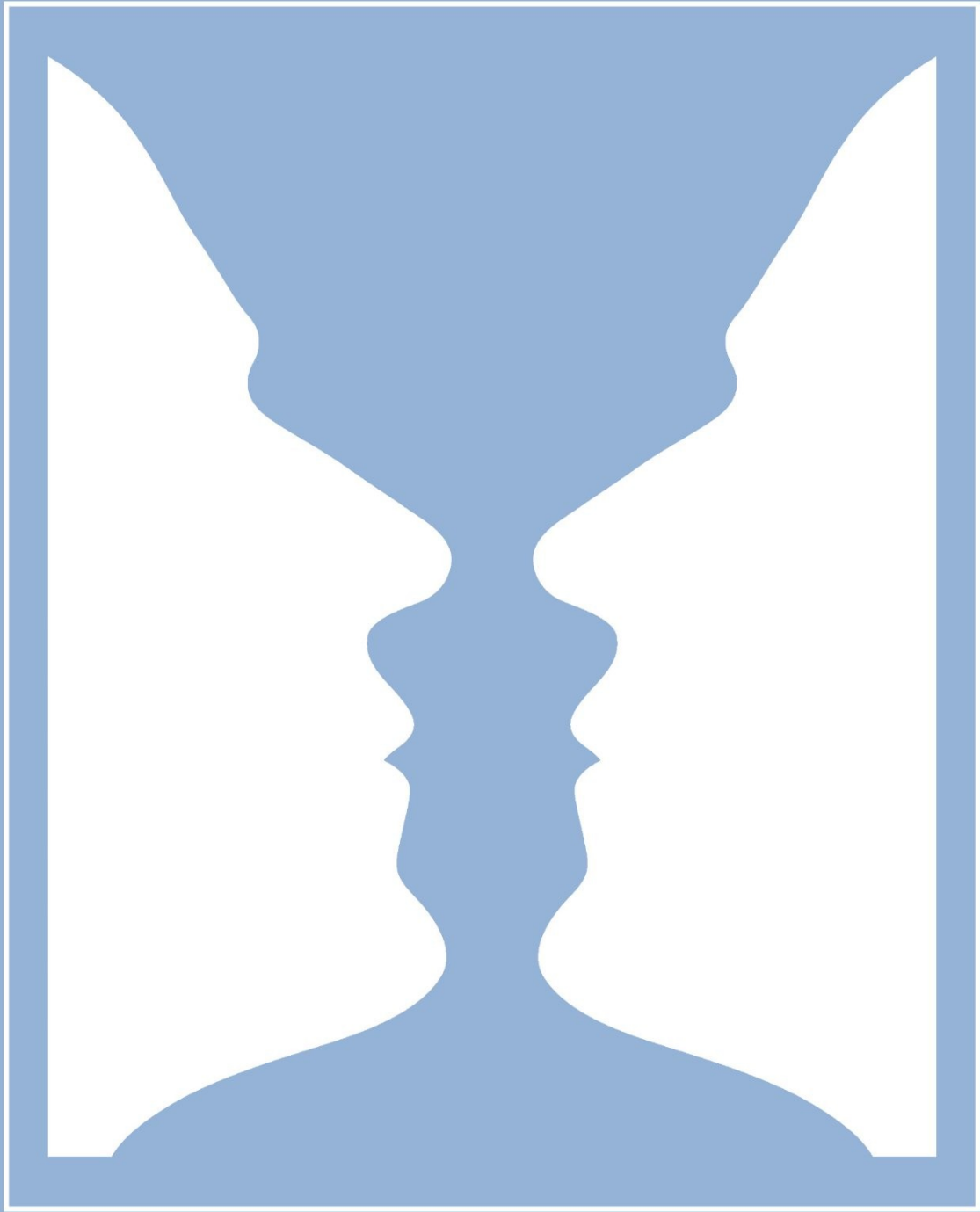




PMT voor de hulpverlener

Een onderzoek naar de bijdrage van PMT aan de zelfzorg van
hulpverleners om nadelige gevolgen van
tegenoverdrachtreacties te doen voorkomen.

Naam student; Elles Harwig

Naam begeleider; Gerald Riedstra

Naam beoordelaar; Sandra Verbeeten

Opleiding; Windesheim, Bewegingsagogie & Psychomotorische therapie

Datum; 20 mei 2012

Men kiest zijn werkelijkheid niet: men moet ze het hoofd bieden. Lukt dat niet, dan wordt men erdoor overspoeld. – Chris van de Veire

Voorwoord

Dit jaar heb ik mijn eindstage mogen lopen in de volwassenenpsychiatrie – PAAZ Amersfoort. Dit was een erg inspirerende maar ook heftige stageplek. In veel sessies ben ik geconfronteerd met verhalen van de cliënten over trauma, misbruik en suïcide. In een supervisie-verslag ben ik op mijzelf gaan reflecteren hoe ik met deze verhalen omga, of ik op een gezonde manier deze verhalen verwerk en of deze verhalen ook effect hebben op mij als persoon en op mijn therapeutische houding naar de cliënt. Van daaruit is mijn interesse gewekt voor de copingstrategieën van hulpverleners bij traumatische verhalen van cliënten.

Mensen die mij wat beter kennen weten dat ik er van houd om zo af en toe eens buiten de kaders te denken en werken. Ook bij het zoeken van een onderzoeksvraag wilde ik mij verdiepen in een onderwerp wat vernieuwend zou zijn. In eerste instantie wilde ik mij richten op het begrip secundaire traumatisering. In de literatuur is veel discussie of deze beroepsziekte een daadwerkelijk probleem is omdat wetenschappelijk onderzoek hier naar slechts mager resultaat oplevert. Dit begrip bleek te onduidelijk te zijn en daardoor te hoog voor mij gegrepen om onderzoek naar te doen. In mijn verdere zoektocht naar de risico's van het beroep als hulpverlener kwam ik bij menigeen het begrip tegenoverdrachtreacties tegen. Het begrip tegenoverdrachtreacties heb ik als leidraad voor mijn onderzoek genomen. Er is veel over geschreven mede omdat het aanleiding is voor mogelijke uitval van de hulpverlener. Een interessant aspect aan dit onderzoeksonderwerp voor mij is dat ikzelf eigenlijk deel uit maak van de onderzoekspopulatie. Hierdoor heb ik mij in de verkregen literatuur in kunnen leven en zullen de resultaten van het onderzoek ondersteunend zijn voor mijzelf als toekomstig hulpverlener.

Uiteindelijk ben ik trots op de verkregen resultaten, maar dit was niet gelukt zonder de hulp van een aantal mensen. Ik wil graag Gerald Riedstra, mijn begeleidend docent, bedanken voor het geduld dat hij opgebracht heeft om mij te begeleiden. Daar waar ik té ver buiten de kaders aan het denken was heeft hij af en toe wat helpende kaders neer weten te zetten, waardoor ik een waardevol resultaat af heb kunnen leveren. Daarnaast wil ik mijn ouders bedanken. Zij hebben mij geïnspireerd en gestimuleerd tot het komen van de resultaten van het onderzoek. Bedankt.

Zwolle, 2012

Elles Harwig

Samenvatting

Deze literatuurstudie geeft de resultaten weer die verkregen zijn door onderzoek naar de vraag welke bijdrage psychomotorische therapie kan leveren aan de zelfzorg van hulpverleners tot, het bewust worden van tegenoverdrachtreacties en de balans tussen afstand en nabijheid, om zo nadelige gevolgen van tegenoverdrachtreacties te doen voorkomen. In het onderzoek wordt gekeken naar de begrippen en het ontstaan van tegenoverdrachtreacties. Daarnaast wordt er gekeken naar de nadelige gevolgen van tegenoverdrachtreacties en de oorzaak hiervan. De resultaten geven weer dat de oorzaak voornamelijk ligt bij het niet bewust zijn van de tegenoverdrachtreacties met als gevolg een verstoorde balans tussen afstand en nabijheid in de hulpverlener-cliënt relatie. De zelfzorg voor de hulpverleners richt zich dan ook op deze twee aspecten, waarbij het bewustwordingsproces wordt onderverdeeld in aandacht en acceptatie van de tegenoverdrachtreacties en het bewust worden en herkennen van de lichamelijke signalen en emotionele reacties daarbij. In de literatuur wordt er gepleit voor ook een non-verbale gedeelte wat betreft trainingen gericht op therapeutische houding en zelfonderzoek. Psychomotorische therapie (PMT) valt onder de non-verbale therapieën en sluit zodoende hier erg goed aan. Zo kan de PMT een bijdrage bieden aan de zelfzorg van het bewustwordingsproces, lichaamsbewustzijn en het verkrijgen van de balans tussen afstand en nabijheid door middel van het gebruiken van aspecten uit de Mindfulness, Gestalttherapie en de Pesso-therapie.

Inhoudsopgave

	Pagina
Voorwoord	3
Samenvatting	4
Inhoudsopgave	5
Inleiding	6
Theoretisch kader	7
Methode	8
Hoofdstuk 1: Wat zijn tegenoverdrachtreacties?	10
1.1 Overdracht en tegenoverdracht	10
1.2 Tegenoverdracht op inhoudsniveau	11
1.3 Tegenoverdracht op betrekkningsniveau	12
1.4 Wat zijn de nadelige gevolgen van tegenoverdrachtreacties	14
1.4.1 Nadelige gevolgen van tegenoverdrachtreacties voor de cliënt	14
1.4.2 Nadelige gevolgen van tegenoverdrachtreacties voor de hulpverlener	15
Hoofdstuk 2: Hoe kan men nadelige gevolgen van tegenoverdrachtreacties doen voorkomen?	17
2.1 Bewustwordingsproces	17
2.1.1 Tot stand brengen van het bewustwordingsproces	17
2.2 Balans tussen afstand en nabijheid	18
2.2.1 Tot stand brengen van de balans tussen afstand en nabijheid	19
Hoofdstuk 3: Wat is psychomotorische therapie (PMT)?	20
Hoofdstuk 4: Welke bijdrage kan PMT leveren aan het bewustwordingsproces en de balans tussen afstand en nabijheid?	22
4.1 PMT en het bewustwordingsproces	22
4.1.1 Aandacht en acceptatie	22
4.1.2 Bewust worden en herkennen van lichamelijke signalen en emotionele reacties	23
4.2 PMT en de balans tussen afstand en nabijheid	24
Discussie	25
Conclusie	26
Aanbevelingen	27
Literatuurlijst	28

Inleiding

Aanleiding en probleemstelling van het onderzoek

Uit meerdere onderzoeken blijkt dat de persoon van de hulpverlener meer invloed heeft op het succes van de behandeling dan de richting, methode of technieken die gebruikt worden. Bovendien wordt een positief resultaat van de behandeling vooral bepaald door een goede werkrelatie tussen therapeut en cliënt. Wanneer de hulpverlener niet goed in zijn vel zit zal hij minder kunnen investeren in de relatie met zijn cliënt (Maes, 2006). Één van de oorzaken waardoor de relatie tussen de hulpverlener en de cliënt verstoord kan worden is wanneer het gebeurt dat de hulpverlener lijdt onder het aanhoren van het traumatische verhaal van de cliënt. Doordat de hulpverlener zichzelf als interventie inzet is er gevaar voor persoonlijke beschadiging bij het aanhoren van traumatische verhalen (Leijssen, 1998). De hulpverlener kan met tegenoverdrachtreacties reageren op het verhaal van de cliënt. Wanneer deze tegenoverdrachtreacties in doorgedraaide of ongeremde vorm zich naar de cliënt voor doen, dan kan de hulpverlener-cliënt relatie verstoord raken. De cliënt, maar ook de hulpverlener kan lijden onder de nadelige gevolgen hiervan. Bij de hulpverlener kan dit leiden tot emotionele besmetting en signalen van secundaire traumatisering; verstrikkingen in defensiemechanismen of verkrampst vasthouden aan technieken en procedures; of de hulpverlener dreigt geraakt te worden door een burn-out (Maes, 2006).

Doelstelling van het onderzoek

In deze literatuurstudie wordt er gekeken op welke wijze PMT een bijdrage kan leveren aan de zelfzorg van hulpverleners om de nadelige gevolgen van tegenoverdrachtreacties te doen voorkomen. In eerste instantie wordt er in het onderzoek gekeken naar de begrippen en het ontstaan van tegenoverdrachtreacties. Daarna wordt er onderzoek gedaan naar de oorzaak en het gevolg van de nadelige tegenoverdrachtreacties, hieruit zullen de doelstellingen van de zelfzorg zich vormgeven. Dit kan tevens als psycho-educatie voor de hulpverlener worden opgevat. Het onderzoek richt zich op de zelfzorg door middel van bewustwording van tegenoverdrachtreacties en het verkrijgen van een balans tussen afstand en nabijheid in de hulpverlener-cliënt relatie. PMT heeft duidelijke raakvlakken met deze doelstellingen van de zelfzorg, er wordt in het onderzoek gekeken naar hoe PMT hierin gestalte zou kunnen krijgen. Positief resultaat van het onderzoek kan aanleiding geven tot het schrijven van een PMT-module voor zelfzorg voor hulpverleners. Door het uitvoeren van een praktijkonderzoek aan de hand van de module kan er vervolgens gekeken worden naar de effectiviteit van de module. Waarna er mogelijk een training ontworpen kan worden (aan de hand van de module) voor hulpverleners ter voorkoming van nadelige tegenoverdrachtreacties.

Hypothese van het onderzoek

Een training aan de hand van de PMT-module zelfzorg voor hulpverleners levert een bijdrage tot het bewust worden van tegenoverdrachtreacties en de balans tussen afstand en nabijheid, ter voorkoming van nadelige gevolgen van tegenoverdrachtreacties.

Vraagstelling van het onderzoek

Welke bijdrage kan PMT leveren aan, de zelfzorg van hulpverleners tot, het bewust worden van tegenoverdrachtreacties en de balans tussen afstand en nabijheid, om zo nadelige gevolgen van tegenoverdrachtreacties te doen voorkomen?

Onderzoeksvragen van het onderzoek

- Wat zijn tegenoverdrachtreacties?
- Wat zijn de nadelige gevolgen van tegenoverdrachtreacties?
- Hoe kan men nadelige gevolgen van tegenoverdrachtreacties doen voorkomen?
- Wat is psychomotorische therapie (PMT)?
- Welke bijdrage kan PMT leveren aan het bewustwordingsproces en de balans tussen afstand en nabijheid?

Leeswijzer voor het onderzoek

De bovenstaande onderzoeksvragen zullen in gelijke volgorde in het onderzoek beantwoordt worden. Deze onderzoeksvragen zullen leiden tot een slot-antwoord van de vraagstelling welke in de conclusie beschreven staat.

Theoretisch kader

In deze literatuurstudie wordt er onderzoek gedaan naar de bijdrage van PMT aan de zelfzorg van hulpverleners.

Voor de beschrijving van de term '**hulpverleners**' gebruikt dit onderzoek de definiëring van het woordenboek van Van Dale;

Hulp-ver-le-ner *de, m, v -s* iem die medische, sociale hulp verleent

-Hulp *de 1v(m)* bijstand, steun, ondersteuning, redding: ~ *verlenen*; *te* ~ *komen*

-Ver-le-nen -leende, *h -leend 1*schenken, toestaan: *iem gratie* ~ **2** verschaffen, geven: *iem hulp* ~

Nu is 'hulpverlener', iemand die medische of sociale hulp verleent, een breed begrip. In dit onderzoek gaat het specifiek over de hulpverleners die in aanraking komen met het aanhoren van traumatische verhalen van hun cliënt.

Voor de beschrijving van de term '**traumatisch**' gebruikt dit onderzoek eveneens de definiëring van het woordenboek van Van Dale;

Trau-ma-tisch *bn* met de aard ve trauma: ~ *e ervaringen*

-Trau-ma *de, het; v(m) en o -'s, -ta 1*verwonding **2** (*psych*) hevige geestelijke aandoening die een stoornis veroorzaakt

In dit onderzoek zien we een cliënt met een traumatisch verhaal niet per definitie als een psychiatrische cliënt gediagnostiseerd met een trauma of PTSS volgens het DSM IV. In dit onderzoek gebruiken we de term 'cliënt met traumatisch verhaal' waaronder we zowel de cliënten met als zonder diagnose met trauma beschouwen.

Voor de beschrijving van de term '**zelfzorg**' gebruikt dit onderzoek eveneens de definiëring van het woordenboek van Van Dale;

-Zelf *aanw vnw 1* in eigen persoon; persoonlijk: *mijn vader* ~

-Zorg *de; v(m) -en 1* zorgvuldigheid, aandacht; zorgzaamheid: ~ *dragen voor*

De rest van de termen vanuit de vraagstelling worden in het onderzoek nader gedefinieerd.

Methode

De methode van dit onderzoek is een literatuuronderzoek; een systematisch opgezette zoektocht in de literatuur naar antwoord op de onderzoeksvragen, wat uiteindelijk leidt tot een antwoord op de vraagstelling. Bestaande kennis en onderzoeken van verschillende auteurs worden samengevat en met elkaar vergeleken om tot resultaat te komen. Het literatuuronderzoek is gericht op de zelfzorg voor hulpverleners om nadelige gevolgen van tegenoverdracht te doen voorkomen. Dit onderzoek dient een aanzet te zijn voor het schrijven van een module.

Inclusiecriteria

Bij het zoeken naar literatuur zijn er een aantal criteria geformuleerd. De literatuur die hier niet aan voldeed is uitgesloten. De gebruikte literatuur bestaat uit; boeken, artikelen (online of uit wetenschappelijke tijdschriften) en eerder uitgevoerde onderzoeken.

Onderscheidt is gemaakt tussen boeken en overige literatuur. Er zijn namelijk maar weinig boeken te vinden die inhoudelijk in gaan op tegenoverdracht bij hulpverleners van cliënten met traumatische verhalen. Daarom worden boeken na 1990 en overige literatuur na 2000 gebruikt.

Inclusiecriteria;

- Literatuur is Nederlands- of Engelstalig
- Boeken na 1990 gepubliceerd
- Overig literatuur na 2000 gepubliceerd
- Literatuur heeft betrekking op tegenoverdracht bij hulpverleners van cliënten met traumatische verhalen
- Literatuur heeft betrekking op PMT
- Literatuur heeft betrekking op de betreffende behandelmethoden

Database

Voor de bronnen zijn verschillende databanken gebruikt. Enkele databanken zijn opgevraagd via Windesheim hogeschool (mysite.windesheim.nl). De gebruikte databanken zijn:

- Tijdschrift Cliëntgerichte Psychotherapie
- Tijdschrift voor Psychotherapie
- Psychologie en Gezondheid
- Tijdschrift Gedragstherapie
- HBO Kennisbank
- Google Scholar

Naast deze databanken is er ook gebruik gemaakt van internetsites, namelijk:

www.pessotherapie.nl
www.nvpmt.nl
www.vandale.nl
<http://users.skynet.be>

Zoekstrategieën

De gebruikte zoektermen zijn in eerste instantie opgesteld aan de hand van de vraagstelling en onderzoeksvragen, zoals:

- (traumatische) Tegenoverdrachtreacties
- Overdracht & tegenoverdracht
- Copingsmechanismen
- Hulpverleners (van cliënten met traumatische verhalen)
- Bewustwordingsproces
- Lichaamsbewustzijn
- Afstand en nabijheid in hulpverlener-cliënt relatie
- Psychomotorische therapie

Naast het gebruik van zoektermen zijn er ook literatuurlijsten van de verkregen literatuur gebruikt om nadere literatuur over dit onderwerp te verkrijgen.

In de resultaten worden de termen therapeuten en hulpverleners nogal eens door elkaar gebruikt, in dit onderzoek zijn deze twee termen onder één noemer geplaatst, namelijk hulpverleners. Bij het zoeken van literatuur is in eerste instantie gezocht op de term hulpverleners. Daarmee werd ook veel literatuur waarbij men het specifiek heeft over de therapeut verkregen. Meerdere auteurs gebruiken deze begrippen door elkaar. Om complete resultaten te ontvangen zijn beide termen verwerkt.

Hoofdstuk 1. Wat zijn tegenoverdrachtreacties?

1.1 Overdracht en tegenoverdracht

Wanneer een cliënt zijn gevoelens en verwachtingen op de hulpverlener overbrengt noemt men dat *overdracht*. Wanneer de hulpverlener vanuit zijn gevoelens en verwachtingen reageert op de cliënt noemt men dit *tegenoverdrachtreacties*.

Auteurs gebruiken verschillende definities wanneer zij het hebben over overdracht en tegenoverdracht. De begrippen overdracht en tegenoverdracht zijn oorspronkelijk door Sigmund Freud bedacht. Hij omschrijft overdracht als het overdragen of overbrengen van oude (kind) gevoelens door de cliënt op de therapeut. Tegenoverdracht beschrijft Freud als het overdragen of overbrengen van vroegere gevoelens van de therapeut op de cliënt binnen de psychoanalyse (Delft van, 2009). Zoals Freud hier schrijft staat bij overdracht en tegenoverdracht het verleden centraal als de oorsprong van deze gevoelens. Het verleden als oorsprong van de overdracht en tegenoverdracht zien we ook bij andere auteurs terug die deze begrippen definiëren.

Overdracht

Van Praag (2006) beschrijft overdracht als volgt; “Op een persoon wordt in het hier en nu gereageerd als ware hij iemand van vroeger.” Van Praag zegt dat overdracht een herhaling is, een nieuwe editie van een oude relatie. Daarnaast zegt hij dat overdracht altijd inadequaat is. Het ontkent de realiteit.

Aarts en Visser (1999) beschouwen overdracht als de (onbewuste) herhaling van gevoelens, fantasieën en gedragingen ten opzichte van de therapeut, die oorspronkelijk gericht waren op de vroegste objecten, de ouders. Mensen herkennen de situatie van vroeger waardoor ze op een bepaalde manier er op kunnen reageren.

Dat de situatie die zich afspeelt raakt met het verleden van de betrokkene hoeft niet direct te betekenen dat men altijd reageert met een herhaling van die gevoelens, fantasieën of gedragingen ten opzichte van de ander. De psychoanalytische kant benaderd dit vanuit de drie componenten die je persoonlijkheid vormen en elkaar wederzijds beïnvloeden.

Het Id; Het Id zijn de (oer) gevoelens van een mens, de reflexen.

In het Id bevindt zich de gevoelsmatige, soms onbewuste herinnering aan vroeger, het reservoir voor (tegen)overdracht.

Het Superego; Het Superego is een component van je persoonlijkheid wat ontwikkeld wordt onder invloed van opvoeders en omgeving. In Superego schuilen onze idealen over onszelf, anderen en de samenleving.

Het Ego; Het Ego handelt en bemiddelt tussen het Id en het Superego door gevoelens en waarden en normen te toetsen aan het zelfbeeld en de omgeving zodat er gepast en gewenst gedrag ontstaat. Bij (tegen)overdracht heeft het Ego de functie bewust te maken hoe oude gevoelens vanuit Id en Superego in relaties met het hier en nu een, mogelijk storende, rol spelen.

Bij (tegen)overdrachtgevoelens is het Ego even niet alert genoeg om op een juiste manier te bemiddelen tussen Id en Superego; er worden vanuit het Id gevoelens geprojecteerd op een ander die objectief gezien niet bij de andere persoon of de situatie passen. Dat heeft vrijwel altijd te maken met de heftigheid van het (oude) gevoel dat door de ander of door de aard van de situatie wordt opgeroepen, waardoor het Ego niet goed in staat is om het te censureren (Delft van, 2009). In veel gevallen kan de mens dus zijn (tegen)overdrachtgevoelens bedwingen door het Ego. Wanneer deze (oude) gevoelens te heftig zijn kan het gebeuren dat het Ego het niet meer overziet en het Id de “vrije” gang kan gaan en deze oer-gevoelens geuit worden naar de ander.

Tegenoverdracht

In de literatuur zien we dat auteurs bij de definitie van tegenoverdracht vaak onderscheidt maken tussen verschillende typen. Wanneer we de verschillende typen die auteurs van elkaar onderscheiden met elkaar vergelijken, zien we overeenkomsten tussen de definiëring van de verschillende typen.

Haans (2007) haalt in zijn artikel Hafkenscheid (2004) aan. Hafkenscheid maakt een duidelijk onderscheidt in de definitie van tegenoverdracht, tussen twee verschillende typen en gebruikt daarvoor de termen; overdracht op *inhoudsniveau*, en overdracht op *betrekking- of bevelsniveau*. Er wordt een onderscheidt gemaakt tussen de reacties op de inhoud van de traumatische ervaringen en hun nasleep en een onderscheidt tussen de wantrouwende relatievorming. Gelijksortige beschrijvingen van deze twee verschillende typen zien we ook bij andere auteurs terug. In dit onderzoek wordt het onderscheidt dat Hafkenscheid maakt als richtlijn aangehouden omdat hij zijn beschrijving aan de hand van concrete termen uitlegt; 1. tegenoverdracht op inhoudsniveau en 2. tegenoverdracht op betrekkingniveau.

1. Tegenoverdracht op inhoudsniveau

Aarts en Visser (1999) definiëren tegenoverdracht zowel in een brede als een smalle definitie.

“De smalle definitie slaat op het gevoel dat de therapeut krijgt door de overdracht van de cliënt, dus letterlijk ‘tegenover de overdracht’. Daarbij halen Aarts en Visser de auteur Racker (1968) aan bij de definitie in smalle zin, hij koppelt twee begrippen aan tegenoverdracht; *complementaire* en *concordante identificatie*. Concordante identificatie is het zich inleven in de positie van de cliënt, dus vanuit de cognitieve leefwereld van de cliënt. Complementaire identificatie is het zich vooral inleven in de anderen die in het (be)leven van de cliënt een rol spelen.

Haans (2007) veronderstelt in zijn artikel dat de meeste auteurs van onderzoeken rondom tegenoverdrachtreacties twee tegenoverdrachtsdefinities gebruiken, maar dat zij deze door elkaar gebruiken. De eerste definitie is dat ze tegenoverdracht zien als reactie op het luisteren naar gruwelijke levenservaringen van de patiënt.

Bouwkamp (1999) maakt een onderscheidt in de gevoelens van de therapeut, zoals een hoge mate van sympathie naar de cliënt toe, dit leidt vaak tot overidentificatie en overbetrokkenheid. Sterke antipathie naar de cliënt leidt daarentegen tot desidentificatie, zichzelf afzetten tegen de cliënt en een gebrek aan betrokkenheid. Bouwkamp maakt binnen deze onderscheiding weer een onderscheidt tussen reacties van overbetrokkenheid en afstandelijkheid.

2. Tegenoverdracht op betrekkingniveau

Aart en Visser (1999) beschrijven de brede definitie van tegenoverdracht als volgt; “Gevoelens die de patiënt opriep werden niet gezien als onverwerkte restanten van een eigen neurotisch verleden, maar als belangrijk materiaal voor de behandeling.” Zij beschrijven tegenoverdracht als een positief middel voor de behandeling en de relatie tussen cliënt en hulpverlener.

Haans (2007); “De andere definitie van tegenoverdracht is dat ze tegenoverdracht zien als gevolg van de wantrouwende, achterdochtige, kwaadaardige, geïsoleerde relaties die de patiënten hebben ontwikkeld met mensen in hun omgeving, inclusief de behandelaar.”

Bouwkamp (1999) maakt een ander onderscheidt waarin hij angst centraal stelt. Hij ziet tegenoverdracht als een reactie op de relatie tussen cliënt en therapeut. Bij angst bestaat de tegenoverdracht onder andere uit het vermijden van angstproducerende interactie.

1.2 Tegenoverdracht op inhoudsniveau

Tegenoverdracht op inhoudsniveau heeft te maken met de reacties op de inhoud van de traumatische ervaringen en hun nasleep (Hafkenscheid, 2004).

Aarts en Visser (1999) halen in hun boek bij de uitleg over tegenoverdrachtreacties Wilson en Lindy (1994) aan. “Zij geven ook aan dat er reacties op angst en spanning bij de hulpverlener kunnen optreden wanneer de cliënt vertelt over een gruwelijke en ingrijpende gebeurtenis. Het zijn vaak specifieke fysiologische reacties zoals hart-kloppingen, spanning in hoofd, nek of rug, slaapstoornissen, vergeetachtigheid en overweldigd worden bijvoorbeeld door beelden. Behalve deze fysiologische reacties zijn er ook emotionele reacties zoals schaamte, schuld, woede en walging” (Aarts & Visser, 1999). Maar daarbij moet worden opgemerkt dat tegenoverdrachtreacties niet altijd negatief zijn. Wilson en Lindy beschouwen empathie als de belangrijkste psychologische reactie bij de therapeut als reactie op het verhaal van de cliënt, het zich kunnen inleven in de cliënt (Nicolai, 2008).

Copingsmechanismen

De manier waarop de hulpverlener reageert op het verhaal van de cliënt wordt bepaald door copingsmechanismen. Copingsmechanismen zijn manieren om de stress, die kan ontstaan bij het aanhoren van een traumatisch verhaal van de cliënt, te neutraliseren. Iedere hulpverlener ontwikkelt op basis van zijn levenservaringen zijn eigen copingstijl.

Maes (2006) beschrijft in zijn artikel een onderscheid tussen reacties op het verhaal van de cliënt. Hij gebruikt hierbij een citaat van Wilson en Lindy (1994), die een onderscheid maken tussen de reacties van afstandelijkheid of overbetrokkenheid, ook Nicolai (2008) en Bouwkamp (1999) gebruiken dit onderscheid in hun artikel. Wilson en Lindy schrijven dat ze in een grootschalige studie gevonden hebben dat onder hulpverleners alle reacties op trauma's variëren van afstandelijkheid tot overbetrokkenheid. Daarbij geven zij aan dat "de reactiestijlen en copingstrategieën gebaseerd op afstand of op betrokkenheid kunnen leiden tot een combinatie van traumaspecifieke tegenoverdrachtreacties (dat wil zeggen normale reacties op abnormale gebeurtenissen) en persoonlijke tegenoverdrachtreacties (vanuit eigen levensgeschiedenis extra geraakt, overgevoelig of heftig reageren) en in doorgedraaide of ongeremde vorm leiden tot secundaire traumatisering dat wil zeggen hulpverleners die getraumatiseerd raken door de emotionele betrokkenheid bij hun cliënten en hun traumaverhalen."

De copingstrategieën gebaseerd op afstand of op betrokkenheid noemt men *vermijding* en *identificatie*.

Vermijding

De hulpverlener kan reageren op het verhaal van de cliënt met een copingstijl in de vorm van vermijding en afstandelijk (Wilson & Lindy, 1994). Op het niveau van de afweer zijn deze reacties verbonden met intellectualisatie, rationalisatie, isolatie van het affect en ontkenning. Wat hun gedrag betreft zien we deze hulpverleners afstand nemen, zich verschuilen achter hun professionele status, uit machteloosheid te veel medicijnen voorschrijven, spreken over in plaats van met de cliënt, en de emoties van de hulpvrager onderdrukken of bagatelliseren. De 'afstandnemers' hebben de neiging het probleem (van een empathische blokkade) bij de cliënt te leggen. Door afstand te nemen vermijdt men (eventuele eigen) pijn (Maes, 2006).

Identificatie

De hulpverlener kan ook op het verhaal van de cliënt reageren met een copingstijl in de vorm van identificatie en overbetrokkenheid. Wanneer de hulpverlener een copingstijl inzet ter afweer van het traumatische verhaal zijn deze reacties vaak verbonden met identificatie, projectie en introjectie (Wilson & Lindy, 1994).

Aarts en Visser (1999) beschrijven dat in het verhaal dat de cliënt vertelt over zijn trauma er elementen van een filmscenario in zitten: er zijn slachtoffers, daders en redders. Het verhaal heeft een begin en een verloop, hoe fragmentarisch soms ook en er zijn keuzen, dilemma's, emoties en gedachten. Hierdoor kunnen er bij de luisteraar identificaties ontstaan. De therapeut gaat als het ware zichzelf begeven in het verhaal van de cliënt.

Schwartz (1993) benoemt nog een andere vorm van identificatie. De therapeut loopt het gevaar dat hij vergeet dat delen van het trauma van de cliënt ook invloed heeft op de therapeut zelf. De verhalen kunnen onbewust geïntrigeerd raken met een bepaald deel van de therapeut zijn leven omdat het zoveel op zijn eigen leven lijkt.

Maes (2006) beschrijft dat er ook projectieve identificatie kan ontstaan. Dat wil zeggen dat de cliënt ondraaglijke gevoelens in de therapeut gaat projecteren die zich daarmee gaat identificeren als waren het eigen gevoelens. De therapeut gaat de pijn overnemen en wil plaatsvervangend het trauma oplossen en komt in nabijheid tot de cliënt.

1.3 Tegenoverdracht op betrekkiningsniveau

Tegenoverdrachtreacties kunnen zich in de loop van de behandeling doen ontfouwen, er kunnen wantrouwende relatievormen ontstaan tussen de cliënt en de hulpverlener. Dit noemen we tegenoverdracht op betrekkiningsniveau. Het betrekkiningsniveau geeft de aard van de relatie aan van betrokkenen. De relatie die men met elkaar heeft beïnvloedt de boodschap, de inhoud van het verhaal van de cliënt.

Tegenoverdracht op betrekkningsniveau kan ontstaan door 1. eigen trauma's van de hulpverlener die geraakt worden, 2. onvervulde behoeften en 3. onmacht en almacht-gevoelens bij de hulpverlener.

1. Eigen trauma's die geraakt worden

Er kunnen tegenoverdrachtreacties ontstaan doordat de hulpverlener in zijn leven zelf ook een traumatische ervaring heeft beleefd en deze traumatische ervaring overeenkomt met het trauma van de cliënt. Vanuit deze negatieve ervaringen kunnen hulpverleners extra gemotiveerd zijn om hun cliënten adequaat te behandelen. De tegenoverdrachtreacties zijn in dit geval een extra motivatie. Leijssen (1998) haalt in haar boek een onderzoek van Sussman (1992; 1995; en in Corveleyn 1996) aan. Daarin komt naar voren dat één van de sterkste determinanten van de psychotherapie-beroepskeuze de (onbewuste) wens zou zijn om eigen emotionele problemen op te lossen. Uit dat onderzoek blijkt dat therapeuten hun problemen proberen op te lossen in het contact met de cliënt.

In de definities van tegenoverdracht komen we dit ook tegen, dat tegenoverdrachtreacties kunnen ontstaan vanuit het verleden van de hulpverlener. Auteurs beschrijven verschillende manieren waarop hulpverleners hun verleden en hun problematische gevoelens in contact met cliënten proberen te hanteren.

Bouwkamp (1999) schrijft over het feit dat therapeuten zorg dragen voor de ander om hierdoor zelf er iets voor terug te krijgen. Hij definieert tegenoverdracht als; reacties van de therapeut ten opzichte van de cliënt die primair gebaseerd zijn op de relaties in het verleden van de therapeut en die zijn eigen persoonlijke behoeften bevredigen in plaats van zijn beroepsmatige behoeften om de cliënt verder te helpen.

Donk en de Ridder (2000) schrijven dat de therapeut zijn eigen tekortkomingen kan gaan zoeken in contact met de cliënt. De therapeut kan zijn onlustgevoelens verminderen door deze te koppelen aan het traumaverhaal van de cliënt, hierdoor krijgen zijn eigen gevoelens een minder negatieve lading en voelt de therapeut minder tekortkoming wat betreft zijn gevoelens.

Leijssen (1998) veronderstelt dat "therapeuten onvoldoende aandacht besteden aan de eigen noden, onderdrukken de eigen agressie en schermen zich onvoldoende af tegen te hoge eisen of grensoverschrijdend gedrag van hun patiënten." De overdreven reddersneiging zou verband houden met onbewuste schuldgevoelens omdat ze denken dat ze geliefden schade hebben toegebracht of omdat ze hen niet hebben kunnen beschermen of helpen.

2. Onvervulde behoeften

Hierboven staat beschreven hoe een hulpverlener in zijn verleden, door problematische omstandigheden, te kort gedaan kan zijn in behoeften en dit tekort gaat opvullen in relatie met de cliënt. Maar ook wanneer in het verleden van de hulpverlener de behoeften wel bevredigd zijn kan de hulpverlener alsnog opzoek zijn naar behoefte bevrediging binnen de relatie met de cliënt. Dit komt doordat voor ieder mens het ontvangen van bepaalde basisbehoeften van essentieel belang is en blijft. Pesso zegt dat wanneer je tekort komt aan deze basisbehoeften je dan bang bent dat de behoeften zo groot en grenzeloos zijn dat niemand ze kan hanteren. Ze worden een 'drive' in het leven en blijven opzoek gaan naar bevrediging ervan (Van Haver en Pesso, 1994). Pesso onderscheidt vijf basisbehoeften van een mens; plaats, voeding, steun, bescherming en begrenzing.

Van de Veire (2006) beschrijft dat zoals een mens behoefte heeft aan basisbehoeften een therapeut behoeften heeft aan bevrediging van professionele behoeften. Enkele professionele behoeften van de therapeut zijn: de behoefte om van betekenis te zijn voor de cliënt, om hem te begrijpen, te ondersteunen en te beschermen. Therapeuten kunnen voorbij gaan aan hun eigen behoeften doordat velen opgeleid zijn in een hulpverlenersideologie, die uit gaat van een zelfopofferende houding. Zo ontstaat er een eenrichtingsverkeer waarbij de therapeut alleen maar geeft en de cliënt enkel ontvangt. Soms wordt er een evenwicht gerealiseerd doordat de cliënt zich ontwikkelt en de therapeut dus resultaat ziet van zijn werk, of dat de cliënt dank betuigt aan de therapeut. Op die manier wordt er toch nog voorzien in de professionele behoeften van de therapeut. Echter zien we nogal eens dat het evenwicht van het hulpverleners door de therapeut en voorzien worden van de professionele behoeften vaak niet zo goed in balans is wat een reden kan zijn voor het ontstaan van tegenoverdrachtreacties.

3. Onmacht en almacht

Nicolai (2008) zegt dat machteloosheid en hulpeloosheid de kern zijn van de traumadefinitie van de DSM. Beide gevoelens zijn overdraagbaar, 'besmettelijk'. Een bekende valkuil is het onvoldoende onderscheiden tussen de machteloosheid als het gevoel dat zich in de tegenoverdracht voordoet bij de vaak gruwelijke en schokkende ervaringen van de patiënte, en de machteloosheid die ontstaat omdat de therapeut niet weet wat hij moet doen.

Haans (2007) beschrijft in zijn artikel dat een therapeut zich kan verdedigen tegen ondraaglijke gevoelens van hulpeloosheid van de cliënt, door de rol van redder aan te nemen. De therapeut gaat dan een houding aannemen van almacht. Haans citeert in zijn boek een uitspraak van Powell (1995) "Reddersfantasieën of almachtsgevoelens van therapeuten kunnen soms leiden tot volharding." Daar waar anderen hulpverleners de behandeling al hadden opgegeven, blijven deze therapeuten de behandeling voortzetten.

1.4 Wat zijn de nadelige gevolgen van tegenoverdrachtreacties?

Hoewel empathie en volharding positieve gevolgen van tegenoverdracht kunnen zijn, wordt in de literatuur voornamelijk de negatieve kant van tegenoverdrachtreacties benaderd. Wilson en Lindy (1994) schrijven dat wanneer de tegenoverdrachtreacties in doorgedraaide of ongeremde vorm zich voordoen deze dan tot problemen kunnen leiden bij de cliënt en de hulpverlener.

1.4.1 Nadelige gevolgen van tegenoverdrachtreacties voor de cliënt

Oorzaak	Gevolg voor de cliënt
De therapeut reageert met een copingstijl van vermijding of afstand.	De groei van het proces van de cliënt kan blokkeren (Leijssen,1998).
Een probleemgebied van de therapeut wordt geraakt, of een conflict wordt geactualiseerd door de cliënt.	Waardigheid en de deskundigheid waarover de therapeut beschikt kunnen wegvallen, waardoor er minder effectieve therapie gegeven kan worden en de therapie belemmerd wordt (Leijssen,1998).
De therapeut reageert bij voorkeur zo op een traumaverhaal dat zijn eigen evenwicht van gesteldheid niet in gevaar komt.	Het evenwicht van gesteldheid van de cliënt kan in gevaar komen (Leijssen,1998).
Er is emotionele verwardheid of gestoordheid bij de therapeut.	Het kan de vooruitgang van de cliënt belemmeren of hem schade toebrengen (Leijssen,1998).
Een cliënt roept oude belevingen bij de therapeut op, bijvoorbeeld de beleving van verwaarlozing of ontkenning.	De therapeut blijkt in dergelijke gevallen vaak geen behandelplan te hebben en krijgt de cliënt te weinig en onregelmatig te zien (Aarts & Visser,1999).
De therapeut veronderstelt dat hij met eindeloze liefde en aandacht een cliënt beter kan maken.	De therapeut kan verstrikt raken waardoor hij grenzen bij de cliënt kan overschrijden door het in stand houden van de almachts-gevoelens (Aarts & Visser,1999).
Projectieve identificatie. (zie 1.2.2.)	Er kunnen verstrikte situaties ontstaan waardoor de therapie belemmerd kan worden (Aarts & Visser, 1999).

1.4.2 Nadelige gevolgen van tegenoverdrachtreacties voor de hulpverlener

Tegenoverdrachtreacties op inhoudsniveau

Oorzaak	Gevolg voor de hulpverlener
De therapeut is niet bewust van zijn copingstijl en afweerreacties, van vermijding of identificatie, op het traumatische verhaal van de cliënt, of de therapeut ontvangt deze niet als signaal.	De posities van het werk van de therapeut kan kwetsbaar worden (Pearlman & Saakvitne, 1995, geciteerd door Nicolai, 2008).
De therapeut neemt te veel verantwoordelijkheid op zich voor de cliënt.	De therapeut kan oververmoeid raken (Nicolai, 2008).
De therapeut houdt uit zelfbescherming de cliënt op afstand.	De therapeut kan minder empathisch op de cliënt reageren, de kans op therapeutische fouten neemt toe wat het professionele zelfbeeld kan doen verslechteren (Nicolai, 2008).
De therapeut onderzoekt niet de reacties van angst en afweer op zijn betekenis en functie voor de behandeling. (ongereflecteerde tegenoverdrachtreacties)	De therapeutische relatie zou beëindigd kunnen worden wat het therapeutisch kader verloren doet gaan en kan leiden tot collusies* (Nicolai, 2008).
De balans van afstand en nabijheid in de therapeutische houding is uit evenwicht.	Er kan emotionele besmetting ontstaan, signalen van secundaire traumatisering, een verstrikking in de defensiemechanismen of het verkrampt vasthouden aan technieken of procedures van de therapeut, of hulpverleners dreigen geraakt te worden door een burn-out (Maes, 2006).
De hulpverlener is niet bewust van de tegenoverdrachtreacties of vangt de signalen er niet van op.	Het gedrag kan hierdoor niet worden bijgestuurd waardoor de kans op een secundaire traumatisering vergroot (Maes, 2006).
Onbewuste en ongerefecteerde tegenoverdrachtreacties van de therapeut.	Er kunnen valkuilen ontstaan die de therapeut kwetsbaar maken voor grensoverschrijdingen. Deze valkuilen kunnen zich uiten in vermijdende of overbetrokken fantasieën (Aarts & Visser, 1999).

* Een collusie is een gezamenlijk spel waarbij de cliënt de therapeut zo sterk beïnvloedt, dat de therapeut zich aanpast aan de cliënt en niets meer durft te doen en niet meer juist kan functioneren (Nicolai, 2008).

Tegenoverdrachtreacties op betrekkingniveau

Eigen persoonlijke trauma van de hulpverlener en onvervulde behoeften

Oorzaak	Gevolg voor de hulpverlener
In het beroep van een therapeut is het niet mogelijk om eigen problematische levenservaringen te begraven. Eigen persoonlijke trauma's en gevoeligheden van de therapeut worden onvermijdelijk naar boven gehaald en kunnen, bewust of onbewust, zich gaan integreren met de thema's waar de trauma-client mee aan het werk is binnen de therapie.	De therapeut kan in de rol als getuige in mindere mate dezelfde gevoelens als zijn cliënt gaan beleven en last krijgen van diverse symptomen (Haans, 2007).
De hulpverlener zijn traumatische ervaring komt overeen met het trauma van de cliënt. De hulpverlener wil zijn copingsmechanisme die hij gebruikt heeft om zijn eigen trauma te hanteren aan de cliënt opleggen als oplossing.	Als dit copingsmechanisme bij de cliënt niet werkt of wordt afgewezen kan dit een negatief effect geven bij de hulpverlener (Maes, 2006).
De therapeut is voor zijn behoefte aan waardering	De therapeut loopt een verhoogd risico op een burn-

afhankelijk van zijn werk.	out (Maes, 2006).
De therapeut is niet bewust van de tegenoverdrachtreacties of ontvangt deze niet als signaal.	Er kunnen negatieve gevolgen ontstaan voor de therapeut (Pearlman, 1995).

Onmacht en almacht

Oorzaak	Gevolg voor de hulpverlener
De therapeut verdedigt zich, tegen ondraaglijke gevoelens van hulpeloosheid van de cliënt, door de rol van redder aan te nemen.	De therapeut kan hierdoor te weinig voor zichzelf opkomen en duwt zijn eigen gerechtvaardigde belangen opzij om de cliënt te blijven helpen. De therapeut kan bijvoorbeeld de bijeenkomsten veel te lang laten duren, staat veelvuldige contacten toe, laat zich niet of te weinig uitbetalen (Haans, 2007).
De therapeut neemt een houding aan van zelfoverschatting.	De therapeut kan over de grens gaan en gaat handelingen doen die niet horen in een therapeutische relatie (Haans, 2007).
De therapeut meent alles te kunnen genezen.	De therapeut kan hierdoor toevlucht nemen tot magische en destructieve praktijken (Maltsberger & Buie, 1974).
De therapeut heeft reddersfantasieën en almachtsgevoelens.	De therapeut zijn objectieve kijk op beperkingen kan worden belemmerd en het tijdig onderkennen van grenzen kan verhinderd worden (Powell, 1995, geciteerd door Haans, 2007).
De therapeut heeft almachtsgevoelens.	De almachtsgevoelens van de therapeut kunnen omslaan in gevoelens van falen, schuld en schaamte als we de controle kwijt spelen, opgebrand geraken, in tegenoverdrachtreacties te afstandelijk blijken of te dichtbij komen en overspoeld worden, zoveel tekort niet kunnen herstellen of problemen niet kunnen oplossen (Maes, 2006).
De therapeut heeft almachtsgevoelens.	De almachtsgevoelens van de therapeut kunnen omslaan in dat hulpverleners zich even hulpeloos, machteloos en verlamd als de cliënt voelen en/of gaan twifelen aan de professionele bekwaamheid van zichzelf en worden onzeker, hun energie verdwijnt, ze raken geïsoleerd of uitgeput, er kunnen psychosomatische klachten volgen en ze kunnen zich wanhopig voelen of geen perspectief meer zien (Maes, 2006).
Vaak ligt er onder de motivatie van de hulpverlener voor het kiezen van zijn beroep, een verborgen almachts-fantasie in de behoefte om te helpen. Het idee dat de therapie alle effecten van de traumatisering kan weg nemen.	De hulpeloosheid van de getraumatiseerde cliënten kunnen de therapeut bekrachtigen in een empathische overreactie en het overnemen van de verantwoordelijkheid. Ook kan de therapeut reageren met een empathische onderreactie waarbij de therapeut te veel op de autonomie en keuze vrijheid van de cliënt vertrouwd. Deze valkuilen rondom de motivatie voor het werk van de therapeut kan de therapeut kwetsbaar maken voor grensoverschrijdingen binnen de cliënt-therapeutenrelatie (Aarts & Visser, 1999).

Hoofdstuk 2. Hoe kan men nadelige gevolgen van tegenoverdrachtreacties doen voorkomen?

In de literatuur beschouwen veel auteurs het niet reflecteren en het niet ontvangen van de signalen van tegenoverdrachtreacties als oorzaak van de nadelige gevolgen ervan. Daarbij hebben we in het vorige hoofdstuk gezien dat het grootste gedeelte van de gevolgen van tegenoverdrachtreacties ligt bij overbetrokkenheid of afstandelijkheid. De bewustwording (als oorzaak) en de balans tussen afstand en nabijheid (als gevolg) ter voorkoming van nadelige gevolgen van tegenoverdrachtreacties worden in dit hoofdstuk verder belicht.

2.1 Bewustwordingsproces

In het vorige hoofdstuk schrijven auteurs zoals Nicolai (2008), Pearlman en Saakvitne (1995), Maes (2006) en Aarts en Visser (1999) de nadelige gevolgen van tegenoverdrachtreacties toe aan het niet bewust zijn van of het niet ontvangen van de signalen van tegenoverdrachtreacties. Maes zegt dat het gedrag hierdoor niet bijgestuurd kan worden waardoor de kans op nadelige gevolgen vergroot. Daarbij geeft hij aan dat bewustwording van de tegenoverdrachtreacties één van de belangrijkste curatieve en preventieve stappen is die de hulpverlener kan zetten om nadelige gevolgen hiervan te voorkomen. Ook van Delft (2009) beschrijft in zijn boek dat bewust geworden tegenoverdracht een zinvol veranderingsproces in gang kan zetten voor de therapeut. Bewust geworden tegenoverdracht kan de professionaliteit van de therapeut vergroten.

Volgens Leijssen (1998); “zou elke therapeut inzicht moeten hebben in zijn levensgeschiedenis, in de krachten die hem hebben gevormd en in de gevoeligheden die hij eraan overhoudt.” Als therapeuten zich dit bewust worden en die emotionele processen kunnen verwerken en plaatsen, maakt hen dat tot bekwaamere en betere therapeuten. Het is van groot belang dat hulpverleners leertherapie of de confrontatie met de eigen geschiedenis ondergaan binnen hun hulpverlenersopleiding. Leijssen benadrukt dat de hulpverleners bewust moeten zijn van hun verleden. Wanneer we terug kijken naar de definitie van tegenoverdracht zien we het verleden van de hulpverlener als oorzaak van tegenoverdracht. Het bewust worden van tegenoverdrachtreacties en het kijken naar het ontstaan ervan is dus van groot belang om nadelige gevolgen hiervan te voorkomen.

Leijssen (1998) haalt in haar boek een onderzoek van Spurling en Dryden (1989) aan die ervaringen van tien therapeuten uit verschillende oriëntaties gebundeld hebben. Zij rapporteerden dat negen van de tien therapeuten de eigen therapie hebben beleefd als een krachtige en opbouwende bron van leren. Wat therapeuten vooral hebben geleerd in hun therapie is het interpersoonlijke: warmte, empathie, geduld, respect, overdracht en tegenoverdrachtgevoelens leren onderkennen en ten goede gebruiken. Ook komt er in het onderzoek naar voren dat de therapeuten hun emotioneel en mentaal functioneren erdoor verbeterde, dat ze tot meer begrip kwamen van persoonlijke drijfveren en interpersoonlijke voorkeuren, dat conflictonderwerpen duidelijker werden, dat ze gevoeliger werden voor noden van cliënten en dat de stress van het beroep verminderde.

2.1.1 Tot stand brengen van het bewustwordingsproces

Maes (2006) gebruikt voor de bewustwording van tegenoverdrachtreacties de termen aandacht en acceptatie als middel van zelfzorg. Hij zegt dat de acceptatie moet beginnen bij het zichzelf toestaan van de therapeut aandacht te hebben voor zichzelf als persoon op lichamelijk, emotioneel, cognitief en spiritueel-niveau. Hij zegt dat er een milde aandacht moet ontstaan, zonder kritische veroordelende houding, waarbij therapeuten zich afstemmen op hun eigen noden, verlangens, gevoelens en pijnlijke plekken, maar ook op de positieve kanten van hen als therapeut. Acceptatie van wat er is staat op de voorgrond. Deze acceptatie van tegenoverdrachtreacties ontstaat door het overdenken van de oorzaken van de ontstane tegenoverdrachtreacties, zonder hier een oordeel aan te verbinden. Deze vorm van aandacht of “mindfulness” kan alleen maar vertrekken vanuit en eindigen bij acceptatie van wat er is. Maes schrijft in zijn artikel dat dit overdenken inhoudt dat de therapeut met aandacht kijkt naar zijn eigen lichamelijke signalen van tegenoverdracht of de emotionele reacties op het traumaverhaal van de cliënt. Daarbij dat er met aandacht gekeken wordt naar de negatieve gedachten en cognities die het om hulp vragen doen belemmeren. En dat de aandacht zich richt op de spirituele bedding. Door de therapeuten hun aandacht op deze aspecten te laten richten zullen de therapeuten zichzelf toe staan om hun almachtsgevoelens te

doorzien en te doorbreken door bewust te worden van de eenzaamheid die soms gevoelt wordt, of de vermoeidheid, machteloosheid, of het gekwetste kind dat in hunzelf aangeraakt wordt of de copingsmechanismen die optreden door het verhaal van de cliënt. Maes stelt vast dat wanneer therapeuten hun kwetsbaarheid erkennen en kunnen delen met anderen, zij krachtigere instrumenten worden in de hulpverlening.

Ook van Gaal (1998) schrijft over deze acceptatie als zelfzorg om nadelige gevolgen van tegenoverdrachtreacties tegen te gaan. Als het probleem (de tegenoverdrachtreacties) 'mag bestaan' zowel voor zichzelf als voor de omgeving, dan is er een grotere kans dat er op tijd de nodige hulp geboden of gevonden wordt en dat een tijdelijke crisis tot een groeikans omgebogen wordt.

Het hanteren en herkennen van tegenoverdrachtreacties als bron van informatie beschrijft Nicolai (1999) in het boek van Aarts en Visser (1999). Ook Nicolai beschrijft het overdenken van de tegenoverdrachtreacties als preventie; de eerste stap is zelfonderzoek. Hiervoor neemt zij de vragen die Danieli (1994) formuleert als leidraad. Daarbij schrijft zij de preventie ook toe aan het herkennen van lichaamssignalen en het accepteren van de tegenoverdrachtreacties; "Het is ook belangrijk om de eigen fysiologische reacties zoals spierspanning of hart-kloppingen te onderkennen en te beseffen dat alle therapeuten effecten ondergaan van het werken met getraumatiseerde cliënten" (Aarts & Visser, 1999).

Vervolgens beschrijft Nicolai (1999) intervisie als tweede stap. Zij geeft intervisie de functie van dat de therapeut de posttraumatische affecten, beelden en identificaties te containen. Containen is het ervaren van gevoelens zonder je er mee te identificeren of deze gevoelens te onderdrukken (Venwoude, 2010). Nicolai zegt, net zoals Maes in het bovenstaande stuk, dat gevoelens van tegenoverdracht geaccepteerd moeten worden door de gevoelens te ervaren zonder deze te beoordelen.

2.2 Balans tussen afstand en nabijheid

Zoals hierboven staat beschreven is het van groot belang om bewust te worden van de tegenoverdrachtreacties, zodat gedrag bijgestuurd kan worden om zo nadelige gevolgen hiervan te doen voorkomen. In hoofdstuk 1.2 hebben we gezien dat een gevolg van tegenoverdrachtreacties is dat er zich een verstoorde balans tussen afstand en nabijheid doet optreden. In deze paragraaf zullen wij het bijsturen van gedrag belichten door middel van het verkrijgen van een balans tussen afstand en nabijheid om zo de tegenoverdrachtreacties in doorgedraaide of ongeremde voor te kunnen zijn.

Maes (2006) schrijft in zijn artikel dat beide componenten, afstand én betrokkenheid, essentieel zijn in de reactie op een cliënt. Een hulpverlener kan dus niet alleen vanuit afstandelijkheid of overbetrokkenheid reageren op de cliënt omdat er dan negatieve gevolgen van tegenoverdrachtreacties kunnen ontstaan. Maes beschrijft de essentiële balans tussen afstand en nabijheid door middel van de hulpverlener op twee verschillende benen, deze benen moeten samen in balans zijn zodat ze stabiel staan;

<i>Het doe-been</i>	<i>Het betekenis-been</i>
Het gaat om 'doen', (be-)handelen, presteren (de zorgprestatie) Doel: oplossen van problemen Via; adequate, effectieve, efficiënte interventie -technieken, methodes, procedures -stappen/behandelplannen -diagnosestelling -rationeel-instrumenteel -dossier *1	Het gaat om 'zijn' als persoon, als mens: de houding Doel: creëren en delen van betekenis Via: emotionele en existentiële betrokkenheid en communicatie of presentie -acceptatie, echtheid, inleving -respectvol de ander zien en horen -openheid voor het traumaverhaal en de betekenis ervan voor de cliënt alsook voor zichzelf *2

* 1- Afstand is daarvoor noodzakelijk want afstand geeft overzicht, structuur en controle.

* 2- Nabijheid en betrokkenheid is daarvoor noodzakelijk want dat geeft dat de cliënt zich begrepen voelt, dat er ruimte voor het ontstaan en delen van beleving en betekenis is en dat de therapeut direct kan handelen.

Maes (2006) beschouwt de balans als een dynamisch evenwicht, er vindt steeds beweging plaats in de houding van de hulpverlener tussen afstand en nabijheid. Maes zegt dat de balans tussen afstand en nabijheid een proces is waarbij de hulpverlener zichzelf als persoon steeds weer bevraagt en toetst in

relatie tot de cliënt, zijn collega's en de organisatie. Wanneer de balans uit evenwicht is is dit geen fout of teken van onprofessionaliteit maar een signaal dat aandacht vraagt en een uitdaging biedt om persoonlijk en professioneel verder te groeien en zich te bekwamen. De hulpverlener bewaakt de balans tussen interventie en presentie, tussen doen en zijn, tussen zorg geven en zorg ontvangen, maar eveneens tussen alle aspecten (lichamelijk, emotioneel) van de eigen persoon en dus ook van de cliënt.

Balans, als een dynamisch evenwicht van therapeutische houding door Maes (2006) beschreven, komen we ook bij anderen auteurs tegen die schrijven over afstand en nabijheid. Aarts en Visser (1999) schrijven dat zonder empathie van de therapeut de therapeutische 'ruimte' verloren gaat. Empathie vatten zij hier op in de klassieke zin, als een *tijdelijke* vorm van identificatie, aanvankelijk voornamelijk gebaseerd op het affect en later meer op de onderliggende angsten en conflicten. De identificatie – empathie dient dus tijdelijk te zijn en niet volledig, gericht op de ander en met behoud van het observerend vermogen.

Grabau en Visser (1992) schrijven ook over de wisselende positie van de therapeut: "De positie van de therapeut bevat een belangrijke dubbelzinnigheid. De therapeut is voor de cliënt materiaal en medemens tegelijkertijd. Ook is de therapeut onderdeel van de totale situatie en tevens degene die een belangrijk voorwaarden scheppend aandeel heeft in het componeren van deze situatie." Daarbij beschrijven Grabau en Visser dat een consequentie van deze positie dan ook is dat de therapeut zich tegelijkertijd in de situatie begeeft, zich met haar cliënt verbindt en er afstand tot bewaart en erover reflecteert. "Zelfreflectie van de therapeut is belangrijk om de juiste verhouding tussen afstand en nabijheid naar de cliënt toe te kunnen bewaren" (Grabau en Visser, 1992).

2.2.1 Tot stand brengen van de balans tussen afstand en nabijheid

Er wordt in de literatuur veel geschreven over de noodzaak van de balans tussen afstand en nabijheid tussen de hulpverlener en de cliënt. Minder wordt er geschreven over de manier waarop deze balans te verkrijgen is. De artikelen waarin daar wel over gesproken wordt schrijft men voornamelijk de zelfreflectie van de hulpverlener toe als groot belang om de balans tussen afstand en nabijheid naar de cliënt toe te bewaren.

Van Delft (2009); Voor een goed evenwicht tussen afstand en nabijheid zal de werker steeds opnieuw moeten aftasten wat bij deze cliënt en in deze situatie van hem gevraagd wordt; professionele nabijheid of professionele afstand. Iedere werker moet tijdens een voortdurende interactie steeds afwegingen maken over de lichamelijke en emotionele afstand die hij moet betrachten en soms moet bewaken.

Baduin (2009); Door reflectie kun je te weten komen of de betrokkenheid te groot is, tot hoeverre je gaat delen in het lijden van de ander, of welke competenties nodig zijn om geen intieme grenzen te overschrijden. Reflectie is noodzakelijk om goed werk en goede zorg te kunnen leveren.

Krikilion (2006); Door onder andere stil te staan bij eigen functioneren en eigen gevoelens en interpretaties wordt een ruimte gecreëerd om te groeien in de balans van afstand en nabijheid.

Maes (2006); De balans tussen afstand en nabijheid is een proces waarbij de hulpverlener zichzelf als persoon steeds weer bevraagt en toetst in relatie tot de cliënt. De therapeut moet dus bewust zijn van zijn houding ten opzichte van de cliënt, dit bewust worden doet hij middels reflectie waardoor hij zichzelf aan kan sturen tot een juist balans tussen afstand en nabijheid.

Unen (2007); Zelfreflectie helpt om dilemma's zoals afstand houden versus dichterbij komen en kwetsbaarheid versus beheersing, beter te kunnen hanteren en om te zetten in cliëntgericht professioneel handelen.

In de literatuur is geen methodiek voor handen over de uitvoering van zelfreflectie over een houding in balans tussen afstand en nabijheid. Wel zien we trainers en coaches gebruik maken van verschillende reflectiemodellen zoals; STARR, Bateson en Korthagen, om professionele ontwikkeling te creëren. Nu zijn deze reflectiemodellen voornamelijk gericht op het cognitieve aspect terwijl Nicolai (1999) en anderen pleiten voor ook een non-verbale gedeelte wat betreft zelfonderzoek (zie hoofdstuk 4.).

Hoofdstuk 3. Wat is psychomotorische therapie (PMT)?

Psychomotorische therapie (PMT) is een behandelvorm voor mensen met psychische problematiek, waarbij op methodische wijze gebruik gemaakt wordt van werkvormen gericht op lichaamsbeleving en het handelen in bewegingssituaties (NVPMT, 2009).

Psychomotorische therapie is geschikt om dit gehele continuüm van psychische klachten (zowel relatief lichte psychosociale of ontwikkelingspsychologische problemen als ernstiger psychiatrische stoornissen verstaan, evenals psychosomatische problemen en (secundaire) psychische reacties op chronische ziekten en handicaps) te behandelen. Dit is mogelijk omdat de psychomotorische therapie een uitgebreid en flexibel in te zetten scala aan werkvormen, methodieken en strategieën heeft (NVPMT, 2009).

Werkwijze

Psychomotorisch therapeuten zetten hun werkvormen doelgericht in om de cliënt zowel letterlijk als figuurlijk in beweging te laten komen en stil te laten staan bij de betekenis van interactioneel bewegingsgedrag en/of zich te laten richten op de beleving van het eigen lichaam. Over het algemeen zijn er twee verscheidene werkwijze binnen de PMT; *bewegingsgeoriënteerde methodieken* en *lichaamsgeoriënteerde methodieken*.

Bewegingsgeoriënteerde methodieken zijn gericht op het bewegingsgedrag. Er wordt gebruik gemaakt van activiteiten vanuit het bewegingsonderwijs en de sport- en spelcultuur. Dit kunnen individuele of activiteiten in teamverband zijn zoals; voetbal, atletiek, skaten, klimmen, stoeisporten en zwemmen.

Lichaamsgeoriënteerde methodieken zijn gericht op de lichaamsbewustwording; Sensory Awareness, delen uit de Mindfulness Based Stress Reduction ofwel stressreductie door aandachtstraining, werken met spiegels en video; relaxatiemethoden; ademhalingsoefeningen en oefeningen afkomstig uit de bio-energetische traditie.

Veel werkvormen zijn in deze twee methodieken echter niet onder te brengen en kennen vaak ook symbolische aspecten. Bijvoorbeeld werkvormen uit de dans, bewegingsexpressie, Pesso Boyden Psychomotor Therapy, psychodrama, rollenspel en actietherapie.

In de praktijk van de psychomotorische therapie worden de methodieken vaak in combinatie gebruikt omdat op deze wijze de integratie van denken, voelen en handelen bevorderd kan worden. De psychomotorische therapeut stemt de methodiek zodanig af op de problematiek van de cliënt dat specifieke beleving en gedrag opgeroepen kunnen worden. Om de doelstellingen van de behandeling te bereiken volgt de psychomotorisch therapeut een specifieke behandelstrategie.

De oefengerichte-functionele strategie is gericht op stabilisering en op het ontwikkelen en/of herstellen van de functies van het lichaam. Hiervan is bijvoorbeeld sprake bij een aanbod gericht op spanningsregulatie. Meestal vindt een dergelijk aanbod gestructureerd en in de vorm van een training plaats. Ook fitness- en sportactiviteiten gericht op functionele aspecten als beweeglijkheid, lenigheid, uithoudingsvermogen, kracht, oefeningen gericht op lichaamsbewustwording en ademhaling en sterk gedragsgeoriënteerde trainingen maken deel uit van deze strategie.

De ervaringsgerichte-stimulerende strategie is primair gericht op het aanbieden van concreet-lichamelijke nieuwe of alternatieve ervaringen en daarmee op het uitbreiden van mogelijkheden en gedragsrepertoire. Het ontwikkelen van of herontdekken van (bewegings)mogelijkheden kan ook onderdeel van deze strategie zijn en daarmee bevat deze strategie dus elementen van identiteitsversterking, zelfontplooiing en persoonlijkheidsontwikkeling. Te denken valt aan het werken met contextmanipulatie binnen bewegingssituaties, bewegingsimprovisatie en bewegingsexpressie, Sensory Awareness.

De ontdekkende-conflictgerichte strategie waarbij inzicht en waar mogelijk verwerking van (elementen uit) de persoonlijke biografie centraal staat. Het accent ligt meer dan in de vorige strategieën op de koppeling van lichamelijke ervaringen in het hier en nu met vroegere sferen, gebeurtenissen en ervaringen. Niet alleen inzicht maar ook het aanbieden van corrigerende ervaringen op het niveau van het lichaam is van belang. Gedacht kan worden aan elementen uit de actieve therapie, Pesso Boyden Psychomotor Therapy,

Gestalttherapie of andere benaderingen waarin symbolisch werken en beleefde en relationele lichamelijke geïntegreerd worden (NVPMT, 2009).

Taken

De psychomotorisch therapeut heeft een groot aantal verschillende taken, zo kan hij preventietaken op zich nemen om zo de kans op het (opnieuw) optreden of verergeren van ziekten of gezondheidsproblemen te verminderen. Een voorbeeld hiervan is secundaire preventie, het vroegtijdig opsporen en behandelen van risicofactoren, voordat deze tot symptomen of klachten leiden, bijvoorbeeld een training in het vroegtijdig leren waarnemen van en beïnvloeden van lichamelijke spanningssignalen voor werknemers in een bedrijf met een hoog ziekteverzuim (NVPMT, 2009).

Hoofdstuk 4. Welke bijdrage kan PMT leveren aan het bewustwordingsproces en de balans tussen afstand en nabijheid?

Leijssen (1998) veronderstelt dat het zeer problematisch is als trainingen, gericht op therapeutische houding, uitsluitend verbaal zijn gericht en geen aandacht hebben voor de zo belangrijke non-verbale communicatie. In dat geval kunnen therapeuten hun gevoeligheid op dit punt niet ontwikkelen en worden zij zich niet bewust van hun lichaamstaal.

Ook Nicolai (1999) veronderstelt dat het verbale aspect niet genoeg is. Zij schrijft dat de ervaring leert dat bij het zelfonderzoek het nadenken in verbale termen alleen meestal niet voldoende is. Zij vindt dat zintuiglijke sensaties en metaforen vaak onmisbaar zijn voor zo'n zelfonderzoek. Een hulpmiddel is het concentreren op beelden (imaginatie).

Doordat PMT valt onder de non-verbale therapieën sluit PMT erg goed aan op datgene wat Leijssen en Nicolai in het bovenstaande veronderstellen.

4.1 PMT en het bewustwordingsproces

In hoofdstuk 2.1 hebben we gezien dat de volgende aspecten van belang zijn om een bewustwordingsproces tot stand te brengen om zo gedrag bij te kunnen sturen;

1. Aandacht en acceptatie

2. Bewust worden en herkennen van lichamelijke signalen en emotionele reacties

4.1.1 Aandacht en acceptatie

Zoals eerder genoemd zegt Maes (2006) dat de acceptatie van tegenoverdrachtreacties kan ontstaan door het overdenken van de oorzaken van de ontstane tegenoverdrachtreacties, zonder hier een oordeel aan te verbinden. Deze vorm van aandacht of “mindfulness” kan alleen maar vertrekken vanuit en eindigen bij acceptatie van wat er is. Het overdenken van oorzaken zonder hieraan een oordeel te verbinden kan gerealiseerd worden door, zoals Maes ook al benoemd; *Mindfulness*.

PMT en Mindfulness

Mindfulness valt onder de lichaamsgeoriënteerde methodieken van de PMT. Het kan onder meer aangeboden worden onder de oefengerichte-functionele strategie. De Mindfulness zal zich binnen deze strategie vormgeven door middel van lichaamsbewustwording, door met aandacht naar het lichaam te gaan, dit bewust waar te nemen, zonder hieraan een oordeel te verbinden. Daarnaast kan er binnen de ontdekkende-conflictgerichte strategie van de PMT gekeken worden naar de oorsprong van de tegenoverdrachtreacties, zonder hieraan een oordeel te verbinden.

De Mindfulness wordt toegepast in verschillende vormen, twee daarvan zijn; *Mindfulness Based Stress Reduction* (MBSR) en *Mindfulness Based Cognitive Therapy* (MBCT).

MBSR, ontwikkeld door Kabat-Zinn, is een inmiddels gerespecteerde en wetenschappelijk erkende behandelwijze bij stress en chronische pijn. MBSR vormt rond 2002 de grondslag van MBCT, ontwikkeld door Segal, Williams en Teasdale (Williams, Russel & Russell, 2008). MBCT richt zich specifiek op terugvalpreventie bij depressie (Koster, 2007).

In het beroepsprofiel van de PMT staat dat PMT'ers in de lichaamsgeoriënteerde methodieken gebruik maken van oefeningen gericht op lichaamsbewustwording met delen vanuit de Mindfulness Based Stress Reduction – ofwel stressreductie door aandachtstraining (NVPM, 2009). De Mindfulness Based Cognitive Therapy wordt daarbij niet genoemd. MBCT richt zich meer op het cognitieve aspect (Schurink, 2006).

Een kanttekening bij de effectiviteit van Mindfulness is dat Egmond en Beldman (2011) in hun onderzoek schrijven dat de toepassing van Mindfulness met name plaatsvindt middels MBCT. Wat betekent dat de behandeling meer tot het domein van de psychologen behoort. Williams (2010) voert een onderzoek uit waarin wordt gekeken of Mindfulness ook zonder cognitieve therapie effectief is. Uitslagen van dit onderzoek hebben we niet kunnen vinden, maar naar aanleiding van dit onderzoek zou er wel gekeken kunnen worden naar welke rol psychomotorische therapeuten precies kunnen vervullen in de uitvoering hiervan (Egmond en Beldman, 2011).

In een kwantitatief pilot onderzoek dat Hoven (2010) uitgevoerd heeft naar de effecten van de vaktherapeutische module 'Waarnemen' bij dissociatieve klachten beschrijft hij welke rol een psychomotorische therapeut kan uitvoeren op gebied van onder andere het aandacht leren richten en er achter komen wat helpt om contact te houden met zichzelf, de omgeving en de plaats in de omgeving. Een techniek dat hiervoor onder andere gebruikt wordt is de Mindfulness. Het onderzoek toont aan dat door het volgen van de module er verbetering ontstaat van de mindfulnessvaardigheden, waardoor de ervaren stress verminderd en de dissociatie minder snel zal optreden. "De PMT'er kan de patiënt bewust laten worden van de zintuiglijke informatie die hij gebruikt en hoe deze geordend wordt. Op deze manier wordt de patiënt geholpen om zicht te krijgen op de relaties tussen zijn lichaamssensaties, cognities en emoties. Op grond hiervan kan de patiënt leren om vanuit een adequate taxatie van zijn beleving tot handelen te komen" (Hoven, 2010). PMT wordt hier gezien als therapievorm die zich niet enkel richt op de lichamelijke sensaties en de emoties maar ook op de cognities.

Shari Geller (2009), klinisch psycholoog en docent aan de Universiteit York betreft Mindfulness in haar artikel specifiek op de houding van de therapeut ten opzichte van de cliënt. Zij veronderstelt dat mindfulness-oefeningen therapeutische presentie bevordert. "Door Mindfulness-oefeningen kan de therapeut in de relatie tot de cliënt de volle diepgang van de ervaring beleven met behoud van een gevoel van kalmte en ruimtelijkheid, zodat men helder en ongelimiteerd kan zien en voelen zonder overdonderd te raken of afstandelijk te worden" (Geller, 2009).

4.1.2 Bewust worden en herkennen van lichamelijke signalen en emotionele reacties

Het bewust zijn van het eigen lichaam, de grenzen van het eigen lichaam, de positie van de eigen ledematen, de lichaamssensaties en de subjectieve, gevoelsmatige ervaring van het eigen lichaam wordt door Emck, Hammink en Bosscher (2007) opgevat als het *lichaamsbewustzijn*. Het voelen, herkennen en differentiëren van lichamelijke sensaties in relatie tot gevoelens en emoties worden hier ook onder gerekend (Hofland & Uphof, 2012).

PMT en lichaamsbewustzijn

Lichaamsbewustzijn valt onder de lichaamsgeoriënteerde methodieken van de PMT. Het kan onder meer aangeboden worden onder de oefengerichte-functionele strategie. Simons (2009) geeft aan dat de definities van lichaamsbesef en lichaamsbewustzijn met elkaar overeenkomen. In het onderzoek van Simons (2010) worden de termen lichaamsbesef en lichaamsbewustzijn vertaald onder een noemer als 'body awareness' (Hofland & Uphof, 2012).

Mosselman (2010) heeft onderzoek gedaan naar of het lichaamsbesef van de (volwassen) cliënt met assertiviteitsproblematiek toe neemt na het volgen van een Psychomotorische assertiviteitsmodule (van Fellingner, Maliepaard & Tummers, 1999).

Voor de definiëring van het lichaamsbesef gebruikt zij dezelfde definiëring als Emck, Hammink en Bosscher (2007) gebruiken voor de definiëring van lichaamsbewustzijn. Ook in dit onderzoek staat lichaamsbesef gelijk aan lichaamsbewustzijn.

Resultaat van het onderzoek is dat het lichaamsbesef toegenomen is na het volgen van de PMT-module. De vragenlijst die de Mosselman gebruikt voor het meten van het effect is; I. Scale of Body Connection (SBC, Price). Hierbij wordt navraag gedaan naar hoe bewust de cliënt is van zijn lichaam en hoe de cliënt reageert op dat bewustzijn. Zo wordt er bij lichaamssignalen maar ook bij emotionele reacties stil gestaan.

In de eerste fase van de module richt men zich op het voelen, herkennen en differentiëren van lichamelijke sensaties. De ervaren lichaamssignalen zijn veelal voorbodes van diverse gevoelens, dan wel fysieke en sociale grenzen van een persoon. Het bewust worden hiervan is daarmee nodig om eigen grenzen te leren bepalen (Fellingner, Maliepaard & Tummers, 1999).

In de module wordt er gewerkt vanuit een Gestalttherapeutisch referentiekader. De Gestalttherapie wordt vaker toegepast binnen de PMT omdat de lichamelijke een belangrijke rol inneemt bij deze therapievorm. Het gaat om het gewaar worden van grenzen in het contact met de ander, waarbij gebruik gemaakt wordt van het leren herkennen van lichaamssignalen. De interventies in de module zijn gericht op de ervaringen in het contact (met zichzelf en/of de ander) wat in het hier en nu plaatsvindt. Het impliciet

lichamelijke wordt geëxpliciteerd en verwoord zodat het betekenis krijgt in het geheel en aanzet tot handelen (Derkinderen, Knijff & Meijer, 2009).

4.2.PMT en de balans tussen afstand en nabijheid

In hoofdstuk 2.2 hebben we gezien dat zelfreflectie bijdraagt aan het verkrijgen van een balans tussen afstand en nabijheid. Doordat de therapeut in de interactie met de cliënt op zichzelf, ten opzichte van de cliënt, reflecteert kan hij bewuste afwegingen maken over de lichamelijke en emotionele afstand die hij moet betrachten en soms moet bewaken. Het bewust worden van lichaamssignalen die ontstaan bij de positionering met de ander sluit goed aan bij de ervaringsgerichte-stimulerende strategie van de psychomotorische therapie. Centraal staat hier het inzicht maar ook het aanbieden van corrigerende ervaringen op het niveau van het lichaam (NVPMT, 2009).

Zoals gezegd in hoofdstuk 4.1 is de Gestalttherapie een passende therapievorm om zelfreflectie tot stand te brengen en gewaar te worden van grenzen in het contact met de ander. Literatuur waarbij de PMT'er gebruik maakt van de Gestalttherapie voor het verkrijgen van een balans tussen afstand en nabijheid is nauwelijks beschikbaar. Wel zien we in de literatuur therapeuten veelal gebruik maken van de *Pesso-therapie* wanneer het gaat over het thema afstand en nabijheid.

Van der Linden (2002) schrijft een publicatie met verschillende artikelen over lichaamsgerichte therapie voor jongens en mannen die seksueel misbruikt zijn. Hierin schrijven veel auteurs over de toepassing van de oefenvormen van Pesso. Zo ook de dans - en bewegingstherapeut (Frank, 1993).

Leijssen (2005) haalt de Pessotherapie aan wanneer zij het specifiek heeft over de lichamelijk (fysieke) verhouding tussen therapeut en cliënt.

Pesso-psychotherapie is een lichaamsgeoriënteerde experiëntiële psychotherapie waarbij lichamelijk en emotioneel beleven, interactie met anderen en cognitief inzicht samengaan. Uitgangspunt is dat psychische problemen en klachten samenhangen met onopgeloste conflicten en onvervulde behoeften uit het verleden. Dit kan onbewust een belemmering vormen om je eigen mogelijkheden in het heden te realiseren. Tijdens de therapie kan een persoon met behulp van de andere groepsleden datgene wat hij/zij innerlijk beleeft in scène zetten. Centraal daarbij staat een veilig therapeutisch klimaat, waarin je klachten en problemen kunt onderzoeken en je wens tot verandering kunt vormgeven (Afkomstig van de site van de Vereniging voor Pesso-Psychotherapie).

Zo wordt ook in het beroepsprofiel van de PMT beschreven dat PMT'ers gebruik maken van elementen uit de Pesso Boyden Psychomotor Therapy, dit gebeurt vaak onder de ontdekkende-conflictgerichte strategie (NVPMT, 2009).

Krol (1973) heeft een artikel geschreven over de psychomotorische therapie volgens Albert Pesso. Krol schrijft over de werkwijze van Pesso, waarbij onder andere aandacht wordt besteed aan de gevoeligheid voor de plaats van de ander in de ruimte. De psychomotorische therapeut kan binnen zijn therapie manipulatie uitvoeren van objecten en personen die in de ruimte aanwezig zijn, dit op een zodanige wijze dat programma's, projecties en anticipaties, welke relevant zijn voor de puur ruimtelijke elementen, geïsoleerd en onderzocht kunnen worden. Zo worden in het artikel verschillende oefenvormen beschreven om deze situaties te creëren. Men wordt bewust van zijn positie ten opzichte van de ander of een object en staat stil bij hoe men dit beleeft. Daarbij wordt er geoefend met het ervaren van eigen antwoorden op het visueel waarnemen van anderen in de ruimte (Lange de, 2005).

Discussie

Het literatuuronderzoek als methode is geschikt gebleken voor de gestelde onderzoeksvraag. Op deze manier hebben we een waardevol antwoord gekregen. Wegens de omvang van het onderzoek was het niet mogelijk om alle relevante literatuur te onderzoeken op bruikbare resultaten. Gepoogd is om de meest belangrijke literatuur in het onderzoek te verwerken. Hierbij is gekozen voor de artikelen waar vele auteurs naar refereerden en vanuit citeerden.

Bij het zoeken van literatuur zijn specifieke zoektermen gebruik. In de loop van het onderzoek heeft er zich een verschuiving plaats gevonden wat terminologie betreft. In eerste instantie is er literatuur gezocht op de term 'hulpverleners'. Maar hierbij kwam veel literatuur naar voren waarbij geschreven werd over de therapeut in relatie met de cliënt in plaats van dat ze het in het algemeen over de hulpverlener hadden. Deze literatuur is voor alsnog verwerkt in de resultaten van het onderzoek omdat we bij verschillende auteurs zien dat zij het hebben over 'hulpverleners' maar daarbij wel literatuur aanhalen waarbij het specifiek gaat over 'de therapeut'. De termen hulpverlener en therapeut zijn ook in dit onderzoek door elkaar gebruikt.

Zo zijn er in dit onderzoek ook wisselende resultaten verwerkt over hulpverleners die werken met cliënten met traumatische verhalen of met trauma-cliënten welke gediagnostiseerd zijn aan de hand het DSM IV. In eerste instantie is er gezocht naar resultaten over hulpverleners van cliënten met traumatische verhalen. Duidelijk werd dat in de literatuur dan al snel de term trauma-cliënt wordt aangehaald. In dit onderzoek valt de trauma-cliënt onder de term cliënten met traumatische verhalen. Dit betekent dat de doelgroep in dit geval breed is gehouden en het bij vervolg (onderzoek) om precieze definiëring vraagt om te kunnen komen tot meetbare resultaten.

In de literatuur wordt een algemene discussie gevoerd onder welke noemer Mindfulness geplaatst moet worden. Er wordt daarbij onder andere gezegd dat Mindfulness valt onder het werk van een psycholoog omdat er veel geoefend wordt op cognitief vlak. In dit onderzoek geven de resultaten weer dat aspecten vanuit de Mindfulness uitgevoerd mag worden door de PMT'er, dit staat vermeld in het beroepsprofiel. Op dit moment wordt er onderzoek gedaan (Egmond en Beldman, 2011) waarin wordt gekeken of Mindfulness ook zonder cognitieve therapie voldoende effectief is. Naar aanleiding van dit onderzoek zou er gekeken kunnen worden naar welke rol PMT precies kan vervullen in de uitvoering hiervan en of er nog een psycholoog bij aanwezig moet zijn om het effectief te laten zijn.

Vanuit de resultaten komt naar voren dat PMT in de module van de assertiviteitsmodule het lichaamsbewustzijn doet toenemen. Ook draagt de PMT bij aan de hulp voor de cliënt om zicht te krijgen op de relaties tussen zijn lichaamssensaties, cognities en emoties. Dit wordt zichtbaar uit onderzoek van een module voor dissociatieve klachten waarbij gebruik gemaakt wordt van Mindfulness. Een kanttekening hierbij is dat er gemeten is bij een andere doelgroep dan waar dit onderzoek zich op richt. Daarnaast wijzen de resultaten de Pesso-therapie aan om balans te verkrijgen tussen afstand en nabijheid. Hierover is echter geen onderzoek bekend waaruit blijkt dat de Pesso-therapie hiervoor geschikt is. Nader onderzoek zou wenselijk zijn om te kijken of deze therapie-vormen ook effectief zijn voor hulpverleners.

Het resultaat van het onderzoek wijst op drie verschillende therapie-vormen als bijdrage van de PMT aan de zelfzorg voor hulpverleners. Deze drie vormen kunnen samengevoegd worden tot een training ter voorkoming van nadelige gevolgen van tegenoverdrachtreacties. In dit onderzoek is echter niet nader onderzocht of deze drie therapie-vormen naast elkaar effectief blijken te zijn. Ook de mogelijke contra-indicaties die kunnen ontstaan door het samenvoegen van de drie therapie-vormen zijn niet onderzocht. Voor de PMT'er betekent dat; er verschillende therapeutische attitudes aangenomen worden en gewisseld moet worden in interventies, dit vergt kwaliteit van de PMT'er. Voor het schrijven van een module voor zelfzorg zou verder onderzoek naar deze randvoorwaarden waardevol zijn.

Conclusie

Wanneer de hulpverlener vanuit zijn gevoelens en verwachtingen op de cliënt reageert noemt men dit tegenoverdrachtreacties. De resultaten tonen dat wanneer de tegenoverdrachtreacties zich in doorgedraaide of ongeremde vorm voordoen tot problemen kunnen leiden bij de cliënt en de hulpverlener. Om deze nadelige gevolgen te doen voorkomen is zelfzorg voor de hulpverlener belangrijk. Deze richt zich op het bewust worden van de tegenoverdrachtreacties waarna er een balans tussen afstand en nabijheid in de hulpverlener-cliënt relatie verkregen kan worden. Verschillende auteurs pleiten voor ook non-verbale gedeeltes wat betreft trainingen gericht op zelfonderzoek en therapeutische houdingen. Doordat psychomotorische therapie (PMT) valt onder de non-verbale therapieën kan PMT een waardevolle bijdrage leveren aan de zelfzorg voor hulpverleners om nadelige gevolgen van tegenoverdrachtreacties te doen voorkomen.

Vanuit de resultaten wordt zichtbaar dat het bewustwordingsproces gericht moet zijn op het accepteren van gevoelens van tegenoverdracht, dit door de gevoelens te ervaren zonder deze te beoordelen. Het overdenken van oorzaken zonder hieraan een oordeel te verbinden kan gerealiseerd worden door Mindfulness. Onderzoek toont aan dat Mindfulness gegeven door een PMT'er een effectieve werking heeft. In het onderzoek wordt beschreven dat de PMT'er de cliënt bewust kan laten worden van de zintuiglijke informatie die hij gebruikt en hoe deze geordend wordt. Op deze manier wordt de cliënt geholpen zicht te krijgen op de relaties tussen zijn lichaamssensaties, cognities en emoties. Vanuit het PMT-beroepsprofiel zien we dat Mindfulness valt onder de lichaamsgeoriënteerde methodieken van de PMT. Het kan onder meer aangeboden worden onder de oefengerichte-functionele strategie. De Mindfulness wordt door de PMT binnen deze strategie vormgegeven door middel van lichaamsbewustwording, door met aandacht naar het lichaam te gaan, dit bewust waar te nemen, zonder hieraan een oordeel te verbinden. Daarnaast kan er binnen de ontdekkende-conflictgerichte strategie van de PMT gekeken worden naar de oorsprong van de tegenoverdrachtreacties, zonder hieraan een oordeel te verbinden.

Verder laten de resultaten zien dat het bewustwordingsproces zich moet richten op het bewust worden en herkennen van lichamelijke signalen en emotionele reacties; het lichaamsbewustzijn. PMT werkt met het lichaamsbewustzijn onder de lichaamsgeoriënteerde methodieken. Het kan onder meer aangeboden worden onder de oefengerichte-functionele strategie. Het inzetten van PMT voor het vergroten van het lichaamsbewustzijn blijkt effectief te zijn. Onderzoek toont namelijk aan dat het lichaamsbewustzijn toe neemt na het volgen van een PMT-module waarbij gebruikt gemaakt wordt van een Gestalttherapeutisch referentiekader. Vanuit de resultaten komt naar voren dat de Gestalttherapie vaker toegepast wordt binnen de PMT omdat de lichamelijke een belangrijke rol inneemt bij deze therapievorm.

De resultaten tonen aan dat na het bewustwordingsproces de zelfzorg zich moet richten op het bijsturen van gedrag om nadelige gevolgen te doen voorkomen. De zelfzorg moet zich richten op het verkrijgen van een balans tussen afstand en nabijheid tussen de hulpverlener en de cliënt. Deze balans is te verkrijgen door uitvoering van zelfreflectie. In de literatuur is geen methodiek voor handen hoe deze zelfreflectie zich moet vormgeven. Wel tonen de resultaten aan dat er in de literatuur, wanneer het gaat over het thema afstand en nabijheid, veel gebruik wordt gemaakt van de Pesso-therapie. De PMT maakt gebruik van elementen uit de Pesso Boyden Psychomotor Therapy, dit gebeurt vaak onder de ervaringsgerichte-stimulerende strategie. Resultaten tonen dat de PMT'er binnen zijn therapie manipulatie kan uitvoeren waardoor men bewust wordt van zijn positie ten opzichte van de ander en staat stil bij hoe men dit beleeft. Daarbij wordt er binnen de PMT geoefend met het ervaren van eigen antwoorden op het visueel waarnemen van anderen in de ruimte.

PMT biedt gebruikmakend van aspecten uit de Mindfulness, Gestalttherapie en Pesso-therapie een positieve bijdrage aan de zelfzorg van het bewustwordingsproces, lichaamsbewustzijn en het verkrijgen van een balans tussen afstand en nabijheid. De resultaten van dit onderzoek geven aanzet voor het maken van een PMT-module ter zelfzorg voor de hulpverlener, waaruit een training zou kunnen worden vormgegeven.

Aanbevelingen

Vanuit de resultaten van dit onderzoek wil ik aanbevelen om nader onderzoek te doen naar effectiviteit van zelfzorg voor de hulpverleners door middel van het aanbieden van PMT waarbij gebruik gemaakt wordt van aspecten uit de Mindfulness, Gestalttherapie en Pesso-therapie, om zo nadelige gevolgen van tegenoverdrachtreacties te doen voorkomen.

Wanneer uit nader onderzoek blijkt dat deze aspecten in de PMT effectief toegepast kunnen worden ter zelfzorg voor hulpverleners kan er een module 'PMT voor de Hulpverlener' ontwikkeld worden. Deze kan aangeboden worden als training voor hulpverleners waarbij een praktijkonderzoek uitgevoerd kan worden naar de effectiviteit van de uiteindelijke module. Bij nader onderzoek moet er gekeken worden of de drie therapie-vormen naast elkaar kunnen worden aangeboden binnen één training. Zo zouden er mogelijke randvoorwaarden gecreëerd dienen te worden zowel voor de hulpverlener als cursist als voor de PMT'er.

Wanneer effectiviteit van de zelfzorg voor hulpverleners middels PMT wordt aangetoond komt er meer aandacht en publiciteit voor de zorg voor het belangrijkste instrument bij het bieden van hulpverlening; de hulpverlener zelf. Daarmee wordt het voor de hulpverlener makkelijker om zorg te vragen en zichzelf niet uit het oog te verliezen tijdens het hulpverlenen.

Literatuurlijst;

Aarts, P.G.H. & Visser, W.D. (1999). *Trauma, Diagnostiek en Behandeling*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Delft van, F. (2009). *Overdracht en tegenoverdracht, Een Therapeutisch fenomeen vertaald naar alledaagse psychosociale begeleiding*. Barneveld: Nelissen.

Donk, A.J. & Ridder de, K. (2000). Ziek van het helpen: preventie van secundaire traumatische stress bij hulpverleners. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 55, (10), 905-918. Verkregen op 13, maart, 2012 van <http://www.impact-kenniscentrum.nl/doc/kennisbank/1000010443-1.pdf>

Dubbeldam, A.H.B. (2007). *Afstand en nabijheid: een theoretische en empirische verkenning van de begrippen afstand en nabijheid in humanistisch geestelijk werk*. Verkregen op 13, maart, 2012 van <http://igitur-archive.library.uu.nl/human/2008-0728-212610/Afstudeerscriptie%20eindverslag.pdf>.

Egmond van, M. & Beldman, M. (2011). *Psychomotorische Therapie bij Stemningsstoornissen "meer dan runningtherapie alleen"*. Verkregen op 21, april, 2012 van <http://hbokennisbank.uvt.nl/cgi/chw/show.cgi?fid=15401>

Geller, S. (2009). De ontwikkeling van therapeutische presentie: therapeutisch drummen en mindfulness-oefeningen. *Tijdschrift Cliëntgerichte Psychotherapie*, 47 (4), 273-287. Verkregen op 21, april, 2012 van <http://www.sharigeller.ca/drummingDutchTranslation.pdf>

Grabau E. & Visser H. (1992). *Creatieve therapie: spelen met mogelijkheden*. Houten: Bohn, Stafleu & van Loghum.

Haans, T. (2007). *Recente ontwikkelingen in groepsbehandelingen van psychotrauma's Handboek Groepspsychotherapie*. Verkregen op 13, maart, 2012 van <http://haanst.home.xs4all.nl/PDF%20artikelen/Ton%20Haans%20Recente%20ontwikkelingen%20in%20groepsbehandelingen%20van%20psychotrauma%27s.pdf>.

Hafkenscheid, A. (2004). Het onbehagen an de psychotherapeut in de behandelrelatie met getraumatiseerde vluchtelingen. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 30, 368-381.

Hofland, M. & Uphof, D. (2012). *Lichaamsbewustzijn bij kinderen met psychiatrische problematiek*. Verkregen op 26, april, 2012 van <http://hbo-kennisbank.uvt.nl/cgi/chw/show.cgi?fid=15441>

Hoven, H.M. (2010). *Een kwantitatief pilotonderzoek naar de effecten van de vaktherapeutische module Waarnemen bij dissociatieve klachten*. Verkregen op 21, april, 2012 van <http://hbokennisbank.uvt.nl/cgi/chw/show.cgi?fid=10282>

Korthagen, F. & Vasalos, A. (2001). Maatwerk bij coaching. *Handboek effectief opleiden*, 26 (167). Verkregen op 6, april, 2012 van <http://www.kernreflectie.nl/Media/pdf/Maatwerk%20bij%20Coaching%20Handboek%20Eff%20Opl.pdf>.

Krikilion, W. (2006). *De therapeutische relatie*. Antwerpen - Apeldoorn: Garant

Lange de, J. (2005). *Een vak apart. Artikelen over psychomotorische therapie*. Utrecht: 't Web – Netwerk rondom Bewegen.

Lange de, J. & Bosscher, R.J. (2005). *Psychomotorische therapie in de praktijk*. Nijmegen: Cure en Care publishers.

Leijssen, M. (1998). De therapeut. In: Handboek Integratieve Psychotherapie. Elsevier/de Tijdstroom, Maarssen.

Linden van der, P. (2002). *Het erkende lichaam; over lichaamsgerichte therapie voor jongens en mannen die seksueel misbruikt zijn*. Verkregen op 26, april, 2012 van http://www.iiav.nl/epublications/2002/erkende_lichaam.pdf.

Maes, J. (2006). De hulpverlener: tussen afstand en nabijheid. *Kern*, p. 1-15. Verkregen op 09, maart, 2012 van <http://users.skynet.be/kern/de%20hulpverlener%20tussen%20afstand%20en%20nabijheid.pdf>.

Mosselman, W. (2010). *Door verbeterd lichaamsbesef meer lef?!* Verkregen op 26, april, 2012 van <http://hbo-kennisbank.uvt.nl/cgi/chw/show.cgi?fid=9941>

Nicolai, N. (2008). Overdracht en tegenoverdracht bij vroegkinderlijke traumatisering. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 34, 6, p. 431-449.

NVPMT (2010). Beroepsprofiel psychomotorisch therapeut. Verkregen op 12, april, 2012 van http://www.nvpmt.nl/component/option,com_phocadownload/Itemid,97/id,7/view,file/

Praag-Van Asperen van, H.M. & Van Praag, Ph.H. (red.) (2006). *Handboek Supervisie en Intervisie*. Utrecht: De Tijdstroom.

Schurink, G. (2006). Mindfulness: integratie in de cognitieve gedragstherapie. *Gedragstherapie*, 39, 281-292. Verkregen op 28, april, 2012 van <http://www.mbcttrainingen.nl/Resources/Mindfulness,%20integratie%20in%20.pdf>

Unen van, C. (2007). *Professionals: hulpverleners tussen kwetsbaarheid en beheersing*. Delft: Elburon Uitgeverij B.V.

Veire van de, C. (2006). Zorgverlening in de geestelijke gezondheidszorg; de hulpverlener in de focus. *Kern* 76, p. 1-13. Verkregen op 10, maart, 2012 van <http://users.skynet.be/kern/zorgverlening%20in%20de%20geestelijk%20gezondheidszorg.pdf>.

Vries de, S. (2008). *Basismethodiek psychosociale hulpverlening*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

www.pessotherapie.nl – De site van de Vereniging voor Pesso-Psychotherapie
www.venwoude.nl – Training en opleiding
www.vandale.nl – Woordenboek