- en leerboeken afkomstig uit de experiëntiële psychotherapie, in het bijzonder de Process Experiential Therapy?" te kunnen beantwoorden zijn de resultaten geordend aan de hand van de volgende domeintypering:

Domeintypering 1.

In de experiëntiële therapie (Experiential Therapy) wordt aan emoties een centrale rol toegedicht, elke sessie helpt de therapeut de cliënt emoties te ervaren. De theorie beschrijft wat ervaringsprocessen zijn, welke rol emoties en lichaamsgevoel daarin spelen, hoe de samenhang daartussen is en hoe daar methodisch mee gewerkt wordt.

De eerste uitspraak die benoemd wordt is dat het ervaringsproces wordt gezien als substraat van ons psychisch functioneren. Het ervaringsproces bevat waarnemingen, affectieve, cognitieve en intentionele aspecten en de therapeuten vertrouwen op de 'wijsheid' van het lichaam. Zelfexploratie wordt als meest vruchtbaar gezien wanneer dit experientieel is en niet louter conceptueel van aard (Lietaer, 2008). Dat leidt tot het eerste theorema.

Theorema 1: Als we spreken van 'experiëntiële therapie' moeten we emoties daarin een centrale rol toe kennen (Elliot e.a., 2004).

Rogers, Gendlin en Depestele beschrijven het beleven en ervaren als een lichamelijk verankerd proces, als interactie tussen lichaam en situatie en ook als een proces van affectieve (emotionele) betekenisverlening aan de interactie tussen persoon en omgeving: uiteindelijk gaat het om de symbolisering van waaruit zich expliciete betekenissen vormen, de toegang tot de bewuste kennis. De symbolisering kan woorden zijn, maar ook bewegingen, dans, tekeningen, muziek, etc.

Theorema 2: Ervaren houdt interactie tussen lichaamsgevoelens, emoties en cognities in, bevat symbolisaties en intentionele aspecten en is in interactie met de omgeving (Lietaer, 2008).

Met affecten worden de aangeboren biologische reacties op bepaalde prikkels bedoeld, met emoties complexe innerlijke reacties waarbij diverse processen van verschillende niveaus worden geïntegreerd en waar reflectie en evaluatie ook deel van uitmaken. Dit wordt een emotie schema genoemd: "een cognitief-affectieve structuur van hogere orde, waarbij er een complexe synthese tot stand komt van affect, cognitie, motivatie en actie" (Vanaerschot & Lietaer, p.43). Beleven en ervaren is iets gewaarworden, bemerken wat dat iets met je doet, wat het betekent en tot welke actie het leidt (Vanaerschot, 2008a).

Theorema 3: In het ervaringsproces worden door bewustzijn van lichamelijke gewaarwording en emoties actietendensen voelbaar (Vanaerschot, 2008b).

Pos, Greenberg, Goldman en Korman (2003) onderzochten onder andere het effect van emotionele uitingen op depressieve en algemene symptomen in een vroeg en laat stadium van experiëntiële therapie. In dit onderzoek definiëren zij ervaringsgericht werken niet als zodanig, maar doen wel de volgende uitspraken hierover. Het gaat niet alleen om het voelen en uiten van emoties in therapie, maar voor goede resultaten moet er een integratie tot stand komen tussen affecten en cognities. Het verband tussen cognities en emoties moet geëxploreerd worden, de emotionele ervaring verwoord en behoeften geïdentificeerd. Deze complete reflectie op de ervaring geeft informatie voor nieuwe situaties en kan vastliggende betekenissen en overtuigingen veranderen.

Pascual-Leone en Greenberg (2007) geven vervolgens in schema weer hoe inzicht en groei in therapie ontstaan op basis van bewustzijn van de ervaring, de metareflectie daarop, de cognitieve en gedragsmatige verwerking van deze reflectie en de plaatsing daarvan op conceptueel niveau.

Theorema 4: De complete reflectie op de opgedane ervaring biedt in therapie de veranderingsmogelijkheden (Pascual & Greenberg, 2007).

3.1.2 Theorie emoties en lichaam in het ervaringsgerichte werken in PET

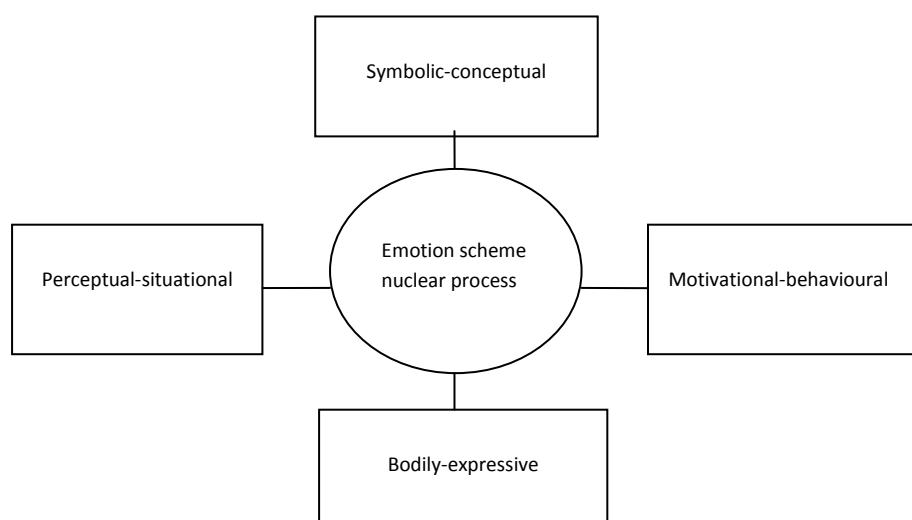
In deze paragraaf gaan we dieper in op de rol van emoties en het lichaam in het ervaringsproces. Het lichaam is te zien als kompas van de actualiseringstendens (Lietaer, 2008). Elke gedachtegang kan een unieke lichamelijke gewaarwording oproepen die de bron is van waaruit een complex geheel van impliciete betekenissen kan ontstaan (zie Depestele, 1986). Leijssen (1995) benoemt dit als een volledige ervaringscyclus, als een van de componenten ontbreekt is de cyclus onaf en zal de therapeut helpen de ontbrekende elementen te ontvouwen.

Pascual-Leone en Greenberg (2007) leggen daarbij uit hoe het bewustzijn en het ervaren plaats kan vinden op verschillende diepteniveaus; van 'gefocused in de ervaring' tot 'bewustzijn naar aanleiding van de ervaring'. Het ten diepste ervaren van emoties dan wel het volledig afgevlakt zijn van emoties geeft in feite hetzelfde continuüm weer waarop de therapeut bewust en afgestemd op de cliënt moet kunnen opereren. Gevoelens zijn geen pure emoties, maar verwijzen naar een geheel van gewaarwordingen, emoties, indrukken, opinies en gedachten (Vanaerschot, 2008, hoofdstuk 1).

Theorema 5: Emoties zijn complexe, zelforganiserende processen die onze ervaringen construeren, betekenissen genereren en onze acties en interacties aansturen (Stinckens, 2009).

Vanaerschot en Lietaer (2008) beschrijven ook welke plaats emoties in het ervaringsproces hebben. Recente ontwikkelingen in de neuropsychologie tonen meerdere niveaus aan in het ervaren van emoties. Een snel, evolutionair 'laag pad' waarin de amygdala direct reageert op gevaar en noodsignalen uitzendt naar de hersenen en het lichaam en een trager, evolutionair 'hoog pad' waarbij dezelfde informatie een andere route in de hersenen doorloopt (neocortexroute) en er tijd is voor cognitieve verwerking. Naast deze aangeboren basisemoties worden in de loop van de ontwikkeling systematische connecties gevormd tussen objecten en situaties enerzijds en de basisemoties anderzijds, de emotieschema's. Een emotieschema is een cognitief-affectieve structuur van hogere orde waarbij een complexe synthese tot stand komt van affect, cognitie, motivatie en actie. Non-verbale aspecten uit het procedurele geheugen zoals affecten, geluiden, beelden, geuren en lichaamssensaties nemen hierin een centralere plaats in dan de cognitieve en verbale elementen uit het autobiografische geheugen. De emotionele reacties die door deze schema's gegenereerd worden zijn te benoemen als de *felt sense* volgens Gendlin.

Elliot et al. (2004) geven in hoofdstuk 2 de onderlinge verhoudingen van deze elementen in figuur 1 weer:



Figuur 1: Elementen van het emotie schema, naar Elliot et al. (2004).

Theorema 6: Emotieschema's vormen de kern van de ervaring waarin symboliek, gedrag, expressie en de waargenomen situatie de te onderscheiden elementen zijn. Het geheel vormt 'een complete ervaring' (Leijssen, 1996; Greenberg, 2004).

Theorema 7: Om op constructieve wijze in contact te kunnen zijn met onze emoties is het noodzakelijk in contact te zijn met het lijfelijk ervaren en hieraan betekenis te kunnen verlenen (Stinckens, 2009).

Het doorleven van emoties binnen een voor de cliënt optimale arousal bevordert uiteindelijk het conceptuele bewustzijn. Uit onderzoek (zie ook Lietaer & Vanaerschot 2008) blijkt dat hoe hoger het gemiddelde ervaringsniveau tijdens therapie is, hoe beter het resultaat.

3.1.3 Methodiek van het ervaringsgericht werken in PET

Er zijn een aantal methodische aanwijzingen in de literatuur aangetroffen, deze zijn onderverdeeld in de volgende categorieën: ordening van lichaamsinterventies, optimal arousal en sequence van procesmatig werken met emoties.

- **Ordening lichaamsinterventies**

Leijssen (2006) schetst hoe alle verschillende interventies met betrekking tot het lichaam geordend kunnen worden. Ook in Leijssen (2005) zet ze een deel hiervan uiteen, met name de vormen van aanraking.

Theorema 8: De methodische opbouw m.b.t. het lichaam voelen is als volgt:

- *Lichaamsgevoel intern waarnemen, contact maken met lichamelijke ervaringen.*
- *Lichaamsgevoel waarnemen met behulp van contact (feedback, spiegelen).*
- *Het lichaam waarnemen door actie en beweging (functioneel bewegen).*
- *Non-verbale, lichamelijke expressie door middel van beweging (bv dansvormen).*
- *Het lichaam in fysiek contact, diverse vormen van aanraking (taakgerichte, aandachts-, affectieve, expressieve, containment en cathartische aanrakingen (Leijssen, 2006).*

- **Optimal arousal**

Carrier en Greenberg (2010) concludeerden in hun onderzoek dat het daadwerkelijk ervaren van sterke emoties in therapie (in de behandeling van depressie) zinvol blijkt voor positieve resultaten, mits dit in de middenfase van het therapieproces plaatsvindt, niet meer dan 25 % van de sessietijd in beslag neemt en de hoeveelheid hoge arousal gematigd is. Te weinig emotional arousal voorspelt een slechtere uitkomst van de therapie. Emoties kunnen overspoelend zijn (onderregulatie) of men kan er te weinig contact mee hebben (overregulatie). De eerste methodische uitspraak die in de experiëntiële therapie centraal staat is dat de cliënt vaardigheden leert om de juiste afstand tot de emoties te hanteren.

Theorema 9: Het ervaren en uiten van emoties in therapie voorspelt een goede uitkomst van de therapie bij een optimale arousal en goede timing. In experiëntiële therapieën zou het ervaren en uiten van emoties dus altijd moeten plaatsvinden, mits de arousal optimaal is (Carrier & Greenberg, 2010).

- **Sequentie van procesmatig werken met emoties (emotional processing)**

Theorema 10: Emotional Processing wordt gezien op een continuüm bestaande uit verschillende fases (Pos, Greenberg, Goldman & Korman, 2003):

- *De cliënt richt de aandacht op de emotionele ervaring (maakt toenadering, activeert)*
- *De cliënt leert te verdragen 'live' contact te hebben met de emoties.*

- *De cliënt integreert cognitie en affect; exploreert, reflecteert de emotionele ervaring en verleent betekenis.*
- *De cliënt exploreert bijbehorende overtuigingen.*
- *De cliënt geeft uiting aan de emotionele ervaring.*
- *De cliënt identificeert behoeften en actietendensen die met deze emotie gepaard gaan.*
- *De cliënt past meningen en overtuigingen aan waardoor de cognitief-affectieve structuren wezenlijk veranderen.*

Na het in contact komen met de emoties is, indien geïndiceerd, de volgende stap het compleet ervaren van de emoties, waarbij het gaat om het specifiek en dieper ervaren van de emotie en deze tot expressie te brengen. In dit proces zijn volgens Stinkens (2009) verschillende middelen voorhanden om de cliënt hierin te ondersteunen, zoals symboliseren, bewegingen, gelaatsuitdrukkingen, specifieke vormen, klanken, woorden of beelden. Ook hebben diverse auteurs in navolging van Gendlin de focusing methode uitgewerkt tot een sequentie van zeven stappen, (zie o.a. Gendlin, 1981; Greenberg, 2004; Coffeng & Vlerick, 2008; Stinckens, 2009) waarbinnen de cliënt tot een completere en diepere ervaring kan komen.

Theorema 11: Watson en Bedard (2006) tonen aan dat emotional processing moet plaatsvinden volgens een aantal affectieve betekenisvolle 'states', waarbij het begin gemarkeerd wordt door algemene, ongedifferentieerde ellende, verwarring, droefheid etc. Vanuit deze toestand moeten er verschuivingen plaatsvinden naar andere affectieve states en positieve reflecties daarop wat uiteindelijk leidt tot acceptatie en beheer van eigen emoties.

3.2 Informatie uit de Psychomotorische therapie (subvraag 2)

Tabel 2. Overzicht resultaten Psychomotorische therapie

Boek	Hoofdstuk	Bevindingen
Lange, J. de, (2005). Een vak apart.	22. Klis, P. van der (oorspronkelijk 2004). Van mythe naar multimediaspeler.	Criteria vaktherapie
Lange, J. de (2005). Psychomotorische therapie in de praktijk.	H14. Klis, P. van der. De grenzen van de psychomotorische therapie. Over rekkelijken en preciezen.	Definitie PMT
	H10. Hekking, P.J.A.M. & Blink, M.J. van der (2005). Ervaringsgerichte psychomotorische therapie met jeugdigen.	Wat is ervaringsgericht werken in de PMT?
	H1. Emck, C. & Bosscher R.J.(oorspronkelijk 2004).Psychomotorische therapie bij chronisch somatische aandoeningen.	Experiëntieel karakter van PMT.
Lange, J. de, (2010). Psychomotorische therapie. Lichaams- en bewegingsgerichte interventies in de GGZ.	H2. Leenders-van den Berkmortel, Hoon, K. de, Jansen, G. (2010). Agressieregulatie in de verslavingszorg.	Lichaamssignalen.
	H3. Kalisvaart, H. Mijn lichaam zegt me niets.	Lichaamssignalen verbinding emoties.
	H12. Kraak, K. Psychomotorische therapie in de Multidisciplinaire Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen.	Aanvullende rol van PMT bij verschillende behandelvormen.
Meijden- van der Kolk, H. van der, Bosscher, R. (2007). PMT voor mensen met chronische pijn.	H3. Psychomotorische therapie voor mensen met chronische pijn.	Ervaringsgerichte aanpak.
Tijdschrift	Artikel	Bevindingen
Tijdschrift voor Vaktherapie (2005),1, 25-31	Berman, A. (2005). Ich bin ein vaktherapeut. Overdenkingen bij het beroep, de federatie en opleidingen.	Ervaringsgerichte therapie.
Tijdschrift voor Vaktherapie (2009), 2, 3-11.	Hoven, M., Muthert, M., Hoeksema, M.M.. (2009). Waarnemen: eenvoudig en moeilijk. Eendaagse deeltijdbehandeling voor cliënten met DIS.	Mate van afstand tot het onderwerp, keuze wel/niet in de ervaring werken.
Tijdschrift (2003), 3,8-14	Benneker, R. (2003). The only way is up. Een brutale blik op de toekomst van de vaktherapieën.	Gemeenschappelijke kenmerken vaktherapie.
NVPMT. Beroepsprofiel maart 2009. www.nvpmt.nl	Beroepsprofiel.	Definitie PMT
Tijdschrift voor Psychomotorische therapie (1996) 2, 14-29.	Depestele, F. (oorspronkelijk 1986). Het lichaam in psychotherapie deel 2.	Ervaren is het ontsluiten van betekenissen. Lichaam is interactioneel.
'T Web. Tijdschrift voor bewegingsonderwijs, -therapie &recreatie, 4, 6-16.	Emck, C. (2001). Ik ben te oud om slechts te spelen.	Aard van de therapie is experiëntieel.
The Open Complementary Medicine Journal (2010), 2, 105-113.	Probst, M., Knapen, J., Poot, G., Vancampfort, D. (2010). Psychomotor Therapy and Psychiatry; What's in a name?	Action oriented of experience oriented.

3.2.1 PMT is een experiëntiële therapievorm

Om subvraag 2 “hoe wordt ervaringsgericht werken omschreven door experts uit de psychomotorische therapie?” te kunnen beantwoorden is de uitwerking van de gevonden resultaten gebaseerd op het volgende domein:

Domeintypering 2.

Psychomotorische therapie is een vorm van experiëntiële therapie. De psychomotorisch therapeut maakt specifieke ervaringen oproepbaar door middel van lichaamsgevoel/-ervaring en

bewegingsgedrag. Emoties hebben hierin een wisselende rol; over het algemeen wordt naar aanleiding van wat gedaan is, stil gestaan bij gevoelens; soms ligt de focus van een sessie juist op het voelen (en uiten) van emoties.

Zoals in hoofdstuk 1 al is genoemd, delen Probst et al. (2010) de psychomotorische therapie in in twee stromingen, de actiegerichtte en de ervaringsgerichte stroming.

De actiegerichtte stroming beschrijft hij als het leren, trainen, ontwikkelen van diverse mentale en fysieke vaardigheden; door oefenen worden perceptie en ervaringsmogelijkheden vergroot. De ervaringsgerichte invalshoek houdt in dat emoties, cognities en gedrag in een psychosociale context verkend en behandeld worden, met als doel nieuwe, corrigerende ervaringen op te doen. Lichaamsbewustzijn en fysieke activiteiten worden systematisch ingezet in de behandeling.

Bosscher en van der Meijden- van der Kolk (2007) benadrukken ook nog eens dat PMT door zijn ervaringsgerichte aanpak gericht is op integratie van denken, voelen en handelen en de verschillende biopsychosociale factoren.

Van der Klis (2004) formuleert de volgende omschrijving: “PMT is het arrangeren en manipuleren van bewegingssituaties in een therapeutische context van hulpverlening bij psychische/psychiatrische problematiek”. Het gaat om opzettelijke activiteiten met een professioneel karakter en om bewegingssituaties die ook situaties omvatten waarin de lichaamservaring centraal staat. Verder stelt hij dat therapeutische activiteiten in de context van vaktherapie aan zeker drie criteria moeten voldoen:

- Er moet sprake zijn van een activiteit met een relatief hoog gedragsgehalte.
- Er moet sprake zijn van activiteiten waarin de te behandelen (deel) problematiek oproepbaar en manipuleerbaar is. De therapeut moet actief kunnen zijn binnen het arrangement.
- Er moet sprake zijn van activiteiten waarbij de therapeut controle heeft over lukken en mislukken.

Hij vindt dat het concrete handelen en ervaren mogelijkheid biedt voor reflectie op het eigen doen en laten en voor hoe iemand over zichzelf denkt en spreekt. Hieruit blijkt dat ook hij het doen en ervaren centraal en noodzakelijk vindt in de PMT.

Hekking en Van den Blink (2005) geven de volgende drie kenmerken weer van ervaringsgerichte therapie, die PMT overstijgend zijn:

- Het focussen op de hier en nu situatie waarin de cliënt ervaart dat hij in een zelfsturende positie komt waardoor hij nieuw gedrag, een andere beleving en effectievere cognities realiseert.
- Er wordt betekenis gegeven aan handelen, beleven en denken op zodanige wijze dat de cliënt in directe relatie staat met een voor hem/ haar belangrijke, andere context.
- Het bovengenoemde betekenisvolle moment bevat nieuwe gedrags- en belevingsalternatieven.

Daarnaast is de psychomotorisch therapeut volgens hen specifiek deskundig op 2 gebieden:

- Door middel van het werken met het lichaam en door middel van bewegingsarrangementen creëert de therapeut nieuwe ervaringen bij de cliënt die inzicht verschaffen, nieuwe mogelijkheden geven en helend werken.
- De psychomotorisch therapeut creëert een situatie (materieel en immaterieel) waarin respons wordt opgeroepen.

Emck (2001) verwoordt dit als volgt: “Over de aard van de PMT kunnen we duidelijk zijn: het betreft een experiëntiële therapievorm, waarbij de therapeut de situatie zo arrangeert dat de cliënt specifieke ervaringen kan opdoen. Binnen deze ervaringsgerichte therapie passen ook conflictgerichte en oefengerichte benaderingen (Petzold 1998, NVPMT 1995). De essentie is echter

de ervaring: er wordt ter plekke iets gedaan en dit is de basis voor het verder beïnvloeden van gedrag, gedachten en gevoelens. Het aardige van dit startpunt voor PMT is dat het een gegeven is dat zij deelt met andere vaktherapieën, en waarmee zij zich onderscheidt van - primair verbale – psychotherapie.

In 2003 sprak Benneker op de studiedagen van de NVPMT ook over gemeenschappelijke kenmerken van de vaktherapieën, te weten:

- Een vaktherapie is een experiëntiële therapievorm; de therapeut arrangeert vanuit specifieke deskundigheid een situatie waarin de cliënt een specifieke ervaring op kan doen.
- Binnen de gearrangeerde situatie vindt een systematisch proces plaats van interventies door de therapeut.
- De essentie is de ervaring; er wordt ter plekke iets gedaan en dat is basis voor verdere beïnvloeding van denken, voelen en handelen.
- Er wordt betekenis verleend aan de ervaring, dit is noodzakelijk onderdeel van het therapeutisch proces.
- Er is een indicatie voor vaktherapie; de problematiek manifesteert zich binnen het ervaringsgebied van het vakgebied, het sluit aan bij een (deel) van de problematiek en/of is aanvullend op andere disciplines uit de GGZ.

Berman (2005) spreekt over ervaringsgericht behandelen, een vaktherapeut zal een cliënt uitnodigen tijdens de therapie tot actief handelen, of tot het ondergaan van zintuiglijke stimuli: actieve en receptieve werkwijzen waarin de therapeut actief sturing geeft. Daarbij gaat het niet alleen om de ervaring als wel ook om de betekenisverlening aan het handelen en de ervaringen in relatie tot de problemen of de stoornis.

Theorema 12: Psychomotorisch therapeuten definiëren ervaringsgericht werken als: er wordt ter plekke iets gedaan (activiteiten), in de hier en nu situatie ligt de focus op het concrete handelen (doen) en beleven (denken en voelen wat door het handelen wordt opgeroepen), hieraan wordt betekenis verleend en op basis hiervan worden er nieuwe, corrigerende ervaringen gecreëerd. Wat er gedaan wordt, gaat over lichaamservaring en/of bewegingsgedrag.

3.2.2 Lichaam en emotie in experiëntiële PMT

Laten we in het licht van het voorafgaande nogmaals de officiële definitie en omschrijving van PMT bekijken:

“PMT is een behandelvorm voor mensen met psychische problematiek, waarbij op methodische wijze gebruik gemaakt wordt van interventies gericht op de lichaamsbeleving en het bewegingsgedrag”.

En: *“Psychomotorische therapie is een professionele behandelingsvorm die zich kenmerkt door het planmatig en doelgericht construeren en manipuleren van bewegings- en belevingsarrangementen in een psychotherapeutische context”.*

Deze laatste definitie maakt duidelijk dat de therapeut een bewegingssituatie op maat aanbiedt. Daarbij wordt cliënten de gelegenheid geboden om op zowel gedrags- als belevingsniveau een leer- c.q. ontwikkelingsproces door te maken, waarbij denken, voelen en handelen en de integratie daarvan in relatie tot de problematiek centraal staan.

Psychomotorische therapie is daarmee primair een experiëntiële therapievorm; de essentie is de ervaring. Dit is de basis voor het verder beïnvloeden van gevoelens, gedachten en gedragingen, aansluitend op de hulpvraag van de cliënt (NVPMT, 2009).

De plaats van de lichamelijke ervaring staat in de psychomotorische therapie centraal, evenals het bewegingsgedrag. Beide constructen worden in allerlei producten (Hattum & Hutschemaekers, 2000)

en modules die doelgroepspecifiek zijn nader uitgewerkt. Recente voorbeelden hiervan zijn terug te vinden in De Lange (2010), Van der Meijden – van der Kolk en Bosscher (2007). Kalisvaart (2010) beschrijft hoe de verbinding tussen lichamelijke gevoelens en emoties/belevingen bij mensen met ernstige psychosomatische klachten verstoord is en middels PMT gewerkt kan worden aan het helen van deze verbinding en integratie. Ook Kraak (2010) benoemt in haar opsomming van behandelvormen voor mensen met persoonlijkheidsstoornissen de aanvullende rol die PMT kan bieden m.b.t. lichamelijk ervaren en emoties.

Theorema 13: PMT is een behandelvorm waarin altijd aandacht is voor de lichaamservaring en/ of het bewegingsgedrag (NVPMT, 2009).

3.2.3 Methodiek ervaringsgericht werken in de PMT

Hekking en Van den Blink (2005) benoemen de basisingrediënten voor ervaringsgericht werken:

- Het creëren van een context.
- Het benoemen (betekenis verlenen aan denken, voelen en handelen).
- Het waarderen/positief bekrachtigen.
- Intern attribueren.
- Cliënt in variërende thematische bewegings- /belevingsarrangementen plaatsen.
- Verbinden naar andere contexten op cognitief en handelingsniveau.
- Evalueren van nieuw gedrag.

Ook schenken zij volop aandacht aan het maken van de transfer van een betekenisvolle ervaring in de PMT naar andere contexten.

3.3 Overlap en verschillen (subvraag 3)

Om uiteindelijk de onderzoeksvraag zo volledig mogelijk te kunnen beantwoorden is het noodzakelijk om de resultaten en de bespreking daarvan met elkaar in verband te brengen. Dat leidt tot het beantwoorden van de derde subvraag: “Welke van de gevonden aanwijzingen bij de eerste subvraag zijn bruikbaar voor de algemene methodiek van de psychomotorische therapie?”

Domeintypering 3.

Er is overlap tussen de domeinen van de Process-Experiential Therapy en de Psychomotorische therapie als het gaat over het omschrijven van experiëntiële therapie en de plaats van lichaamsgevoel en emoties hierin. Er zijn ook verschillen in deze vergelijking, deze worden gezien als leerzaam en aanvullend voor de psychomotorisch therapeuten, omdat deze verschillen nog steeds gaan over experiëntiële therapie.

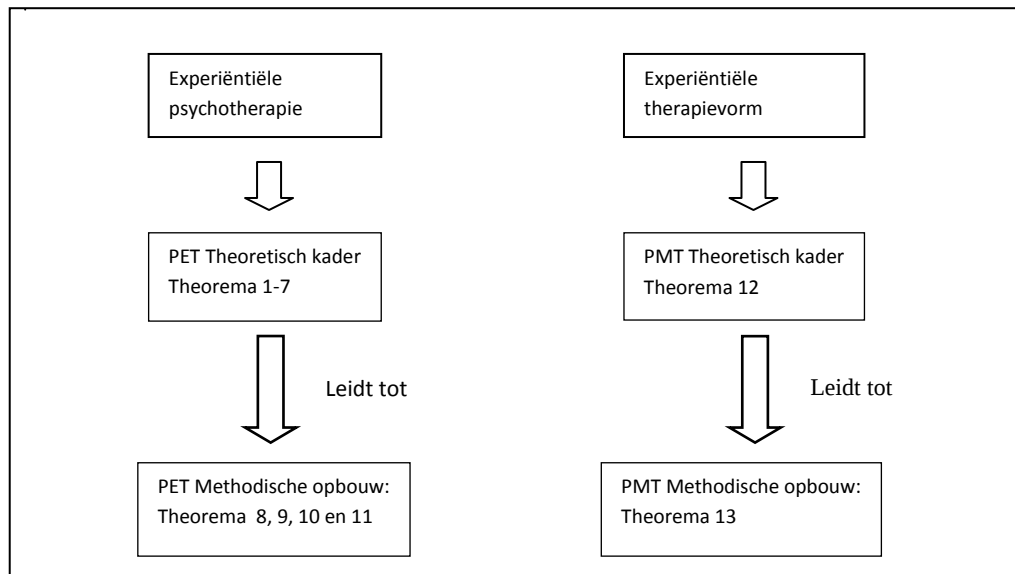
3.3.1 De theorema's naast elkaar

De afgeleiden van de resultaten zijn de 13 verschillende theorema's. Op de hierop volgende pagina staan ze in overzicht vermeld.

Tabel 3: Theorema's in overzicht

PET	PMT
<i>Theorema 1: Als we spreken van 'experientiële therapie' moeten we emoties daarin een centrale rol toe kennen (Elliot e.a., 2004).</i> <i>Theorema 2: Ervaren houdt interactie tussen lichaamsgevoelens, emoties en cognities in, bevat symbolisaties en intentionele aspecten en is in interactie met de omgeving (Lietaer, 2008).</i> <i>Theorema 3: In het ervaringsproces worden door bewustzijn van lichamelijke gewaarwording en emoties actietendensen voelbaar (Vanaerschot, 2008).</i> <i>Theorema 4: De complete reflectie op de opgedane ervaring biedt in therapie veranderingsmogelijkheden (Pascual & Greenberg 2007).</i> <i>Theorema 5: Emoties zijn complexe, zelforganiserende processen die onze ervaringen construeren, betekenissen genereren en onze acties en interacties aansturen (Stinckens, (2009a).</i> <i>Theorema 6: Emotieschema's vormen de kern van de ervaring waarin symboliek, gedrag, expressie en de waargenomen situatie de te onderscheiden elementen zijn, het geheel vormt 'een complete ervaring' (Leijssen, 1996; Greenberg, 2004).</i> <i>Theorema 7: Om op constructieve wijze in contact te kunnen zijn met onze emoties is het noodzakelijk in contact te zijn met het lijfelijke ervaren en hieraan betekenis te kunnen verlenen (Stinckens, 2009).</i> <i>Theorema 8: De methodisch opbouw m.b.t. het lichaam voelen luidt:</i> - <i>Lichaamsgevoel intern waarnemen, contact maken met lichamelijke ervaringen.</i> - <i>Lichaamsgevoel waargenomen met behulp van contact (feedback, spiegelen).</i> - <i>Het lichaam waargenomen door actie en beweging.</i> - <i>Non-verbale, lichamelijke expressie door middel van beweging (bv dansvormen).</i> - <i>Het lichaam in fysiek contact, diverse vormen van aanraking (taakgerichte, aandachts-, affectieve, expressieve, ondersteunende/ containment en cathartische aanrakingen), (Leijssen, 2006).</i> <i>Theorema 9: Het daadwerkelijk ervaren en uiten van emoties in therapie voorspelt een goede uitkomst van de therapie bij een optimale arousal en goede timing, dus in experientiële therapieën zou altijd het daadwerkelijk ervaren en uiten van emoties plaats moeten vinden (Carryer & Greenberg, 2010).</i> <i>Theorema 10: Emotional Processing wordt gezien op een continuüm bestaande uit verschillende fases (Pos, Greenberg, Goldman & Korman, 2003):</i> - <i>De cliënt richt de aandacht op de emotionele ervaring (maakt toenadering, activeert)</i> - <i>De cliënt leert te verdragen 'live' contact te hebben met de emoties.</i> - <i>De cliënt integreert cognitie en affect; exploreert, reflecteert de emotionele ervaring en verleent betekenis.</i> - <i>De cliënt exploreert bijbehorende overtuigingen.</i> - <i>De cliënt geeft uiting aan de emotionele ervaring.</i> - <i>De cliënt identificeert behoeften en actietendensen die met deze emotie gepaard gaan.</i> - <i>De cliënt past meningen en overtuigingen aan waardoor de cognitief-affectieve structuren wezenlijk veranderen.</i> <i>Theorema 11: Watson en Bedard (2006) tonen aan dat emotional processing moet plaatsvinden volgens een aantal affectieve betekenisvolle 'states', waarbij het begin gemarkeerd wordt door algemene, ongedifferentieerde ellende, verwarring, droefheid etc. Vanuit deze toestand moeten er verschuivingen plaatsvinden naar andere affectieve states en positieve reflecties daarop wat uiteindelijk leidt tot acceptatie en beheer van eigen emoties.</i>	<i>Theorema 12: Psychomotorisch therapeuten definiëren ervaringsgericht werken als; er wordt ter plekke iets gedaan (activiteiten), in de hier en nu situatie ligt de focus op het concrete handelen (doen) en beleven (denken en voelen wat door het handelen wordt opgeroepen), hieraan wordt betekenis verleent en op basis hiervan worden er nieuwe, corrigerende ervaringen gecreëerd.</i> <i>Theorema 13: PMT is een behandelvorm waarin altijd aandacht is voor de lichaamservaring en/ of het bewegingsgedrag (nvpmt 2009).</i>

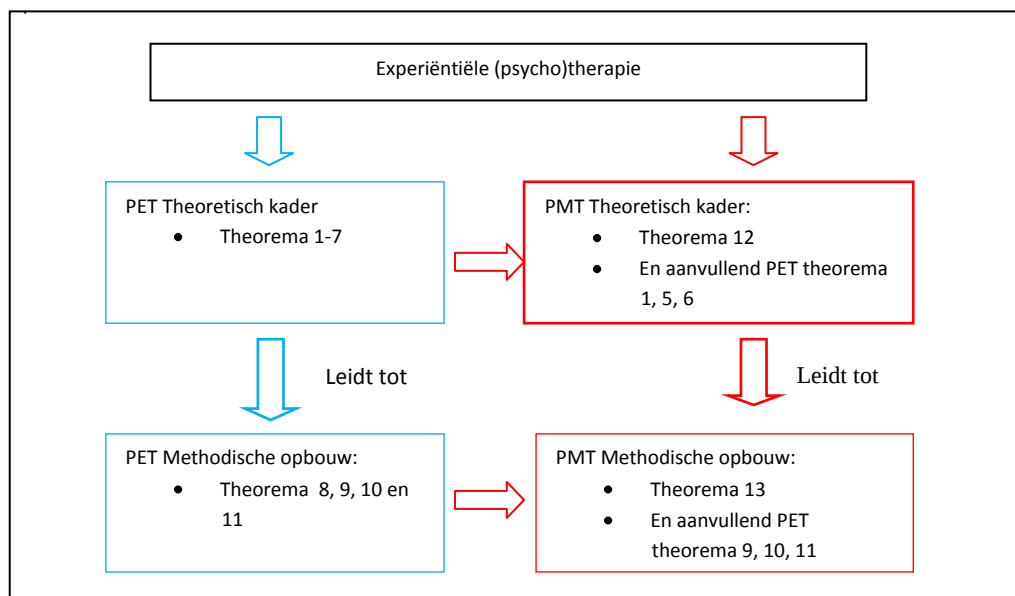
Een theoretisch kader geeft een wetenschappelijke basis om te komen tot een verantwoorde methodische opbouw. In figuur 2 is te zien hoe dat zich in de beide vakgebieden heeft ontwikkeld.



Figuur 2: Theorema's in schema

3.3.2 De toepasbaarheid van de PET theorema's voor de PMT

Vanuit de constatering dat PMT als vakgebied evenals de PET een verbijzondering van de experiëntiële psychotherapie, is de logische deductie dat uit het theoretisch kader van de PET onderdelen gebruikt kunnen worden in het theoretisch kader van de PMT (figuur 3). Dat zou er toe kunnen leiden dat de in de PET afgeleide methodische opbouw in zeker mate mogelijk ook zou kunnen functioneren binnen PMT.



Figuur 3: Geldigheid en toepasbaarheid PET theorema's voor de PMT

Theorema 12 van de PMT bevat elementen die door de PET als onmisbaar in de ervaring benoemd worden, namelijk lichamelijke gevoelens, emoties, cognities (symbolisaties), bewustzijn van actietendensen en de interactie met de omgeving. Ook zal de PMT altijd gericht zijn op de lijfelijke ervaringen en de betekenisverlening hieraan, het is de kern van de therapie. Dus de PET theorema's

2, 3, 4 en 7 vormen ook voor de PMT de theoretische uitgangspunten en geven de overlap aan. Methodisch theorema 8 wordt niet specifiek als methodische opbouw in de PMT beschreven, maar komt wel in de PMT praktijk aan bod. Nummer 10 wordt door sommige psychomotorisch therapeuten wel uitgevoerd, of een variant daarvan.

Wat niet expliciet terugkomt in de PMT zijn de theorema's die gaan over de centrale rol van emoties in experiëntiële therapie, dit zijn nr. 1 en 5. Theorema 6 geeft een nuanceverschil aan met de psychomotorisch therapeuten, zij hebben het accent op het handelend karakter van de ervaring, terwijl in de PET het accent ligt op het voelend karakter van de ervaring. Wanneer we de diverse modules en methodische uitwerkingen van de psychomotorische experts nader bekijken valt op dat de PMT programma's die gebaseerd zijn op een cognitief gedragstherapeutisch (CGT) referentiekader en het systemische referentiekader een minder prominente rol aan emoties toebedelen. Hiervan zijn meerdere voorbeelden, hier noemen we twee uit de meest recente PMT verzamelbundel. Roemen- van Haaren (2010) beschrijft een toepassing van de CGT behandeling voor mensen met depressie voor de PMT en in deze uitwerking is de plaats van emoties miniem. Ook komt in de uitwerking van psychomotorische gezinstherapie (Visser ea, 2010) niet duidelijk naar voren hoe het ervaren van emoties binnen het gezin methodisch gezien aan de orde komt. In andere behandelprogramma's wordt daarentegen wel een centrale rol toegekend aan emoties. Enkele voorbeelden hiervan zijn opgenomen in tabel 2.

Wanneer in de theorievorming van de PMT emoties (het voelen) niet als eerste kenmerk van ervaringsgerichte werken wordt gezien maar het handelen, dan is het logisch dat in de methodische theorema's ook verschillen te zien zijn. Er is geen consistente lijn in de PMT theorie en methodiek terug te vinden waaruit blijkt dat emoties kern zijn van de ervaring en het werken met emoties altijd een plaats zou moeten hebben in elke experiëntiële therapievorm. Dus de PET theorema's nr. 9, 10 en 11 kunnen beschouwd worden als waardevolle aanvulling voor de theorie en methodiekvorming van de PMT.

Concluderend kunnen we zeggen dat het grote verschil is dat de psychomotorische therapie experiëntiële therapie definieert als dat er ter plekke iets gedaan wordt, op basis waarvan cognities, gevoelens en het gedrag beïnvloed worden. Dit komt niet overeen met hoe de collega psychotherapeuten experiëntieel werken typeren. Zij vinden nadrukkelijk dat het voelen centraal moet staan in de sessie, dat kenmerkt de ervaring en het ervaringsgerichte werken. En vanuit die emoties ontstaan actietendensen die al dan niet in de sessie nader uitgewerkt worden. Daarbij zijn ze expliciet in hun visie over de manier waarop deze emoties in de sessie aan de orde gesteld worden, namelijk vanuit de cliënt, dus de cliënt volgend, met behulp van het verwoorden van lichaamssensaties en symbolisering.

Tot slot lijkt hier een algemene opmerking nog op zijn plaats. In het domein van de psychotherapie wordt meer en meer pleidooi gehouden voor een overkoepelend, schooloverstijgend model gebaseerd op de visie van Millon (Millon & Klerman, 1986a; 1986b; Millon 1999). Fundamenteel onderzoek in de psychologie en de neurobiologie hebben in alle referentiekaders ontwikkelingen in gang gezet en bieden een theoretische basis voor een integratieve benadering (Groen, Thunissen, & Colijn, 2009). Ook in dit algemene model voor psychotherapie hebben lichaamsgevoel, lichamelijke emoties een vaste basisplaats in elke therapiesessie naast de cognitieve, interpersoonlijke, gedrags en systemische component, ongeacht de scholing van de therapeut.

Hoofdstuk 4 Conclusies, discussie en aanbevelingen

4.1 Conclusies

Zolang psychomotorisch therapeuten zeggen experiëntiële therapie te bedrijven, zullen we terug moeten naar de herkomst van dit construct. Dat is de experiëntiële psychotherapie, wat betekent dat de theorievorming voor de PMT hier mee aangevuld zou kunnen worden.

De hypothese dat er aanwijzingen te vinden zijn in de experiëntiële psychotherapie en in het bijzonder de PET die de PMT theorie kunnen aanvullen is met deze literatuur studie voldoende onderbouwd. De belangrijkste aanvulling is het toekennen van grote waarde aan het ervaren en uiten van emoties in therapie, experiëntieel werken ofwel ervaringsgericht werken houdt als eerste het meemaken, ondergaan en voelen van emoties in, met pas daaruit volgend het komen tot actie en (nieuw) gedrag.

Door de wortels die de PMT mede heeft in de lichamelijke opvoeding is er op het terrein van het werken met bewegingsgedrag een schat aan kennis opgedaan. In de definiëring, theorievorming en methodiek neemt het zgn. 'bewegingsgericht werken' dan ook een grote plaats in binnen de PMT en biedt deze werkwijze veel mogelijkheden om te diagnosticeren, oefenen en experimenteren.

Echter, wanneer we de bron 'experiëntiële psychotherapie' in ogenschouw nemen, past het bewegingsgedrag, het doen, het handelen, de actie niet als eerste onder de noemer experiëntiële therapie. Deze noemer betekent wezenlijk iets anders.

Terugkomend op de tweedeling die Probst (2010) hanteert, namelijk de actiegerichte stroming en de ervaringsgerichte PMT kunnen we concluderen dat deze tweedeling wel recht doet aan de gevonden resultaten. Binnen de ene stroming ligt het accent op het voelen, de emoties en hoe deze door middel van de focus op de lichaamservaring in de therapie bewerkt kunnen worden, zoals voor een groot deel ook bedoeld door experiëntieel psychotherapeuten, zij het dat het spectrum aan werkvormen binnen de PMT waarschijnlijk veel uitgebreider en gevarieerder is. De actiegerichte stroming omvat alle aspecten van bewegingsgedrag en motoriek met het accent op doen, oefenen en vaardigheden uitbreiden. Voor een volledige omschrijving wordt verwezen naar Probst et al. (2010).

Een ander voordeel is dat deze tweedeling 'eindelijk' een eind maakt aan de onnatuurlijke splitsing tussen lichaams- en bewegingsgericht werken, een discussiepunt dat al jaren in de PMT terugkerend ingewikkeld is en waar in de theorievorming nog geen nieuwe stappen zijn gemaakt.

Waarschijnlijk zijn er nog andere voor- en ook nadelen, echter voor dit onderzoek voert het te ver om dat nader uit te zoeken.

Bovenstaande heeft consequenties voor de methodiek binnen de PMT, allereerst op het niveau van stoornis, hulpvraag en doelstelling. In de indicatie fase is het van groot belang om te onderzoeken wat de problematiek is en welke gestandaardiseerde behandelrichtlijnen hiervoor zijn.

Immers, niet voor alle doelgroepen is het passend om de eerste focus op de emotie te leggen, denk onder andere aan psychotische stoornissen.

De therapeut dient te komen tot een voorlopig beeld welke rol emoties in de problematiek spelen, uitgaande van de optimale arousal zone. Daarbij kan hij nagaan hoe de hulpvraag en doelen van de cliënt op gericht zijn op zijn "emotionele huishouding". Intakevragen, observaties en eventuele vragenlijsten kunnen hier een belangrijke rol in vervullen. De behandelrichtlijnen voor de verschillende stoornissen kunnen daarnaast ook aanwijzingen geven om te overwegen of de actiegerichte dan wel ervaringsgerichte benadering aangewezen is in de PMT behandeling.

4.2 Valkuilen, een kritische beschouwing

Laten we alvorens voorzichtige conclusies te trekken eerst bekijken waar valkuilen m.b.t. interpretatie van de onderzoeksresultaten liggen. Allereerst valt iets te zeggen over de gekozen zoektermen. Door vast te houden aan het begrip ‘experientiële’ is het goed mogelijk dat er vanuit de PMT te weinig informatie op tafel is gekomen om iets te kunnen zeggen over de plaats en rol van lichaam en emoties in de PMT. Tevens is daardoor het begrip bewegingsgedrag nauwelijks meegekomen in de verdieping van wat ervaringsgericht werken betekent binnen de PMT. Ook is gebleken dat door de keuze van deze term alleen informatie vanuit de experientiële psychotherapie is gekomen, waardoor mogelijke informatie uit de CGT, psychodynamische en systemische stromingen met betrekking tot ervaringsgericht werk in de PMT niet is opgeroepen. Daarnaast zijn niet alle bovenliggende concepten zoals ‘theorie’ en ‘methode’ voorafgaand aan dit onderzoek gedefinieerd, waardoor de uitwerking niet overal methodisch consistent is. Tot slot zijn er naast de PET ook andere lichaamsgerichte psychotherapieën die van hetzelfde basisschema uitgaan zoals opgenomen in figuur 1. Een voorbeeld hiervan is de Sensorimotor Psychotherapy van Ogden (2007). Zij ontwikkelde deze therapievorm voor cliënten met (complexe) PTSS. Het is een theorie en methode waar veel informatie te vinden is over de plaats van lichaamservaring en emoties in lichaamsgerichte therapie. Echter doordat de zoekterm ‘experiential therapy’ hier geen resultaten in opleverde is dit niet meegenomen voor dit onderzoek.

4.3 Aanbevelingen; hoe moeten we verder?

De theorievorming van de PMT is een lappendeken van vele waardevolle invalshoeken, methoden en technieken. Verdergaande theorievorming met het doel om een samenhangende en geïntegreerde visie op PMT op te bouwen is vanuit allerlei perspectieven van belang, zoals profilering als psychomotorisch therapeut, internationale plaatsbepaling, wetenschappelijke ontwikkelingen en opleiding. Hieraan moet verder gewerkt worden zonder verlies van de “PMT wortels”. Deze theorievorming kan vervolg krijgen door een soortgelijke crossdisciplinaire (systematische) literatuurstudie met de CGT, om te onderzoeken welke kennis uit deze therapiesoort te modificeren is voor de actiegerichte stroming binnen de PMT en daarmee meer body te geven aan de kant van het doen, handelen en het bewegingsgedrag. De tweede stap zou zijn de bevindingen te verwerken in de PMT definiëring en dit uit te dragen aan de collega psychomotorisch therapeuten. De Nederlandse vereniging voor Psychomotorische Therapie (NVPMT) kan hier een belangrijke bijdrage aanleveren via het vakblad, studiedagen, richtlijnen voor modulontwikkeling etc. Vervolgens zou het logisch zijn dat de PMT methodiek op basis van deze bevindingen nader ontwikkeld en uitgewerkt wordt. Wellicht is hier een kans weggelegd voor de methodiekdocenten op HBO en universitair niveau. Experimenteel onderzoek zou tot slot kunnen uitwijzen welke effecten in de PMT gesorteerd worden wanneer er volgens meer gestandaardiseerde methoden ervaringsgericht dan wel actiegericht gewerkt wordt.

Literatuur

Baljon, M. (2007). Lichaamsgerichte interventies in de experiëntiële behandeling van angststoornissen. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 33, 258-274.

Benneker, R. (2003). The only way is up. Een brutale blik op de toekomst van de vaktherapieën. *Tijdschrift voor Psychomotorische Therapie*, 3, 8-14.

Berman, A. (2005). Ich bin ein vaktherapeut. Overdenkingen bij het beroep, de federatie en de opleidingen. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 1, 25-31.

Boeije, H., (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek. Denken en doen*. Boom onderwijs: Hoofddorp.

Carrier, J.R., Greenberg L.S., (2010). Optimal levels of emotional arousal in experiential therapy of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 190-199.

Coffeng, T., Vlerick, E., (2008). Focusing en de experiëntiële aspecten van psychotherapie. In: Vanaerschot, G., Snijders, J.A., Takens, R.J., (red). *Handboek experiëntiële gesprekstherapie. De persoonsgerichte benadering* (pp. 181-203). Utrecht: De Tijdstroom.

Depestele, F. (1996). Het lichaam in psychotherapie deel 2. *Tijdschrift voor Psychomotorische therapie*, 2, 14-29.

Doesum, N., van (2010). Persoonsgerichte experiëntiële therapie is bijzonder effectief; samenvatting van een meta-analyse uit 2008. *Tijdschrift voor Clientgerichte Psychotherapy*, 48, 2010/1.

Elliott, R., Watson, J.C., Goldman, R.N., Greenberg, L.S. (2004). *Learning Emotion-Focused Therapy*. Washington: American Psychological Association.

Emck, C. (2001). Ik ben te oud om slechts te spelen. *'t Web, tijdschrift voor bewegingsonderwijs, -therapie en –recreatie*, 4, 6-16.

Emck, C. & Bosscher R.J. (2005). Psychomotorische therapie bij chronisch somatische aandoeningen. In: De Lange, J., Bosscher, R.J. (red). *Psychomotorische therapie in de praktijk* (pp.1-23). Boom: Amsterdam.

Emck, C. (2011). *Gross motor performance in children with psychiatric problems*. Uitgave eigen beheer: Amsterdam.

Gendlin, E. (1981). *Focussen. Gevoel en je lijf*. Haarlem: De Toorts.

Gendlin, E. (2010). Experiential philosophy and psychotherapy. In: Rennie, D. L., Bohart, A.C., Pos, A. E., Castonguay, L.G., Muran, J.C., Angus, L., Hayes, J.A., Ladany, N., Anderson, T. (Eds). *Bringing psychotherapy research to life: Understanding change through the work of leading clinical researchers* (pp. 165-174). Washington, DC, US: American Psychological Association.

't Hart, H., Dijk, J. van, Goede, M. de, Jansen, W., Teunissen, J. (1996). *Onderzoeksmethoden*. Amsterdam: Boom.

Groen, H., Thunnissen, M., Colijn, S., (2009). Normaal en verstoord psychisch functioneren: een synthese In: Colijn, S., Snijders, H., Thunnissen, M., Bogels, S., Trijsburg, W. (red.). *Leerboek psychotherapie* (pp.39-50). Utrecht: De Tijdstroom.

Hattum, M. van, Hutschemakers, G. (2000). *Vakwerk. Producttyperingen van vaktherapeuten voor het programma stemmingsstoornissen*. Utrecht: Trimboos-instituut.

- Hekking, P.J.A.M., van der Blik, M.J. (2005). Ervaringsgerichte psychomotorische therapie met jeugdigen. In: De Lange, J. & Bosscher, R.J. *Psychomotorische therapie in de praktijk* (pp.173-193). Amsterdam: Boom.
- Hekking, P.J.A.M., Hoeksema, M.M. (2009). *Studentenhandleiding Training Methodische Vaardigheden*. Interne uitgave Master Psychomotorische Therapie, Hogeschool Windesheim Zwolle.
- Hutschemaekers, G., van Hattum, M. (2000). *In beweging. De ontwikkeling van producten voor psychomotorische therapie*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Hutschemaekers, G., Kalmthout, M.A., (2004). De evidentie van het cliëntgerichte gedachtegoed. *Tijdschrift voor Cliëntgerichte Psychotherapie*, 42, 5-17.
- Kalisvaart, H., (2010). Mijn lichaam zegt me (n)iets. Psychomotorische therapie bij cliënten met ernstige psychosomatische klachten. In: de Lange, J. *Psychomotorische therapie. Lichaams- en bewegingsgerichte interventies in de GGZ* (pp.53-70). Amsterdam: Boom.
- Kalmthout, M.A. van (1991). *Psychotherapie. Het bos en de bomen*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Klis, P. van der (2005; oorspronkelijk 1981). Over verbeelding gesproken. Enige notities rond modellen en psychomotorische therapie. In: Lange, J. de, (red). *Een vak apart. Artikelen over psychomotorische therapie* (pp.171-187). Utrecht: 't Web – Netwerk rondom Bewegen.
- Klis, P. van der (2005; oorspronkelijk 2004). Van mythe naar multimediaspeler. In: de Lange, J. (red). *Een vak apart. Artikelen over psychomotorische therapie* (pp.389-397). Utrecht: 't Web – Netwerk rondom Bewegen.
- Klis, P. van der (2005). De grenzen van de psychomotorische therapie. Over rekkelijken en preciezen. In: Lange, J. de, Bosscher, R.J., (red). *Psychomotorische therapie in de praktijk* (pp.255-269). Amsterdam: Boom.
- Kraak, K., (2010). Psychomotorische therapie in de Multidisciplinaire Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen. Aanknopingspunten voor behandeling. In: Lange, J., de. *Psychomotorische therapie. Lichaams en bewegingsgerichte interventies in de GGZ* (pp.243-262). Amsterdam: Boom.
- Leenders-van den Berkmortel, M., Hoon, K., de, Jansen, G., (2010). Agressieregulatie in de verslavingszorg. Psychomotorische therapie als antwoord op een complex probleem. In: Lange, J., de. *Psychomotorische therapie. Lichaams en bewegingsgerichte interventies in de GGZ* (pp.35-52). Amsterdam: Boom.
- Leijssen, M. (1995). *Gids voor gesprekstherapie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Leijssen, M., (1998). Focusing microprocesses. Greenberg, L.S., Watson, J.C., Lietaer, G. (Eds). *Handbook of Experiential Psychotherapy* (pp. 121-154). New York US: Guilford Press.
- Leijssen, M. (2001). Pesso-therapie en cliëntgerichte-experiëntiële therapie: een ideale LAT-relatie? *Tijdschrift voor Pesso psychotherapie*, 17, 1, 6-15.
- Leijssen, M. (2005). Lichaamsgerichte interventies in psychotherapeutische hulpverlening. Waardevol en ethisch verantwoord? In: Lange, J. de, Bosscher, R.J., (red). *Psychomotorische therapie in de praktijk* (pp.231-253). Amsterdam: Boom.
- Leijssen, M & Stinckens, N. (2006). Cliëntgerichte psychotherapie. In: Vandereyken, W., Hoogduin, C.A.L., Emmelkamp, P.M.G. (red). *Handboek psychopathologie. Deel 2 klinische praktijk* (pp. 133-147). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Leijssen, M., (2006). Validation of the body in psychotherapy. *Journal of Humanistic Psychology*. 46, 2, 126-146.

Lietaer, G., (2008). Contouren van het cliëntgericht- experiëntiële paradigma. In: Vanaerschot, G., Snijders, J.A., Takens, R.J., (red). *Handboek gesprekstherapie. De persoonsgerichte experiëntiële benadering* (pp.11-24). Utrecht: De Tijdstroom.

Lietaer, G., Vanaerschot, G., (2008). Persoonlijkheidstheorie en theorie van de persoonlijkheidsverandering. Deel 3. De visie van Greenberg; empirisch onderzoek en algemeen besluit. In: Vanaerschot, G., Snijders, J.A., Takens, R.J., (red). *Handboek gesprekstherapie. De persoonsgerichte experiëntiële benadering* (pp.161-177). Utrecht: De Tijdstroom.

Lucassen, P.L.B.J., Hartman, T.C. (red) (2007). *Kwalitatief onderzoek. Praktische methoden voor de medische praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Meijden van der- Kolk van der, H., Bosscher, R. (2007). *Psychomotorische therapie voor mensen met chronische pijn. Een methodisch raamwerk*. Zwolle: Windesheim.

Millon,T. (1999). Reflections on psychosynergy: A model for integrating science, theory, classification, assessment and therapy. *Journal of Personality Assessment*, 72, 437-456.

NVPMT. *Handleiding moduul ontwikkeling voor psychomotorische therapie*, 1998.

NVPMT. *Beroepsprofiel maart 2009*. www.nvpmt.nl

Pascual-Leone, A., Greenberg, L. S.(2007). Insight and Awareness in experiential therapy. In: Castonguay, Louis G. (Ed), Hill C., (Eds). *Insight in Psychotherapy* (pp. 31-56). Washington, DC, US: American Psychological Association.

Pascual-Leone, A., Greenberg, L.S., (2007). Emotional processing in experiential therapy: Why “the only way out is through”. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 875-887.

Ploeg, J. van der (red) (1996). *Reeks methodiekontwikkeling. Methodiek in beeld*. Amsterdam: uitgeverij SWP.

Pos, A.E., Greenberg, L.S., Goldman, R.N., Korman, L.M., (2003). Emotional processing during experiential treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 1007-1016.

Probst, M., Knapen, J., Poot, G., Vancampfort, D. (2010). Psychomotor therapy and psychiatry; What’s in a name? *The Open Complementary Medicine Journal*, 2, 105-113.

Rennie, D.L., Bohart, A.C., Pos, A.E., (2010). Eugene Gendlin: Experiential philosophy and psychotherapy. In: Castonguay, L.G. (Ed), Muran, J.C., Angus, L., Hayes, J.A., Ladany, N., Anderson, T. (Eds), *Bringing psychotherapy research to life: Understanding change through the work of leading clinical researchers*. Washington, DC, US: American Psychological Association.

Roemen- van Haaren, M. (2010). Psychomotorische therapie vanuit een cognitief gedragstherapeutische invalshoek bij depressie dagbehandeling. In: de Lange, J. *Psychomotorische therapie. Lichaams en bewegingsgerichte interventies in de GGZ* (pp.17-34). Amsterdam: Boom.

Smeijsters, H. (2008). *Handboek creatieve therapie*. Bussum: Coutinho.

Stinckens, N., (2009a). De affectieve component. In: Colijn, S., Snijders, H., Thunnissen, M., Bogels, S., Trijsburg, W. (red.), *Leerboek psychotherapie* (pp.73-84). Utrecht: De Tijdstroom.

Stinckens, N., (2009b). Affectieve processen. In: Colijn, S., Snijders, H., Thunnissen, M., Bogels, S., Trijsburg, W. (red.), *Leerboek psychotherapie* (pp193-204). Utrecht: De Tijdstroom.

- Takens, R.J., (2008). Diepgang in het exploratieproces: analyse van de therapeutische interactie. In: Vanaerschot, G., Snijders, J.A., Takens, R.J., (red). *Handboek gesprekstherapie. De persoonsgerichte experientiele benadering* (pp.323-346). Utrecht: De Tijdstroom.
- Tamboer, J.W.I. (2005; oorspronkelijk 1985). Bewegen als handelen. In: de Lange, J. de, (red). *Een vak apart. Artikelen over psychomotorische therapie* (pp.309-324). Utrecht: 't Web – Netwerk rondom Bewegen.
- Vanaerschot, G., Lietaer, G., (2008a). Het beleven als centrale focus. In: Vanaerschot, G., Snijders, J.A., Takens, R.J., (red). *Handboek gesprekstherapie. De persoonsgerichte experiëntiële benadering* (pp.29-48). Utrecht: De Tijdstroom.
- Vanaerschot, G., Lietaer, G., (2008b). Persoonlijkheidstheorie en theorie van de persoonlijkheidsverandering. Deel 2. De visie van Gendlin. In: Vanaerschot, G., Snijders, J.A., Takens, R.J., (red). *Handboek gesprekstherapie. De persoonsgerichte experiëntiële benadering* (pp.139-160). Utrecht: De Tijdstroom.
- Villan, J., De Lange, J. (2010). Krachttraining bij depressie. Het effect van anaerobe inspanning op depressie; een systematisch review. In: de Lange, J., (red) (2010). *Psychomotorische Therapie. Lichaams- en bewegingsgerichte interventies in de GGZ* (pp.227-242). Amsterdam: Boom.
- Visser, M., Albrechts, B., Maurer, J., Krot, H., (2010). Psychomotorische gezinstherapie. Een dialoog tussen systeemtherapeut, psychomotorisch therapeut en gezin. In: De Lange, J. (red.), *Psychomotorische therapie. Lichaams en bewegingsgerichte interventies in de GGZ* (pp115-132). Amsterdam: Boom.
- Watson, J.C., Bedard, D.L., (2006). Client's emotional processing in psychotherapy: A comparison between cognitive-behavioral and process-experiential therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 152-159.
- Watson, J.C., Goldman, R. N., Greenberg, L.S. (2011). Humanistic and experiential theories of psychotherapy. In: Norcross, J.C., VandenBos, G.R., Freedheim, D.K. (Eds). *History of psychotherapy: Continuity and change* (2nd ed., pp. 141-172). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Wester, F. (1995). *Strategieën voor kwalitatief onderzoek*. Muiderberg: Coutinho.

Geraadpleegde websites:

www.nvpmt.nl

www.encyclo.nl

www.vandale.nl

www.TCgP.nl

www.pesso.nl

Bijlage 1. Zoektermen oriëntatiefase.

Picarta: Geavanceerd zoeken, instellingen: 2004-2010, boeken, artikelen, trefwoord nl/en.	
NL trefwoorden 0 resultaten	Experiëntiële benadering, - uitgangspunten, -therapie, - invalshoek, -methode, - substroming, - cyclus, -paradigma, experiëntieel proces, ervaringscyclus, ervaringsgerichte therapie, -werkwijze, -benadering.
E trefwoorden	Experiential Psychotherapy: 7 resultaten, 1 relevant: Learning emotion-focused therapy, Greenberg, 2004. Emotion Focused Therapy: 1 resultaat, 0 relevant.
Auteur	Greenberg and Elliott: 5 resultaten, 1 relevant: The Essence of Process-Experiential-Emotion-Focused Therapy . Elliott, Robert; Greenberg, Leslie S. / In: American journal of psychotherapy; vol. 61 (2007), afl. 3, pag. 241-254 (14) / 2007 Leijssen: 27 resultaten, 2 relevant: - Wijsheid in gesprekstherapie Leijssen, Mia / Universitaire Pers Leuven / 2004 - Validation of the Body in Psychotherapy Leijssen, Mia / In: Journal of humanistic psychology; vol. 46 (2006), afl. 2, pag. 126 146 (21) / 2006
TCgP: Instelling op keywords	
NL trefwoorden 0 resultaten	Experiëntiële invalshoek, -methode, -substroming, - cyclus, -paradigma, experiëntieel proces, ervaringscyclus, ervaringsgerichte therapie, -werkwijze, - benadering.
	Experiëntiële benadering: 6 resultaten, 2 relevant. - Robert, E. & Freire, B. Persoonsgerichte experiëntiële therapie is bijzonder effectief; samenvatting van een meta- analyse uit 2008. Tijdschrift voor Cliëntgerichte Psychotherapie, 2010, 48-1. - Lietaer, G., Vanaerschot, G., Snijders, J.A., Takens, R.J. (red.) Handboek gesprekstherapie. De persoonsgerichte, experiëntiële benadering. Experiëntiële uitgangspunten: 1 resultaat, 0 relevant. Experiëntiële therapie: 4 resultaten, 2 relevant: - Stinckens, N. & Becaus, L. Opereren op vreemd grondgebied. Kennis als toegangspoort tot contact bij de stoornis van Asperger. Tijdschrift voor Clientgerichte Psychotherapie, 2008, 46-1 - De meta analyse, zie hierboven

Bijlage 2 Onderzoek design vier wetenschappelijke studies.

Alle vier artikelen beschrijven (deel)aspecten van Proces-Experiential Therapy voor mensen met depressie, met het werken met emoties bij deze doelgroep als centraal punt. Alle onderzoekers geven expliciet aan dat de bevindingen niet gegeneraliseerd kunnen worden naar andere doelgroepen, wat voor de beantwoording van de vragen van dit onderzoek van belang is. Fasering, frequentie en diepte van de emotionele processen worden gemeten onder andere met behulp van de Experiencing Scale (Klein et al, 1986) en bekeken in relatie tot de therapieresultaten. Een kleine selectie uit alle bevindingen leek van belang voor subvraag 1, namelijk:

1. Pos, Greenberg, Goldman & Korman (2003) onderzochten onder andere het effect van emotionele uitingen op depressieve en algemene symptomen in een vroeg en laat stadium van experientiele therapie. Deze therapie bestond uit 16-20 sessies en werd geboden aan 34 cliënten met depressie. Met behulp van onder andere de Experiencing Scale (EXP) werden metingen gedaan m.b.t. de mate waarin cliënten contact kunnen maken met hun ervaringen en gevoelens en deze kunnen benutten in het omgaan met problemen. Daarnaast werden alle segmenten in de sessies met emotionele ervaringen met behulp van vaste criteria gescoord, waardoor er uitspraken gedaan konden worden over de kwaliteit en intensiteit van alle emotionele ervaringen van alle cliënten gedurende het gehele therapieproces.

Naar aanleiding van de resultaten van het onderzoek beschrijven zij dat het niet alleen gaat om het voelen en uiten van emoties in therapie, maar dat dit pas goede resultaten boekt wanneer er integratie tot stand komt tussen affecten en cognities. Het verband tussen overtuigingen en emoties moet geëxploreerd worden, de emotionele ervaring verwoord en behoeften geïdentificeerd. Deze complete reflectie op de ervaring geeft informatie voor nieuwe situaties en kan vastliggende betekenissen en overtuigingen veranderen.

De vaardigheden die voor Emotional Processing noodzakelijk zijn kunnen al aanwezig zijn in een vroeg stadium van de therapie of aangeleerd worden gedurende de therapie.

Emotional Processing wordt gezien op een continuüm bestaande uit verschillende fases:

- De cliënt richt de aandacht op de emotionele ervaring (maakt toenadering, activeert)
 - De cliënt leert te verdragen 'live' contact te hebben met de emoties.
 - De cliënt integreert cognitie en affect; exploreert, reflecteert de emotionele ervaring en verleent betekenis.
 - De cliënt exploreert bijbehorende overtuigingen
 - De cliënt geeft uiting aan de emotionele ervaring
 - De cliënt identificeert behoeften die met deze emotie gepaard gaan
 - De cliënt past meningen en overtuigingen aan waardoor de cognitief-affectieve structuren wezenlijk veranderen.
2. Watson en Bedard (2006) deden een vergelijkend onderzoek tussen CGT en PET bij 40 cliënten met depressie die al behandeling hadden gehad, waarvan 10 cliënten met slechte en 10 cliënten met goede resultaten deelnamen aan de CGT en PET. Verschillende vragenlijsten werden gebruikt om effecten te meten, waaronder de Experiencing Scale (EXP).

Zij vergelijken deze 2 behandelingen waarin emotional processing en positieve uitkomsten gemeten zijn met behulp van onder andere de Experiencing Scale (EXP). Deze meet het niveau waarop cliënten hun aandacht richten op hun interne ervaring en deze waargenomen gevoelens gebruiken als een informatiebron om succesvol met hun problemen om te kunnen gaan. Cliënten in beide type psychotherapiegroepen scoren hoger op de EXP bij metingen in de begin, midden en eindfase. De cliënten reflecteerden tijdens de therapie frequenter op hun ervaringen, stonden vaker stil bij de betekenisverlening en vertaalden dit naar hoe zij beter met hun problemen om konden gaan. Ook benoemen zij in hun artikel dat de scores op de EXP afnemen wanneer de therapeut actiever of verbaal is ingesteld, waardoor het moeilijker voor de cliënten is om stil te staan bij de exploratie of de expressie van hun ervaringen (Wiser & Goldfried, 1993). 1 van de conclusies is dat de cliënten die CGT hebben gevolgd meer afstand en meer losgekoppeld zijn van hun emotionele ervaringen dan cliënten die de PET gevolgd hadden. Echter er werden geen verschillen gevonden in afname van depressieve symptomen, beide behandelvormen bleken even effectief.

3. Pascual-Leone & Greenberg (2007) onderzochten in een 2delig onderzoek of er een generaliseerbare fasering (sequence) te destilleren was uit de emotionele ervaringen van cliënten tijdens 6 individuele PET- therapieën, ontwikkelden op basis van de uitkomsten van dit onderzoek een model van deze fasering waarna zij vervolgens dit model valideerden door het toe te passen op een groep van 34 cliënten met milde stemming en angstklachten. De onderzoeksvraag was in hoeverre tijdens de sessie goede resultaten geboekt werden met behulp van deze methode, met andere woorden of de verwarrende, negatieve en ongedifferentieerde gevoelens door dit model geherstructureerd konden worden, zodanig dat de eerst 'state' van verwarring daadwerkelijk verdween. Het model (State- Transition Diagram) geeft weer dat emotional processing moet plaatsvinden volgens een aantal affectieve betekenisvolle 'states', waarbij het begin gemarkeerd wordt door algemene, ongedifferentieerde ellende, verwarring, droefheid etc. Vanuit deze toestand moeten er verschuivingen plaatsvinden naar andere affectieve states en positieve reflecties daarop wat uiteindelijk leidt tot acceptatie en beheer van eigen emoties.
4. Carryer en Greenberg (2010) wilden in hun onderzoek vaststellen of en zo ja welke relatie er is tussen enerzijds de tijdsduur van het uiten van sterk geprikkelde emoties en anderzijds de therapeutische effecten daarvan. Zij onderzochten daarvoor 38 volwassen cliënten die in verband met depressie experientiele therapie volgden van gemiddeld 17,6 sessies. Process metingen werden gedaan met de Client Expressed Emotional Arousal Scale III (CEAS), een 7 punts schaal die de kwaliteit en intensiteit van geuite emoties meet. Naast deze meting vonden er in het onderzoek van Carryer en Greenberg sessie en uitkomst metingen plaats. Conclusies van dit onderzoek waren dat het daadwerkelijk ervaren van sterk geprikkelde emoties in therapie (in de behandeling van depressie) zinvol blijkt voor een positieve resultaten, mits dit in de middenfase van het therapieproces plaatsvindt, niet meer dan 25 % van de sessietijd in beslag neemt en de hoeveelheid van hoge arousal gematigd is. Te weinig emotional arousal voorspelt een slechtere uitkomst van de therapie (Carryer J.R., Greenberg L.S. 2010).

