Tastbaarheid in Therapie

Op welke wijze heeft PMT toegevoegde waarde, als vaktherapie, voor dove cliënten met persoonlijkheidsproblematieken, naast verbale therapie?

Student: Monica Versluis
Datum: 26 mei 2011
Opleiding: Christelijke Hogeschool Windesheim te Zwolle
Richting: Bewegingsagogie / Psychomotorische Therapie
Begeleider: M. Uijting
Beoordelaar: D. Jol

Voorwoord

In de 11 jaar dat ik bij PsyDoN werk heb ik veel verschillende ervaringen opgedaan. Door mijn ervaringen blijft de vraag hangen hoe ik de cliënten beter kan ondersteunen. Ik voel me niet voldaan en bevredigd als maatschappelijk werker GGZ / VO. Ik ben een doener. Dus zocht ik naar een therapievorm wat bij mij past en een extra toevoeging geeft aan PsyDoN. Ik hou veel van bewegen & sporten. Het sporten heeft me altijd geholpen om vol te houden en geestelijk om door te zetten. Mijn energie kan ik er in kwijt.
Psychomotorische therapie heeft me nogal geprikkeld toen ik een paar dagen meeliep bij een psychiatrische kliniek voor doven. Ik vroeg me meteen af hoe ik op de cliënten beter kan ondersteunen door middel van PMT?

Toen ik begon met de opleiding kreeg ik meteen de vraag wie ik ben? Dove Monica of Monica? Het heeft me doen beseffen dat ik gewend ben dat in mijn hele leven doofheid bij mij hoort, met het "afhankelijk" zijn van tolken, dovenwereld en gebarentaal. Maar wie is Monica in zijn hoedanigheid? Wat is mijn Ik sterkte? De opleiding was voor mij ook een proces om uit te zoeken wie Monica is en daarnaast zocht ik uit wat PMT effectief maakt voor mijn cliënten. Ik zou kunnen stellen dat mijn zelfconcept groter is geworden dankzij het tastbare in de therapie; ervaringsgerichtheid.

Ik wil aantal personen bedanken die mij hebben ondersteunt en geholpen.
Mijn levenspartner Teus Tijsseling. Hij ondersteunt mij dag en nacht in deze proces. Hij heeft mij geholpen een vertaalverslag te maken van mijn binnenwereld naar buiten toe, en hij was een brug naar de horende mensen toe. Hij bleef in mij geloven en aanmoedigen. Zonder zijn hulp zou de scriptie niet zijn zoals het nu is.
Henriette v.d Meijden-van der Kolk, Martin v.d Blink, Herman van Gemerden en Marleen de Ruijter. Ze hebben mijn horizon verbreed. Ze hebben hard gewerkt om mij te helpen zoeken hoe PMT passend is bij mijn, mijn manier van "doen", mijn doofheid en hoe ik met cliënten kan werken. Het bijzondere is dat ik met hun gewerkt heb zonder gebruik te maken van een tolk. Contact is de belangrijkste punt en hoe je samen eruit kunt komen in de communicatie.
Dieneke Jol en Maurits Uijting voor het begeleiden en lezen van de scriptie en het begeleiden van mijn leertraject tijdens de opleiding.
Mijn collega Juke Plantenga voor het samen werken met de ProbleemOplos groep en de feedback op de scriptie
PsyDoN dat ze mij de gelegenheid hebben gegeven om de opleiding te volgen.

Inhoud

Voorwoord 2
Inleiding 4
Hoofdstuk 1 Dove mensen in het algemeen en PsyDoN 6
1.1 Doof 6
1.2 Oorzaak van doofheid 6
1.3 Dovengemeenschap 6
1.4 PsyDoN 6
1.7 Aanmelding 7
1.8 Instroom PsyDoN 7
Hoofdstuk 2 Verbale therapieën en non-verbale therapie binnen PsyDoN 9
2.1 Therapieën binnen PsyDoN 9
2.2 Verbale therapie 9
2.3 Ervaringsgericht 10
2.4 Waarom Psychomotorische Therapie? 10
Hoofdstuk 3 Theoretisch kader met betrekking tot dove cliënten met persoonlijkheidsproblematieken 12
3.1 Hermeneutische invalshoek 12
3.2 Cognitieve ontwikkeling 12
3.3 Sociaal emotionele ontwikkeling 12
3.4 Omgevingsfactoren die tot een probleem kunnen leiden 13
3.5 Persoonlijkheidsproblematieken 15
Hoofdstuk 4 Wat zijn de aandachtspunten bij PMT om tot een bruikbare behandelingsvorm te komen voor dove cliënten met persoonlijkheidsproblemen binnen PsyDoN? 16
4.2 Binnen PMT is de lichamelijkheid de centrale factor. 16
4.3 Gevoelens 17
4.4 Beleving 17
4.5 Mentaliseren 17
4.6 Lichamelijkheid en communicatie 17
Hoofdstuk 5 Praktijkbeschrijving. 19
5.1 Resultaten en effecten bij verbale therapie 19
5.2 Psychomotorische Therapie 20
5.3 Praktijkvoorbeelden 21
Hoofdstuk 6 Conclusie 22
Literatuurlijst 24

Inleiding

Binnen PsyDoN, GGZ voor doven en slechthorenden te Amsterdam, ben ik werkzaam als Maatschappelijk werkster en als PMT-er i.o. Door mijn doofheid en het feit dat er maar 5 PMT-ers werkzaam zijn in Nederland binnen de GGZ voor doven en slechthorenden heb ik het gevoel in een pioniersrol te zitten. Vanuit mijn ervaringsdeskundigheid als doof persoon zijnde, wordt de afstand tussen mij en mijn dove cliënten klein. Bij de opleiding en leertherapie beleef, ontdek en ervaar ik zoveel van mijn lichaam, gevoel, emoties en interactie wat ik ook terugzie bij cliënten van PsyDoN. Voor PsyDoN zou een dove PMT-er een goede toevoeging zijn voor deze doelgroep. Een belangrijke eigenschap van een therapeute die doof is, is het vermogen zich in te leven in de beleving en denkwereld van de cliënt en vanuit ervaringsdeskundigheid kan de afstand verkleind worden.

Binnen PsyDoN komen aanmeldingen binnen van dove of slechthorende cliënten met verschillende problemen. Door het opgroeien in ongunstige omstandigheden als separatie, het niet kunnen mentaliseren, externe locus of control en affectieve verwaarlozing, ontstaan er bij dove personen persoonlijkheidsproblematieken.
Mijn ervaring binnen PsyDoN is dat cliënten het moeilijk vinden om te benoemen, te beschrijven of te verwoorden wat ze voelen en bedoelen binnen gesprekstherapie. Cliënten van PsyDoN vinden het moeilijk hun innerlijke gevoelens te koppelen aan hun emoties of gedrag en dit te verwoorden binnen gesprekstherapie. Cliënten hebben wel degelijk contact met hun emoties en gevoelens maar het lukt ze niet om verbanden te leggen en dit te uiten op een voor de ander begrijpelijke manier. Ik wil uitzoeken hoe bij deze doelgroep PMT effectief ingezet kan worden. Ik leerde dat het non-verbale karakter van PMT niet doorslaggevend is. De ervaringsgerichte en non-verbale benadering bij PMT ondersteunt de lichaamsbeleving en het onderzoeken/beleven van gevoelens en emoties. Bij lichaamsgerichte oefeningen en bewegingsgerichte oefenvormen koppelde ik mijn eigen ervaringen meteen aan gevoelens en gedachten. Dit is een heel nieuwe beleving, waarbij de kern van het ervaringsgericht werken is, dat er betekenis wordt gegeven aan het handelen, beleven en voelen van de persoon. Het handelen speelde een fundamentele rol in de ontdekking en ervaring, en juist het handelen is zo wezenlijk belangrijk, ook voor mij.

PMT spreekt mij aan omdat er daarbij gekeken wordt naar ervaringen die je als persoon meemaakt; er wordt gekeken naar je als mens. De generalisaties over dove mensen zijn dan niet meer van toepassing. De aandacht is niet zozeer gericht op communicatie, maar op contact. Ik was gewend dat de communicatie de prioriteit heeft om in het sociale leven te 'overleven' en dat er naar me werd gekeken als doof persoon. Contact samen met de ervaringsgerichte en non-verbale benadering bij PMT gaf mij vrijheid om mezelf opnieuw te leren kennen. Dit zag ik ook groeien bij cliënten van PsyDoN die PMT genoten.

Probleemstelling:
Ik wil uitzoeken hoe bij dove cliënten met persoonlijkheidsproblematieken PMT breder ingezet kan worden.
Vraagstelling:
Op welke wijze heeft PMT toegevoegde waarde, als vaktherapie, voor dove cliënten met persoonlijkheidsproblematieken, naast verbale therapie?

Met deze centrale vraag kom ik tot aantal deelvragen:

- Wat is de doelgroep binnen PsyDoN en hoe ontwikkelt de doelgroep zich op sociaal emotioneel niveau?
- Wat is een passend theoretisch kader voor het verklaren van de ontwikkeling van persoonlijkheidsproblematieken bij de cliënten?
- Waarom is PMT effectief naast de al bestaande therapieën binnen PsyDoN?
- Wat zijn de aandachtspunten bij psychomotorische therapie om tot een bruikbare behandelingsvorm te komen voor dove mensen met persoonlijkheidsproblematieken?

De opbouw van de scriptie

Ik wil dit onderzoek doen op basis van literatuurstudie, mijn ervaringen tijdens de opleiding en mijn ervaringen binnen PsyDoN.

Sinds 2001 werk ik met de ProbleemOplos groep. In de ProbleemOplos groep zitten 5 tot 7 groepsleden. Van 2001 tot 2008 heb ik als maatschappelijk werker met deze groep gewerkt, samen met een psycholoog. In 2009 werd ervoor gekozen om PMT aan de groep aan te bieden. Een ervaringsgerichte toevoeging aan het verbale karakter. In het eerste uur bieden wij verbale therapie en in het tweede uur PMT.

De ProbleemOplos groep wordt in de scriptie als leidraad gebruikt om verbale therapie met non-verbale therapie te vergelijken. Een kwalitatief onderzoek door middel van observaties, overleg met collega's en onderbouwd met literatuur.

Waar ik in de scriptie cliënten schrijf, bedoel ik dove mensen met persoonlijkheidproblematiek die zich bij PsyDoN aanmelden.

Hoofdstukindeling

- In het eerste hoofdstuk gaat het in het algemeen over doof zijn, de dovenwereld en over PsyDoN en instroom van de aanmeldingen.
- In het tweede hoofdstuk beschrijf ik de verbale en de non verbale therapie binnen PsyDoN.
- In het derde hoofdstuk zal ik het theoretische kader over de persoonlijkheidsproblematieken bij dove mensen beschrijven; hoe de sociaal-emotionele ontwikkeling verloopt en de ontwikkeling van persoonlijkheidsproblematieken bij dove cliënten.
- In het vierde hoofdstuk wil ik uitzoeken wat de aandachtpunten voor PMT bij dove cliënten zijn om tot een bruikbare psychomotorische therapie te komen.
- In het vijfde hoofdstuk werk ik de resultaten en effecten uit bij verbale- en non-verbale therapie binnen de POG.
- In het zesde hoofdstuk staat de conclusie.

Hoofdstuk 1 Dove mensen in het algemeen en PsyDoN

1.1 Doof

In de literatuur en in de volksmond worden verschillende termen voor gehoorverlies gebruikt: doofheid, doof, gehoorgestoord, niet kunnen horen, gehoorbeperking, doofstom, auditieve beperking. In de scriptie wordt alleen de term doofheid gebruikt. Bij de term 'doof' worden dove mensen bedoeld die voor of vanaf hun geboorte doof zijn. Vanuit het medische perspectief is doofheid een stoornis, een beperking of een handicap. Vanuit het culturele perspectief zijn doven een culturele minderheid.
Bij het beschrijven van doven als doelgroep zijn generalisaties niet te vermijden. In dit hoofdstuk bespreek ik de mogelijke oorzaken van doofheid, communicatie en dovenwereld.

1.2 Oorzaak van doofheid (Eldik, 1998)

1. Verworven doofheid; ten gevolge van medicatie, Rhesusantagonisme, Rubella, zuurstoftekort tijdens de geboorte, prematuriteit, Menigitis, enz.
2. Genetische doofheid; 5% van de dove mensen heeft dove ouders.
3. Doofheid met onbekende oorzaak; uit onderzoek blijkt 50% van de dove mensen niet weten waardoor ze doof zijn geworden.

In het algemeen wordt gesteld dat een groot percentage van de dove kinderen een of twee nevenstoornissen heeft. Sommige van deze nevenstoornissen zijn niet direct aantoonbaar (Eldik, 1998). Bijvoorbeeld rubella-kinderen hebben een verhoogd kans op nevenstoornissen zoals: verstandelijke handicaps, motorische problemen, visuele handicaps, epilepsie, hartproblemen, emotionele problemen, gedrag- en psychiatrische problemen.

1.3 Dovengemeenschap

Een idealistische visie van de dovenwereld is dat doven een eigen 'cultuur' met eigen normen en waarden hebben. De communicatie bij dove mensen verloopt via Nederlandse Gebarentaal en spraakafzien. De Nederlandse Gebarentaal wordt sinds de jaren zeventig gebruikt in het dovenonderwijs. Voor die tijd werd gebarentaal alleen in informele kringen gebruikt. Sinds de jaren tachtig emanciperen de dove mensen zich in de maatschappij. De dove mensen konden regulier onderwijs volgen. Door voorzieningen zoals gebarentaaltolken, teksttelefoon en ondertiteling op tv, kregen dove mensen meer toegang tot de informatievoorzieningen. Door deze toegankelijkheid is de verhouding tussen dove en horende mensen de laatste jaren aan het veranderen. De horende mensen krijgen meer oog voor de wensen en behoeften van dove mensen. Dove mensen worden meer betrokken in het onderwijs en in de hulpverlening voor doven.
De visie vanuit de maatschappij is verzorgend gericht ten opzichte van de doelgroep. De doelgroep kan zich afhankelijk opstellen of zich hier ertegen afzetten.

1.4 PsyDoN

PsyDoN is een GGZ instelling voor doven en slechthorenden sinds 1994. Voor die tijd kwamen doven en slechthorenden in de reguliere hulpverlening terecht, waar hulpverleners onkundig waren in de communicatie met doven en slechthorenden. Ook hadden zij geen kennis van psychische aspecten die doofheid, slechthorendheid en plotsdoofheid met zich meebrengt. Alle medewerkers van PsyDoN moet kunnen communiceren in de taal van doven en slechthorenden en hebben deskundigheid van de doelgroep. Door te onderzoeken hoe de cliënt communiceert, kijken we hoe we aansluiting kunnen vinden bij wat passend is voor de cliënt en zijn context. Er wordt niet alleen gelet op de communicatie maar ook op wat er allemaal speelt binnen en buiten de cliënt.

1.7 Aanmelding

Bij de intakegesprekken valt regelmatig op dat dove cliënten moeite hebben om goed te kunnen verwoorden wat ze bedoelen en wat ze willen. De hulpvraag is vaak niet duidelijk geformuleerd of wordt door therapeuten opgesteld. Dit heeft te maken met factoren als informatieachterstand, geleerde afhankelijkheid, negatief zelfbeeld, gebrekkig inzicht of beperkte taalbeheersing. De therapie begint met het formuleren van de hulpvraag samen met de dove cliënt.

Tabel instroom binnen PsyDoN 2008-2010:

• As 1	• As 2
2008 75 aanmeldingen: -relationele problemen -aanpassingsstoornis -aanpassingsstoornis met angst en emotie -misbruik van alcohol	2008 -uitgestelde diagnose -geen diagnose op as II -persoonlijkheidsstoornis NAO
2009: 177 aanmeldingen: -misbruik alcohol -psychotische stoornis -pervasieve ontwikkelingsstoornis.	2009 -uitgestelde diagnose -geen diagnose -zwakbegaafdheid
2010: 98 aanmeldingen: -misbruik alcohol -relationele stoornis -aanpassingsstoornis -depressieve stoornis -aanpassingsstoornis met angst/depressie.	2010 -uitgestelde diagnose -geen diagnose -zwakbegaafdheid

1.8 Instroom PsyDoN

In de afgelopen 3 jaar hebben zich 300 cliënten aangemeld. Bij PsyDoN kunnen dove mensen zich aanmelden met verschillende klachten. Het hulpaanbod is breed in vergelijking met reguliere GGZ instellingen. Bij het grootste deel van deze aanmeldingen wordt de intake gedaan door een maatschappelijk werker (doof) in samenwerking met een psychiater. Het kost tijd om bij dove mensen de juiste diagnose te stellen. Het vaststellen van een totale diagnose is een knelpunt. De hulpvraag komt meestal niet duidelijk naar voren. Vaak is er ook sprake van nevenstoornissen of een onbekende oorzaak van doofheid. Bij een groot deel van de instroom is er sprake van persoonlijkheidsproblematieken. Hoewel de focus van de behandelingen op As I ligt, is er ruimte in de behandeling voor het onderzoeken van effectief omgaan met persoonlijkheidsproblematieken die bijdragen aan de As I klachten. Bij As II is de meeste diagnose uitgesteld. Wanneer de cliënten langdurig bij ons in behandeling zijn, kunnen we de diagnose op AS II eventueel vaststellen.

E. de Bruin en O. Fritschy waren beiden nauw betrokken in het opzetten van de dovenhulpverlening in Nederland. De huidige instroom bij PsyDoN komt overeen met het artikel netwerkhulpverlening van E. de Bruin (1997). De overeenkomst bevestigt dat het lastig is om een totale diagnose vast te stellen bij dove mensen. E. de bruin schreef: “dove mensen komen vaker met een mengeling van vreemde lichamelijke klachten dan horende mensen waarbij lichamelijke en geestelijke componenten moeilijk uit elkaar te halen zijn. Ze geven psychische klachten eerder aan als een lichamelijk verschijnsel dan een psychisch probleem.” Vaak is er een onderontwikkeld vermogen om gevoelens en gedachten van elkaar te onderscheiden. Meestal denken cliënten dat de problemen van buiten komen en vragen ze hulp om de externe problemen op te lossen.

De instroom binnen PsyDoN is erg divers. Hulpvragen stemmen niet overeen met de verschillende diagnoses omdat het niet gemakkelijk is om een goede diagnose te stellen en cliënten hebben veel moeite om hulpvragen te verwoorden. Er zijn verschillende oorzaken die een rol spelen. Veel cliënten hebben niet de mogelijkheid om de juiste woorden te vinden door achterstand in taalontwikkeling of informatievergaring. De sociale emotionele ontwikkeling van cliënten is ingewikkeld en divers. Door weinig sociale interactie krijgen cliënten weinig feedback op eigen gedrag, vaardigheden en emoties, waardoor een positief zelfconcept moeizaam ontwikkelt. Bij veel cliënten is er sprake van duidelijk afwijkend gedrag en emoties die leiden tot grote beperkingen in het persoonlijk en sociaal functioneren. Dit geeft de conclusie dat er binnen PsyDoN dove cliënten met persoonlijkheidsproblematieken als doelgroep is.

Hoofdstuk 2 Verbale therapieën en non-verbale therapie binnen PsyDoN

2.1 Therapieën binnen PsyDoN

Binnen PsyDoN werken wij vanuit de cliënt centered therapie. De hulpvrager bepaalt de richting en het verloop van de therapie. De hulpvrager heeft een centrale rol en is in staat om zijn eigen problemen inzichtelijk te krijgen en van daaruit tot een oplossing voor zijn probleem te komen. Het is belangrijk bij de therapie dat de cliënt zijn eigen hulpvraag kan realiseren en zijn eigen autonomie ontwikkelt. Een streven naar het vervullen van al onze talenten en het bereiken van ons potentieel begint bij de basisvereisten van voeding, veiligheid en comfort. Als eenmaal aan deze noden is voldaan, streven we naar hogere doelen zoals creatieve expressie en autonomie. Om echte zelfactualisatie te verwerven hebben we een positief zelfconcept nodig. Het geheel van eigenschappen /denkbeelden dat we onszelf toekennen. De cliënt moet openstaan voor ervaringen en zich niet gedwongen voelen om in de verdediging te gaan. Met de diagnose en de levenscontext kijken we in een multidisciplinair team welke behandelingen geïndiceerd zijn voor de cliënten.

De ProbleemOplos groep is opgezet vanuit de basis van het naar elkaar kunnen luisteren, elkaar bemoedigen en herkennen van elkaar gevoelens.
Casus: Een persoon uit de groep vertelt over zijn problemen met een rechter. Meteen gaan de andere leden van de groep aangeven dat het niet eerlijk is dat een doof persoon zo behandeld wordt. Ze gaan meteen identificeren en zoeken oplossingen hoe dit probleem aan te pakken.

2.2 Verbale therapie

Sinds de oprichting van PsyDoN wordt gesprekstherapie aangeboden. De verbale therapie gaat uit van integratie van denken, voelen en handelen. Iemands gedachten beïnvloeden zijn of haar gevoelens en gedrag. De therapeut gaat met de cliënt in gesprek over de mate waarin zijn ideeën op realiteit berusten (realiteitstoetsing). Het accent ligt op het onderzoeken van de hulpvraag. Daardoor verandert het doen en laten in positieve zin en verminderen de klachten. De bedoeling is dat cliënten zelf hun gedrag veranderen.
Dove cliënten van PsyDoN laten beperkt inzicht en problemen met taalvaardigheden zien wat hun beperkt om hun gevoelens te benoemen. Wanneer de problemen abstracter worden ontstaat er onrust. Cliënten kunnen moeilijk begrijpen wat hun werkelijke problemen zijn. Ze kunnen het niet bijhouden. Het denken is voor dove cliënten gebonden aan concrete zaken, aan ervaringen. Hierdoor kunnen de leerervaringen minder goed toepasbaar zijn. De cliënten zijn bezig met hun gedrag en het handelen. De behandeling is hierdoor sterk gerelateerd aan de klacht. De oplossing wordt door cliënten direct eenzijdig gekoppeld aan een concreet punt in de maatschappij wat de bron van de klacht was, waar de klacht ontstond (bijvoorbeeld werk, thuis, school, etc.). De cliënt loopt vast in een situatie die soortgelijk is, maar in een andere situatie. Er ontstaat dan een nieuwe klacht die misschien soortgelijk is aan de eerdere klacht van de cliënt maar die toch een andere oorzaak heeft. De transfer van de oplossing naar andere situaties in de maatschappij wordt niet direct gemaakt.

Casus: Twee leden van de groep zitten sinds 2001 in de ProbleemOplos groep. Ze hebben diverse problemen ingebracht. Deze problemen komen voort uit werksituatie, privé en maatschappelijk situaties. Soms is de inbreng hetzelfde als eerder ingebracht. Tijdens verbale therapie probeer ik met ze te kijken wat ze de vorige keer hebben bedacht aan oplossingen en dit te vergelijken. Dat lukt niet, ondanks dat ze erkennen dat het een soortgelijk probleem is.

2.3 Ervaringsgericht

PMT is een vaktherapie die uit gaat van ervaringen opdoen. De ervaringen kunnen direct gekoppeld worden aan de betekenisverlening. De kern van het ervaringsgericht werken is dat er betekenis wordt gegeven aan handelen, beleven en denken van de cliënt, dat passend is in directe relatie met de context (Blink, 2005). Het gedrag en de beleving staan centraal. Kenmerkend van ervaringsgerichte therapie is het focussen op hier en nu situaties, waarin de cliënt ervaart dat hij in zelfsturende positie komt waardoor hij bij nieuw gedrag een andere beleving en effectieve cognities realiseert. Door het benoemen van gedrag en de beleving bij bewegingssituaties kan de cliënt tot inzicht en reflectie komen. Tijdens PMT wordt het lichaam en bewegingsbeeld geobserveerd. De lichamelijkheid vertoont het bewuste en deels onbewuste, presentatie van de persoonlijkheid van de cliënt. In de houding en beweging komt het habituele het meest naar voren of juist het incidentele. Bij PMT kan een cliënt door het experimenteren van gedrag, het ervaren van oefeningen en confrontaties vaardigheden ontwikkelen. Cliënt werkt dan dus zowel aan persoonlijkheidsproblematieken als aan de directe klacht.

Een passend theoretisch kader dat een verklaring kan geven, is dat cliënten het proces van ontwikkelingsfasen van Erikson niet goed doorlopen hebben. Daarnaast stelt Pesso dat de kernbehoeften als plaats, voeding, steun, bescherming en begrenzing fundamenteel zijn voor het lichaam en voor het zelf. Op het moment dat het ware zelf niet uitkomt, zal het lichaam proberen om zijn weg naar buiten te zoeken of het raakt geblokkeerd. Veel ideeën, gedragingen, overtuigingen worden vanuit de omgeving direct geintrojecteerd, blijven onverwerkt en 'buitenaards'. Het zelfconcept kan zich niet ontwikkelen en de fase van hypothetisch-deductieve redenering blijft achterwege. Dit kan leiden tot een laag zelfbeeld, lage ik sterkte en verminderde zelfwaardering.

2.4 Waarom Psychomotorische Therapie?

PMT legt de nadruk op lichaamsbeleving, lichaamswaardering en bewegen. De psychomotorische therapie is niet alleen non-verbaal bezig maar helpt de cliënt woorden te vinden om opgedane ervaringen te integreren. Het lijkt goed aan te sluiten bij dove mensen omdat het lichaam concreet is. Dove mensen gebruiken het lichaam als een communicatiemiddel en het lichaam staat in het leven van doven centraal. Het bewegen zelf is naast communicatie gericht op sport en spel. Bewegen in sport heeft voor dove mensen een functie: contact maken, emoties tot rust brengen, afleiding en competentie (Kalisvaart, 2003). Bewegen geeft dove mensen een positieve zelfwaardering. Wanneer ze bewegen hoeven ze zich niet te concentreren in het contact met de horende omgeving.

Casus: Dove cliënten denken vaak dat ze gaan sporten of bewegen tijdens PMT. Het gevaar is dat ze niet tot het inzicht kunnen komen dat ze therapie volgen en ook niet tot verandering kunnen komen. Bij een dove cliënt gaf ik aan dat we naar een bewegingsruimte gingen voor PMT. Cliënt geeft meteen aan: "Ik wil niet sporten. Dat doe ik al bij dagbesteding".

PMT geeft gelegenheid om binnen een veilige plek te experimenteren met ander gedrag, om nieuwe ervaring op te doen. Er is geringe sociale remming. PMT heeft een ongedwongen karakter wat leidt tot spontane actie en interactie. Door middel van interactie is men in staat tot wisselwerking van denken voelen en handelen.

Tijdens verbale therapie is er geen interactie op inhoudelijk niveau binnen de ProbleemOplos groep. Er is wel interactie op betrekkingsniveau. Tijdens verbale therapie komt habitueel gedrag moeilijk naar voren.
Bij PMT met dezelfde groep, is er actieve interactie te zien, zowel op inhoudelijk en op betrekkingsniveau. Cliënten zijn zichtbaar actief, laten hun emoties en beweging zien. Het energieniveau is hoog bij verschillende werkvormen.

Het ontbreken van vertrouwen in zichzelf en in de ander, het ontbreken van creatief spel (geen fantasie), geen of moeizame contacten met anderen (voornamelijk met horende mensen), belemmert de communicatie met mensen die geen gebarentaal beheersen. Met de diagnose en de levenscontext kijken we in een multidisciplinair team welke behandelingen geïndiceerd zijn voor de cliënten.

Hoofdstuk 3 Theoretisch kader met betrekking tot dove cliënten met persoonlijkheidsproblematieken.

De hulpvragen die geformuleerd worden betreft hulp bij directe klachten zoals somberheid, angst, slaapproblemen, relatieproblemen etc. Bij veel gevallen binnen PsyDoN is het instellen van klachtgerichte hulpverlening conform de hulpvraag van de cliënt geïndiceerd. Als PsyDoN de indruk heeft dat het ontstaan of instandhouding van de klachten in belangrijke mate op basis van de persoonlijkheidsproblematieken gefundeerd is, kan de hulpverlener de persoonlijkheidsproblematieken bespreekbaar maken.

Bij de ProbleemOplos groep blijkt dat de inbreng van de problemen steeds terug keert. De oplossingen die bedacht worden voor specifieke problemen, gebruiken de cliënten niet bij soortgelijke problemen. Inzicht in het ontstaan van de problemen en de relatie van de problemen met persoonlijkheid wordt niet gelegd.

3.1 Hermeneutische invalshoek

Doofheid hoeft op zich geen taalachterstand betekenen. In het verleden was men ervan overtuigd dat gebarentaal niet goed was, omdat gebruik van gebarentaal ten koste zou gaan van de gesproken taal. Ook veel dove mensen schaamden zich voor hun handicap. Gebarentaal gebruiken maakt zichtbaar dat je gehandicapt bent.

Ongeveer twee derde van de dove kinderen die doof geboren worden of voor hun 3^{e} levensjaar doof zijn geworden (pre-linguale doofheid) hebben horende ouders. Wanneer kinderen doof worden geboren zijn ze afhankelijk van hun tast- en gezichtsvermogen. De communicatie verloopt niet vanzelfsprekend, omdat de horende ouders geen gebarentaal beheersen. Bij dove ouders is het voordeel aanwezig van het begrijpen van de leefwereld en het kunnen communiceren in een symbolische en visuele taal.

3.2 Cognitieve ontwikkeling

De omringende wereld en direct begrip hiervan is grotendeels gefundeerd op auditieve informatie. Door moeilijke toegankelijkheid tot de horende wereld is er beperkte overdracht van directe informatie. De dove persoon is vaak de enige persoon in de horende familie. Niet iedereen in de familie kan/wil communiceren in gebarentaal. Als kind kan je niet goed koppelen wat er allemaal om je heen gebeurt, wanneer er niemand is die adequaat uitleg geeft. Wanneer gebarentaal aangeboden wordt en vanaf het moment dat geschreven taal opgenomen kan worden, kan de cognitie zich beter ontwikkelen. Desondanks blijft er een achterstand bestaan. Dove mensen hobbelen achter feiten aan in een auditief ingestelde wereld, wat het best zichtbaar wordt bij calamiteiten.

3.3 Sociaal emotionele ontwikkeling

Voor een goede sociaal emotionele ontwikkeling is het fundamenteel om continu input te krijgen van eigen gedrag, vaardigheden en emoties. Het tekort aan informatie over menselijke relaties en gevoelens doet zich in alle fasen van de ontwikkeling voor. Doof zijn betekent dat je gesprekken moeilijk kunt volgen en dat je niet optimaal kunt afstemmen op bepaalde gebeurtenissen. De interactie verloopt niet vanzelfsprekend. In de horende wereld voelt een doof persoon zich een buitenstaander. Vergeleken met horende baby's gingen dove baby's meer vermijden, zochten minder nabijheid en hielden minder contact (Eldik, 1998). In het algemeen hebben dove kinderen een lager zelfbeeld dan horende kinderen, waardoor ze zich isoleren en mislukt voelen. Door het niet

ervaren van de stimulerende en sturende rol van geluidssignalen kan dit een negatieve invloed hebben op de ontwikkeling van motorische vaardigheden en prestaties. Problemen met ruimtelijke oriëntatie kunnen leiden tot problemen in de oriëntatie en coördinatie van de bewegingen (Visscher, 2000). De kwetsbaarheid leidt tot verhoogde stress. Veel doven zijn gewend om alles te imiteren van wat er waargenomen wordt bij anderen. Dit kan het leiden tot een beperkt zelfconcept. Wanneer de sensomotorische ontwikkeling een achterstand oploopt, leidt dat tot een laag zelfbeeld, lage ik sterkte en verminderde zelfwaardering. Door beweging van de eigen sensoriek leert een kind bewust te worden van eigen waarneming, het zelf en zijn plaats in de omgeving. Het zelfconcept is iets dat zich in de loop van de tijd ontwikkelt. De eerste stap hierin is zelfbewustzijn. Dat hangt af van het feit of we tijdens onze kindertijd aanvaard zijn door belangrijke personen, in het bijzonder door de ouders of verzorgers.

Het zelfconcept kan op verschillende manieren gevormd worden:

- *Introspectie.*
- *Observatie van ons eigen gedrag*. We krijgen kennis over onszelf door ons gedrag te observeren, mits we het idee hebben dat ons gedrag vrijwillig vertoond wordt.
- *Jezelf vergelijken met anderen*. Festinger's sociale vergelijkingstheorie (Festinger L., 1954). houdt hiermee verband: men vormt zich een beeld over zichzelf door eigen prestaties en meningen te vergelijken met die van anderen.
- *Herinneringen/associaties*.

3.4 Omgevingsfactoren die tot een probleem kunnen leiden

Het dove kind woont zijn eerste jaren veelal in een internaat of gaat naar een school die op een flinke afstand van huis is. Het kind maakt lange reistijden met een taxi. Op een voortgezette opleiding of op het werk ben je voortdurend alert op het feit dat je doof bent in een horende omgeving. Vanuit de maatschappij wordt naar de doelgroep gekeken als gehandicapten met een achterstand in de taalontwikkeling. De visie vanuit de maatschappij is verzorgend gericht ten opzichte van de doelgroep doven en slechthorenden. Er gaat vaak ook de gedachte uit dat een dove persoon niets kan of niet kan spreken. Veel doven hebben het gevoel te moeten bewijzen wat ze kunnen. De doelgroep kan zich afhankelijk opstellen (meegaan) of zich hier tegen afzetten (isoleren).
Juist door de manier van leren en communiceren van de dove mens en in zijn interacties met de omgeving ontstaan vaak moeilijkheden waardoor de ontwikkeling stagneert (Olst, 1992). Daarom hieronder de psycho-sociale ontwikkeling van pre-linguaal doven weergegeven in het psychosociale ontwikkelingsmodel van Erikson (1963).

vertrouwen-------wantrouwen (0- 18 maanden)
Voor het zelfbehoud en het groeien van de baby is het ademhalen, drinken en eten belangrijk. Door de moeder worden vastgehouden, gekoesterd en gewiegd, toegesproken en toegelachen. Voor een dove baby is het cruciaal dat het wordt aangeraakt en de visuele en tactiele vermogens ontwikkeld worden. Een crisis kan zijn wanneer de baby van de borst naar de fles gaat. Als de baby wordt opgepakt is het niet duidelijk waarom. Wanneer de baby honger heeft en niet weet wanneer het eten komt blijft de baby huilen en wachten totdat plotseling eten voor zijn neus staat (reuk, zicht). Voor een baby die niet kan horen is een moeder die plotseling weggaat en aankomt onverwacht. Een dove baby kan zijn wereld als onveilig ervaren, wanneer informatie buiten zijn gezichtsveld wordt gegeven. Voor de dove baby is het niet duidelijk wanneer, bijvoorbeeld als hij/zij huilt, of de moeder komt. Of het blijft onduidelijk waarom 'boze handen' de dove baby wegduwen. De 'basic trust' kan ontbreken bij dove baby's. Een tekort aan basis veiligheid kan zich uiten door een zwakke ik (Cullberg, 1984) Als er geen bescherming is groeit wantrouwen.
zelfstandigheid ------- schaamte en twijfel (18mnd – 3 jaar)
De sluitspieren ontwikkelen. Zindelijkheid. Het loslaten en vasthouden is van belang. In deze fase leert een doof kind normaal lopen en zich zelfstandig ontwikkelen. Hier kan het kind eigen grenzen verkennen. Het is

nodig dat ouders grenzen stellen aan het kind. Als dat niet adequaat verloopt zoals het niet kunnen ontvangen van feedback kunnen de grenzen vervagen . In deze fase is het belangrijk dat een kind locus of control ontwikkelt. Dove personen hebben vaker een externe locus of control (Rotter, 1966). De omgeving bepaalt de regels. Het kind ontwikkelt later angst , onlust en wantrouwen. Hier komt het kind in strijd met zijn eigen autonomie en onmachtgevoelens. Er ontstaat crisis in schaamte en twijfel aan het zelf en zijn eigen mogelijkheden.
initiatief ------- schuldgevoel (3 – 5 jaar) (Visscher, 2000)
Kinderen introjecteren de normen van hun ouders . De ik sterkte is in deze fase belangrijk. Bij doven zwakke ik sterkte en mogelijk persoonlijke crisissen door falende interacties met horende kinderen. Doven zijn gewend informatie direct op te nemen en na te volgen. De normen en waarden van hun ouders of school volgen ze op. Als het kind geen initiatief neemt loopt het kans geïsoleerd te worden en ontstaan er schuldgevoelens. De wereld van het erbij kunnen horen betekent zoeken naar het eigen ik en het zelf doen. Als dit niet begrepen wordt, ontwikkelen interne spanningen en het niet begrijpen van eigen gevoelens. Er ontstaat opwinding, verdriet , angst enz. (Kagan 1984)
vlijt ------- minderwaardigheid (6- 11 jaar)
Een doof kind kan met zichzelf tevreden zijn zoals horende kinderen. Maar wanneer het dove kind moeite heeft met contacten in de horende wereld, beseft het kind dat hij anders is. Hier wordt het kind geconfronteerd met falen en ontbreekt het zelfvertrouwen. In deze fase kan aangeleerde hulpeloosheid zich ontwikkelen. Ze blijven rustig afwachten (Beck ,de Jong 1990). In deze fase is het belangrijk dat het kind kan construeren, plannen maken en verzamelen; alleen of samen. De technieken leren ze vanuit de sociale orde. Het bestaan van de sociale omgeving is belangrijk. Wanneer het niet in de sociale omgeving past, kan het kind zich minderwaardig voelen. Typerend gedrag bij dove kinderen is dat ze snel meedoen als iets van hen gevraagd of voorgesteld wordt, maar vaak zie je dan dat het kind zich voelt tekort schieten waardoor minderwaardigheid kan ontwikkelen.
identiteit ------- rolverwarring (11 – 18 jaar)
Identiteit wordt ontwikkelt naar aanleiding van je persoonlijkheid, lichaam en erkenning vanuit de omgeving. Een dove jongere is minder goed voorbereid om zichzelf los te maken van de thuissituatie. Ze hebben minder invloed op hun levensinvulling zoals een baan vinden of een opleiding kiezen. Hier is identiteit en het accepteren van het doof zijn een strijd. Er is een onderscheid gekomen tussen de dove en horende wereld. Het leren om een eigen evenwicht te vinden. Crisis van identiteit verwarring . Het gevolg dat de zelfbeeld niet kan ontwikkelen. Hier is het van belang om persoonlijk crisis mee te maken zodat de persoon ervaart wat zijn identiteit is. Belangrijk in deze fase is dat je kunt experimenteren, zelf zoeken naar mogelijkheden en met anderen kunnen praten. Je eigen waarden uit testen.
intimiteit ------- isolement jong volwassenen (20 – 30 jaar)
Wanneer identiteit duidelijk is kan je verder opgaan in intieme relaties zonder het gevaar je eigen identiteit te verliezen. Hier wordt seksualiteit ontplooid , wederzijds bevrediging , totale seksuele verbondenheid, sociale interacties en volledig wederzijdse communicatie. Veel jonge dove volwassenen blijken geen realistisch beeld te hebben van de horende maatschappij, voor wat betreft het vinden van woning, werk en uitkering. De crisis hier kan isolement zijn en het niet komen tot een volwaardige intimiteit tot de ander.
generatief ------- stagnatie (30 -65 jaar)
Hier is de drang voor het zorgen van nakomelingen. Dat is voor productief en creatief tussen kinderen, ouders en sociale instellingen. Dat geeft wederzijdse verbondenheid. Wanneer er geen zorg voor anderen is, sublimeert de persoon zijn creatieve bijdrage in economie enz. Bij dove volwassenen spelen er (in vergelijking met horenden) vaak nog te veel eigen behoeften die nog vervuld moet worden. In deze fase lopen doven vaak vast. Ze blijven hangen in de vorige fasen als deze niet goed zijn doorlopen.

3.5 Persoonlijkheidsproblematieken

Bij persoonlijkheidsproblematieken is er sprake van duidelijk afwijkend gedrag en emoties die leiden tot grote beperkingen in het persoonlijk en sociaal functioneren. Vaak voelt de persoon hierdoor niet meer de vrijheid om flexibel te reageren op de eisen van alledag (Fonagy et al, 2002). Het denken en waarnemen kunnen sterk gekleurd zijn met als gevolg dat er vervormingen ontstaan in de manier waarop de persoon naar zichzelf en zijn omgeving kijkt. Veel mensen met persoonlijkheidsproblematieken hebben problemen met de stemming en lopen vaak vast op verschillende terreinen in hun leven, vooral in sociale relaties. Zij hebben hier hun hele volwassen leven last van. Daarnaast beleven, denken en reageren ze op een vaste manier. Daarin wijken ze opvallend af van mensen uit hun omgeving die zich flexibel opstellen.

Concluderend zien we dat de kans groter is dat dove cliënten stagneren in de ontwikkelingsfasen. Het proces stagneert met als gevolg dat de cliënt het contact met hun lichaam kwijt is en er geen contact met innerlijke belevingswereld gemaakt kan worden. In de kindertijd en het opgroeien wordt er niet gericht op de binnenwereld, er is weinig aandacht voor lichaamssignalen en gevoelens en er is weinig affectregulatie, hierdoor kan het vermogen van mentaliseren stagneren of ontbreken. Bij cliënten met trauma's (psychisch en lichamelijk), hechtingsproblemen en verwaarlozing in de voorgeschiedenis komt vaak persoonlijkheidsproblemen voor. De cliënten hebben dan een negatieve lichaamsbeweging en splitsen lichaam en geest. Ze zijn het contact met het lichaam kwijt. Ze hebben moeite om gevoelens waar te nemen en te uiten (alexithymus) en vaak is er sprake van somatoforme dissocatie (Kalisvaart H, 2010).

Casus : Mevrouw A. komt voor spanningsklachten. Ze weet niet hoe ze moet omgaan met haar spanningen. Spanningen komen voort uit de thuissituatie. Bij een activiteit schrok mevrouw van het harde geluid dat ik maakte. Mevrouw voelt dit en stopt meteen met de activiteit. Samen hebben we gekeken naar lichaamssignalen die mevrouw ervoer. Ze kon het niet benoemen, ook niet het voelen van het geluid waardoor ze de activiteit onderbrak. Dit betekent dat we terug moesten gaan naar de basis. Eerst leren voelen wat er gebeurt in het lichaam.

Hoofdstuk 4 Wat zijn de aandachtspunten bij PMT om tot een bruikbare behandelingsvorm te komen voor dove cliënten met persoonlijkheidsproblemen binnen PsyDoN?

PsyDoN werkt klachtgericht aan de hulpvraag van de cliënt. Dit werkt spanningsverlagend en geeft vertrouwen en veiligheid. Meestal is het instellen van een klachtgerichte behandeling gerelateerd aan de hulpvraag o.a somberheid, lichamelijke klachten,relatieproblemen en angst/trauma.
De oplossing wordt door cliënten direct eenzijdig gekoppeld aan een punt in de maatschappij dat de bron van de klacht was. (bijvoorbeeld werk, thuis, school, etc.) Uit ervaring blijkt dat de cliënten zelden klachten melden over hun persoonlijkheid die gerelateerd zijn aan de problematiek. De hulpverlener kan de relatie tussen klachten en persoonlijkheidsproblematieken maken en het bespreken met de cliënt als de indruk ontstaat dat instandhouding van de klachten in belangrijke mate verklaard kan worden op basis van persoonlijkheidsproblematieken.

4.1 Door middel van ervaringsgerichte therapie zoals PMT, kunnen de hulpvragen bijgesteld worden.

Wanneer er geen duidelijkheid is over de hulpvraag wordt er eerst psycho-educatie gegeven en veel uitleg. Dat kost tijd maar is belangrijk want het heeft te maken met de informatieachterstand bij dove cliënten. Er wordt gebruik gemaakt van het model van Denken -Voelen - Handelen, waar PMT concrete en geïntegreerde situaties bij kan aanbieden door het ervaren van de problemen in het hier en nu. Voor cliënten is het verbaliseren vaak moeilijk; ervarend leren sluit beter aan. Door te oefenen en het aanleren van sociaal gedrag kunnen cliënten beter relaties onderhouden en bij zichzelf nagaan hoe men een ander ziet. Dit stimuleert het komen tot interactie. Cliënten herkennen sommige situaties tijdens de oefeningen binnen de therapie als wat er in hun dagelijks leven gebeurt en dat blijkt voor doelgroep al een ontdekking te zijn. Het bewust worden van de problemen en de concrete ervaringen koppelen aan de hulpvraag maakt dat de transfer naar andere contexten makkelijker worden gemaakt.

Voor elke therapie geldt dat wanneer je in therapie bent het doel duidelijk en haalbaar moet zijn voor de cliënt. Als het haalbaar is kan de cliënt een proces van verandering doorlopen. Tussen therapeut en de cliënt moet een relatie opgebouwd worden waarin het doel samen wordt gehaald. De transfer van de ervaring naar een andere context is belangrijk binnen de activiteiten. Transfer is het doel van de therapie. Het is belangrijk dat cliënt in de therapie verbanden begrijpt en dit ook meeneemt in de thuissituatie en niet achterlaat in de therapieruimte. Verbanden tussen verschillende situaties, ervaringen en problemen worden door cliënten moeilijk gelegd. Het is daarom belangrijk om de activiteiten dicht bij de werkelijkheid te brengen.

4.2 Binnen PMT is de lichamelijkheid de centrale factor.

PMT kan de aandacht op primitieve ervaringen richten, waardoor lichaamsherinneringen terug kunnen komen in het lichaamsbewustzijn. Pesso, (Attekum, 1997) heeft als visie dat oude pijn en onderdrukte emoties lichamelijk worden ervaren. Als deze ervan bewust gemaakt wordt kan er ruimte komen voor nieuwe wegen en kan er verandering tot stand gebracht worden. Tijdens aandachtregulatie leren cliënten lichaamssignalen en gevoelens te verkennen door hun aandacht te richten op het lichaam. Als de klachten van de cliënten stabiel is en de eerste basisbehoeften duidelijk zijn, gaan ze in hun verdere leven zoeken naar bevrediging in andere situaties. Pesso gaat uit van het psychodynamisch gegeven dat de mens geboren wordt met aantal kernbehoeften als plaats, voeding, steun, bescherming en begrenzing.

4.3 Gevoelens

Opmerkelijk is dat bij de doelgroep gevoelens vaak het gedrag bepalen maar lichaamswaardering en zelfwaardering verstoord zijn. Om affecten te kunnen reguleren is het van belang dat de cliënt zijn aandacht kan richten op zijn lichaam. Door het herhaaldelijk richten van de aandacht op het lichaam worden lichaamssignalen herkend. Een cliënt die moeite ervaart bij het reguleren van affecten, heeft moeite om dit affect te begrijpen, te benoemen en aan een situatie of gebeurtenis te verbinden.
Bij cliënten van PsyDoN zijn er leemtes in de kernbehoeftes te bespeuren. De rol van doof zijn heeft invloed hierop en aangeleerde hulpeloosheid is kenmerkend. De cliënt heeft geen motivatie en voelt zich niet gestimuleerd. Tijdens een traumatische gebeurtenis of op de momenten dat een cliënt niet wordt voorzien in zijn kernbehoeften, kan hij zich niet verplaatsen in de intenties en belangen van naasten of hulpverleners.

Casus: Tijdens de PMT ervaart de cliënt dat het moeilijk is om een activiteit te doen. Ze kon niet goed de bal vasthouden. Ze gaf aan dat ze het moeilijk vindt als het niet lukt. Ze is blij dat een groepslid haar heeft geholpen om de bal vast te houden.
Ik vraag aan de cliënt of ze thuis, wanneer iets niet lukt, aan haar man kan vragen haar te helpen. Ze zei dat dit niet kan. Haar man is moeilijke man. Ze geeft aan dat ze hier niet over wilde praten.

4.4 Beleving

Doordat de therapeut de innerlijke beleving serieus neemt en benoemt leert de cliënt zijn affecten te herkennen en vervolgens zelf te reguleren. Cliënten hebben vaak de neiging om te rationaliseren of direct te handelen. De beleving komt niet naar voren. Daarom is het goed om zo weinig mogelijk te rationaliseren. Cliënten gaan uit van hun eigen interpretaties en kunnen niet kijken naar de belevingswereld van de ander.

4.5 Mentaliseren

Bij het werken met de Probleem Oplos groep en de doelgroep valt me op dat er weinig proces is van assimilatie en accommodatie. Cliënten zijn gewend om klachtgericht te werken waarin alleen oplossing worden bedacht voor die ene klacht. Het medium, in dit geval PMT, helpt de mensen hun kennis te verbreden en te accommoderen zodat het in evenwicht gebracht kan worden en het zelfconcept vergroot kan worden. Omdat de cliënten een laag zelfbeeld hebben, werken we aan de gezonde kanten van de cliënt en het opdoen van positieve ervaringen. Het is een vorm van werken vanuit “holding” en “containment”, wat de toenemende confrontatie draagbaar maakt. Holding houdt in het creëren van een veilige, voorspelbare relatie waarin de therapeut verwijst naar de vroege moeder en kind relatie, waarbij de moeder intuïtief de capaciteit heeft om zowel de fysieke als emotionele relatie met het kind uit te bouwen en te reageren op de noden van het kind. Vanuit de basis die gelegd wordt met “holding” kan men overgaan op “containment” d.w.z. dat de therapeut een draagbare vorm aan de innerlijke chaos of onlust van de cliënt geeft door als het ware zelf een container te worden van deze ervaringen. Door cliënten te leren hun aandacht te richten en affecten te reguleren kan er ruimte ontstaan voor de belevingswereld van de ander. Binnen de PMT wordt vanuit het handelen gekeken naar de gedachten en gevoelens van de cliënt en wordt op de cliënt appèl gedaan om na te denken over de belevingswereld bij de ander. Op die manier krijgen cliënten inzicht in hun eigen gedrag en kan men nadenken over de ander.

4.6 Lichamelijkheid en communicatie

Pas als dove mensen het lichaam gebruiken en het ervaren in zijn pure vorm (=lichamelijkheid), dan kan je lichaamswaardering en zelfbeeld observeren. Het is zoeken naar een manier om cliënten uit te nodigen om de communicatie los te laten en zich te richten op fysiek spel zonder gebruik van taal (gebarentaal). Zo kan er ruimte ontwikkeld worden voor emoties en gevoelens, voor de fysieke posities in de ruimte, voor afstand en nabijheid en interacties. Onze cognities ontstaan door

interactie met de wereld en berusten niet op vooraf gegeven en gefixeerde representaties. Dit betekent dat er pas effecten bij de cliënten waarneembaar worden als zij zich openstellen voor het ervaren. Wanneer mensen zich goed voelen bij elkaar en elkaar vertrouwen, praten ze met elkaar. Ze durven ook gemakkelijker feedback te geven over elkaars gedrag. We kunnen hieruit concluderen dat de kloof tussen het zelfbeeld van mensen en hun imago kleiner wordt naarmate ze elkaar in een sfeer van veiligheid en vertrouwen elkaar beter leren kennen. PMT kan denken, voelen en handelen in beweging brengen. Het aangrijpingspunt binnen PMT is oefenen, ontdekken en het ervaren . De interventies zijn voornamelijk leren herkennen van lichaamssignalen en het gevoel. Maar verbanden leggen tussen wat er gebeurt door hun gedrag en de samenhang met de huidige problemen is voor cliënten vaak te moeilijk. Het doe-karakter heeft als effect dat de problemen concreet gemaakt worden in het nu.

Hoofdstuk 5 Praktijkbeschrijving.

Om in de praktijkbeschrijving verbale therapie en non-verbale therapie te vergelijken, wordt uitgegaan van de ProbleemOplos groep. De ProbleemOplos groep volgt sinds 2001 een programma dat zich niet alleen richt op het herkennen van gevoelens en emoties maar ook werken aan een actieve praktische aanpak van de problemen. Van 2001 tot 2008 was er alleen verbale therapie. In 2008 werd PMT ingevoerd als een extra therapievorm. Het voornaamste doel van de ProbleemOplos groep is contact met elkaar maken en met elkaar ingebrachte problemen zelf oplossen, waarbij we een 6 stappen model gebruiken.

1) Bedenk wat er Gebeurt.
2) Beschrijf het Probleem
3) Bedenk Verschillende Oplossingen.
4) Kies Jouw Oplossing.
5) Als je deze Oplossing niet kan Uitvoeren
6) Zoek dan een Nieuwe Oplossing.

5.1 Resultaten en effecten bij verbale therapie

In 2001 is de ProbleemOplos groep opgezet. Er werd alleen verbale therapie gegeven.Twee jaar later hebben M. Versluis en E. de Bruin samen een presentatie gegeven van de bevindingen en effecten. Hieronder een korte opsomming:

•Er ontstaat chaos in de groep wanneer er door elkaar wordt gesproken. De groepsleden zijn het gewend om door elkaar te praten. Wanneer dit benoemd wordt voelen de groepsleden zich persoonlijk aangesproken. Ze gaan zich aanpassen aan wat er gezegd werd door de therapeuten. Hun instelling was passief. De groepsleden gaan niet uit van zelfcorrectie.

•De pauze was heel belangrijk voor de groep. In de pauze waren de groepsleden actiever. Mogelijke reden hiervoor was dat cliënten niet meer aangesproken worden op formele en normatieve regels.

•Naarmate de problemen abstracter worden, werden de groepsleden ook onrustiger. Er is hier opgemerkt dat niemand het aangeeft als ze de problemeninbreng niet begrepen hebben. Wanneer de therapeut benoemt dat ze het gevoel heeft dat inbreng niet begrepen werd, ontkennen de groepsleden dit.

•In het zoeken naar mogelijke oplossingen probeerde men eerst heel concrete oplossingen te bedenken, tegelijkertijd merkte men dan ook dat “dat het toch niet helemaal de oplossing was” en meestal na wat heen en weer gepraat ontstonden de eerste voorzichtige oplossing inbrengen.

•Groepsleden moeten steeds gestimuleerd worden om door te denken, oplossingen in te brengen en vooral bevestigd te worden dat elk oplossing gerespecteerd wordt.

•De therapeuten werken hard aan het verduidelijken van de “The six steps of problem solving”.

•Opmerkelijk fenomeen na jaren van verbale therapie is het feit dat door de tijd heen alle individuele deelnemers een steeds grotere vaardigheid ontwikkelen om problemen op een creatieve manier op te lossen. Iets wat op zich bijzonder lijkt, omdat we deze groep juist gedefinieerd hebben als mensen die zich afhankelijk opstellen van anderen, zeer veel hulp nodig hebben en sociaal niet vaardig zijn. De reden hiervoor is dat de systematiek van werken helder is en zich steeds herhaald, dat oplossingen die gevonden worden altijd passen bij de mogelijkheden van de deelnemer zelf en daarmee de deelnemer bevestigd wordt in wat hij goed kan i.p.v. wat hij niet kan.

•In principe kunnen alle problemen in de ProbleemOplos groep besproken worden. Wel nemen de cursusleiders een tendens waar dat de problemen niet duidelijk naar voren komen. De problemen lijken al opgelost te zijn of twee of meer problemen zijn verweven met elkaar.

•Het valt op dat identieke probleemsituaties blijven terugkomen. De 6-stappen methode wordt toegepast voor elk specifiek probleem, waaruit blijkt dat cliënten de transfer niet maken; het geleerde wordt niet toegepast in soortgelijke situaties.

•Wanneer men iets vertelt geven anderen al oplossingen of koppelen ze aan eigen meegemaakt situaties. Het vertellen van de situatie waar een probleem in verwerkt zit, kost voor cliënten veel tijd. De aandacht gaat vooral uit naar handelen en denken en niet naar beleving of ervaring.

In verbale therapie blijven ingebrachte problemen terugkomen en de transfer wordt niet gemaakt. Verbaal kunnen persoonlijkheidsproblematieken niet besproken worden met de cliënten. Autonomie vergroten en vaardigheden aanleren komt weinig naar voren. De groep biedt wel veiligheid en structuur en er is verbondenheid tussen de groepsleden. Wanneer de problemen abstracter gemaakt worden ontstaat er onrust. Door de therapeuten wordt ook getwijfeld of er werkelijk een leerproces te bespeuren is bij de groepsleden .

5.2 Psychomotorische Therapie

Kan via PMT bij de groepsleden een integratie tussen denken -voelen - handelen bewerkstelligd worden? Vanaf 2009 is PMT toegevoegd aan de behandeling naast de verbale therapie. De psychomotorische therapie is niet alleen ervaringsgericht bezig maar helpt de groepsleden ook woorden te vinden om opgedane ervaringen te integreren.
Hieronder de bevindingen en effecten bij PMT:

•De groep doet iedere keer enthousiast mee met de activiteit. Het geeft een positieve ervaring. Succeservaring werkt aan een positiever zelfbeeld. Het is te zien dat ze met hoge energie werken waardoor de therapeut beter kan interveniëren.

•Affecten kunnen worden geïntegreerd; gekoppeld worden aan dat wat ze doen. De gevoelens kunnen met ondersteuning van de PMT-er vorm krijgen en er woorden voor vinden.

•Hulpvraag formuleren is voor cliënten binnen PsyDoN erg moeilijk. Soms gaat de therapeut voor de cliënt de hulpvraag formuleren. Via PMT is het mogelijk om cliënten bewust te laten worden van de hulpvraag door specifieke activiteiten aan te bieden, met behulp van directe ervaringen in het hier en nu.

•De transfer komt af en toe naar voren binnen PMT. Het kwam voor dat een groepslid de ervaring van de vorige keer goed had onthouden en die oplossing gebruikt heeft in eigen situatie .

•De attitude van de therapeut verschuift langzamerhand van psycho-educatie naar ondersteunend en structurerend. De therapeut kan zich meer terugtrekken waardoor de groep zich ervan bewust is dat ze zelfstandig kunnen werken.

•Speelruimte ontstaat om te experimenteren met affecten en gedrag.

•Bewegingen zijn heel concreet en direct te benoemen. Dat maakt het meer transparant. Er is ruimte voor herhaling van oefening en interventies.

•Door de activiteit komt er ruimte om elkaar actief feedback te geven en te reflecteren. Groepsleden kunnen hun eigen gedrag waarnemen.

•De therapeut wordt nu meer buiten de activiteiten gehouden. Wanneer men zich aangesproken voelt komen ze meer in actie en benoemen het duidelijker.

Bij de PMT werd vooral aandacht besteed aan modaliteiten oefenen (nieuw gedrag vergroten, waarnemingsvermogen vergroten, beleving, gedragsrepertoire) en ervaren van verschillende gedragsalternatieven. In verband met de problematiek is het belangrijk de aandacht te richten op de gezonde kanten van de persoon en het opdoen van positieve ervaringen. Dit zijn toegankelijke en concrete ervaringen die als basis gebruikt kunnen worden om ruimte te ontwikkelen worden voor emoties en gevoelens, voor de fysieke posities in de ruimte, voor afstand en nabijheid en interacties.

Casus: Van touwen een vorm maken. Drie personen moeten een vorm maken in korte tijd. De therapeut maakt kenbaar welke vorm ze wil zien. De tekening van de vorm wordt visueel aangeboden. De groepsleden pakken meteen de touwen en gaan met elkaar een aantal vormen maken. De groepsleden waren zichtbaar blij dat het gelukt was.

5.3 Praktijkvoorbeelden

Wanneer geïntervenieerd wordt begreep de groep wat de bedoeling van de interventies waren. Groepsleden gaven elkaar feedback op wat er gebeurt in de activiteiten. Door de mogelijkheid om te interveniëren op concreet gedrag en ervaringen worden ze zich bewust van hun eigen gedrag. Ze konden hun gedrag of aanpak niet meer rationaliseren. De transfer kan nu meer besproken worden door concrete voorbeelden van wat er de vorige keer is gebeurd terug te halen en te koppelen.

Casus: De werkvorm werd uitgebouwd door een tekening kortdurend te laten zien die nagemaakt moest worden. Een groepslid tekent een vorm. De groepsleden konden de vorm niet op tijd afmaken. De groepslid die de vorm getekend heeft zegt dat het niet erg is dat het niet gelukt is. Een ander groepslid maakt een moeilijke tekening en het lukt de groep niet op tijd de vorm af te maken. De andere groepsleden gaven aan dat het niet eerlijk was, dat de opdracht te moeilijk was in relatie met gegeven tijd.

Bij een werkvorm kwamen de lichaamssignalen naar voren zoals ademhaling, het warm hebben, hoge concentratie. Er werd met hoge energie gewerkt. De groepsleden konden zelf waarnemen wat hun lichaamssignalen zijn. Cliënten leren om te gaan met hun grenzen. In de groep hebben alle leden somatische klachten, soms van onbekende aard.

Casus: Tijdens een activiteit had een cliënte last van kortademigheid . Ze zei dat ze door wilde gaan. Ze had rode wangen, "haar hart ging tekeer" zei ze. De groepsleden merken wat er gebeurt en vroegen haar te gaan zitten en uit te rusten.

Wanneer een groepslid het moeilijk heeft grijpt een ander groepslid in en helpt hem/haar op weg. Cliënten helpen elkaar of kunnen met elkaar afstemmen. Dat werd als een samenwerking gezien. Het koppelen van wat de vorige keer gebeurde kwam naar voren. Het wordt niet meer "vergeten" of "niet begrepen", zoals bij de verbale therapie waarin huiswerkopdrachten vaak niet gedaan werden. Door de ervaring en beleving kunnen cliënten het probleem bespreken en concreet maken.

Casus: Cliënte schrok toen de therapeut voorstelde om met verschillende materialen te gaan overgooien, bijvoorbeeld een stoel overgooien. De therapeut gaf aan dat ze zelf moeten kijken of het lukt. Meteen zegt cliënte nee. Hiervoor complimenten en vroeg of cliënte het met een stok wou proberen. De stok viel op de grond, het lukte niet. Cliënte zei niets. Ze heeft bij verbale therapie aan de co-therapeut aangegeven dat ze boos was over de oefeningen. Toen we de activiteit weer deden bij PMT, de week erop, zei cliënte niets. Ik vroeg haar of ze het ook wilde proberen en meteen gaf ze aan dat ze vorige keer boos was. Op mijn vraag waarom ze dit niet meteen heeft aangegeven gaf ze als antwoord dat ze niet durfde. Ze denkt dat ik dan ook boos word.

Hoofdstuk 6 Conclusie

Het non-verbale karakter van PMT betekent niet direct dat het toegankelijker is voor doelgroep van PsyDoN. Non-verbaal houdt niet in dat er niet gesproken wordt. Er moeten immers woorden gevonden worden voor het gevoel, de belevingen en het beschrijven van de ervaringen. Het doof of horend zijn maakt niet echt veel uit voor PMT. Het lichaam en het bewegen staat los van het "doof in de wereld staan". Wezenlijk verschil tussen doven en horenden wordt bepaalt door gebrek aan ervaringschat of ontwikkelingstekorten. Wanneer de ontwikkeling verstoord is en niet gecompenseerd wordt, door isolatie weinig ervaringen verzameld wordt, ontwikkelen mensen een ander denkschema. Literatuuronderzoek op het gebied van LVG en persoonlijkheidsstoornissen geeft veel herkenning van cliënten van PsyDoN. PMT heeft bij de schrijfster van dit artikel veel losgemaakt en een veranderingsproces in gang gezet, dit geeft iets meer gewicht aan een kwalitatief onderzoek. Wat de schrijfster van dit artikel dichtbij de doelgroep brengt is het zelf doof zijn.

De vergelijking tussen verbale therapie en non-verbale therapie binnen PsyDoN goed zichtbaar maken kon het beste via de ProbleemOplos groep. De observaties, ervaringen, overleg met collega's en literatuur bevestigen dat PMT niet echt specifiek aangepast hoeft te worden aan de doelgroep van PsyDoN. Er zijn uiteraard wel beperkingen hier en daar, maar geen enkele beperking is absoluut. Door ontwikkeling van sensoriek (voornamelijk de aandacht voor de tactiele en de visuele en kinetische) kan bijvoorbeeld muziek door doven waargenomen worden en eventueel gebruikt tijdens PMT.

Wat zijn de aandachtspunten bij PMT om tot een bruikbare behandelingsvorm te komen voor dove cliënten met persoonlijkheidsproblematieken?
Een bruikbare behandelingsvorm is het concentreren op lichamelijkheid en lichaamsgeheugen. Het lichaam onthoudt pijnlijke emotionele en fysieke ervaringen. Communicatie en woorden vinden heeft niet de prioriteit omdat rationalisatie niet te vroeg op gang gezet moet worden. Aangrijpingspunt is het oefenen en ervaren. Veelal richten op basisbehoeften en veel aandacht voor veiligheid en vertrouwen. Transfer moet dicht bij de werkelijkheid blijven zodat het niet abstract wordt. Transfer is op dit niveau gemakkelijker te maken voor cliënten aangezien ervaringen meer overeenkomen met de werkelijkheid dan verbale voorbeelden.

Een ander punt is het stimuleren van het mentaliserend vermogen via affectregulatie en aandachtregulatie. Voor dove mensen met persoonlijkheidsproblemen is het verbaliseren moeilijk, ervarend leren sluit beter aan. Door oefenen en het aanleren van sociaal gedrag kunnen cliënten beter relaties onderhouden en bij zichzelf nagaan hoe men een ander ziet. Dit stimuleert het komen tot interactie.

Welke toegevoegde waarde biedt PMT voor dove cliënten met persoonlijkheidsproblemen naast verbale therapie binnen PsyDoN?
PMT legt de nadruk op lichaamsbeleving, lichaamswaardering en het bewegen. Bij PMT vertrekken we vanuit de concrete werkelijkheid en lichamelijkheid in het hier en nu. De cliënten kunnen lijfelijk dingen ondervinden en nieuwe inzichten ervaren. De non-verbale interventies die bij PMT ingezet worden hebben een grote kracht omdat ze voor een groot deel aan de rationaliteit van de cliënt voorbij gaat (Emck & Boscher, 2005). Het lijfelijk ervaren inzicht wordt sneller in het geheugen opgenomen. Aan den lijve ervaren is een fundament voor identiteitsontwikkeling (Petzold, 1985). PMT onderscheidt zich van verbale therapie door de belevingsgerichte en inzichtgevende vorm en de lichamelijke ervaring. Cliënten krijgen meer grip op wat er gebeurt bij henzelf en wat er zich afspeelt in de omgeving.

Binnen PMT kijken we naar direct zichtbaar gedrag, waarin we de link met de buitenwereld kunnen maken. Vaardigheden worden geoefend in verschillende therapiesituaties en de transfer naar het dagelijks leven kan via de concrete weg gemaakt worden. Binnen PMT kan een ervaring direct besproken worden en de activiteit herhaald worden. Herhaling leidt tot spanningsverlaging en succeservaringen. De cliënten kunnen hierdoor beter geconfronteerd worden met het maken van een link met de buitenwereld. Cliënten richten zich minder op de puntgerichte oplossing passend bij het ingebrachte probleem en koppelen de ontdekkingen en ervaringen binnen de therapiesituatie aan ingebrachte problemen.

PMT kan bijvoorbeeld naast schemagerichte behandeling een aanvulling zijn op de cognitieve benadering in de context van bewegingssituaties, onderzoeken van vaste patronen en habitueel gedrag, nieuwe ervaringen opdoen en alternatieve oplossingen oefenen. Bij het doen van allerlei bewegingactiviteiten kunnen disfunctionele schema's worden geactualiseerd. Er kan meteen stilgestaan worden bij belemmerende gedachten en gevoelens. Er is aandacht voor zelfactualisatie en zelfontplooiing. Hiermee bedoel ik dat er uiting wordt gegeven aan de behoefte van de cliënten om mogelijkheden optimaal te benutten, het beste uit je zelf te halen. Die behoefte is wel aanwezig maar de mogelijkheid om dit te verwezenlijken is beperkt.

Cliënten herkennen sommige situaties tijdens de oefeningen binnen de therapie als wat er in dagelijks leven gebeurt. Cliënten kunnen tot inzicht komen via concrete ervaringen wat hun hulpvraag is. Door positieve ervaringen durven cliënten zich beter te uiten en associëren in beelden waarvoor woorden gezocht kunnen worden voor het gevoel of voor lichamelijke sensaties. Wanneer cliënten hun gevoel en contact met het lichaam kunnen verwoorden kunnen ze meer. Dit helpt om de hulpvraag te verduidelijken. Ze kunnen tot inzicht komen via introspectie. De verbale kant blijft een belangrijk punt voor de betekenisverlening.

Literatuurlijst

Boeken

Attekum, M. V. (1997). *Aan den lijve ,lichaamsgerichte psychotherapie volgens pesso.* Amsterdam: harcourt Assessment BV.

Eldik, T.T. (1998). *Psychische problemen, gezinsbelasting,gezinsfunctioneren en meegemaakte stress,Een klinisch-epidemiologisch onderzoek.* Voorburg Zoetermeer: Instituut voor Doven Effatha(distr.): Copynomie Rotterdam.

L.Verhofstadt-Deneve. (2003). *Handboek ontwikkelingspsychologie ,grondslagen en theorieën .* Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Laat, P. d. (2005). Psychodrama.een actiegerichte methode voor exploratie ,reflectie en gedragsverandering .Assen : Koninklijke van Gorcum.

Lange, J. d. (2010). *Psychomotorische therapie,lichaams- en bewegingsgerichte interventies in de GGZ.* amsterdam : Uitgeverij Boom.

Vandereycken, W. &. (1998). Psychiatrie, van diagnose tot behandeling. blz 199.

Visscher, C. (2000). *Doofheid en Sport ,over de betekenis van doof zijn voor sportpresentaties ,lichamelijke fitheid ,sportieve compententie en sociale acceptatie.* Groningen: Koninklijk Bibliotheek Den Haag.

Beck, G. & Jong, E.d .(1990) ,Opgroeien in een horende wereld,Twello.

Artikel

Baardman, B. (1989). Het meten van gepercipieerde compententie bij psychiatrische patienten . *bewegen & hulpverlening , 9* , 312-322.

Hekking, P.J.A.M. & Blink, M.J. (2005). Ervaringsgerichte psycho motorische therapie met jeugdigen. In R. dr. Lange ,J. *psychomotorische therapie in de praktijk* (pp. 173 -193). Nijmegen: wetenschappelijk uitgeverij cure & care Publisheirs.

Bruin, E. de (1997). Netwerkhulpverlening aan dove mensen. *Maandblad Geestelijk Volksgezondheid* , 621-632.

Festinger, L. (1954). A theory of social comparison processes. Human Relations, 7, 117-140. Franssen, L. (2011). psychomotorische therapie en cognitieve gedragstherapie .*Tijdschrift voor vaktherapie* , 19-24.

Fritschy, O.(1999) GGZ Hulpverlening aan doven, Aspecten en bijzondere kenmerken van de doelgroep,Ede.

Haaren, M.R.H (2010). psycho motorische therapie vanuit een cognitieve gedragstherapeutische invalshoek bij een depressie dagbehandeling . In J. d. Lange, *psycho motorische therapie, lichaams- en bewegingsgerichte interventies in de GGZ* (pp.18). Amsterdam: uitgeverij Boom.

Kalisvaart,H & Bokken,S.v. & Bosscher ,R.(2003). Lichaamswaardering van dove psychiatrische cliënten : een exploratieve vergelijking. *maandblad Geestelijke volksgezondheid, 58* , p.259-268.

Kalisvaart, H. (2010). Mijn lichaam zegt me niets . In J. d. Lange, *Psychomotorische therapie, lichaams- en bewegingsgerichte interventies in de GGZ* (p. 53). Amsterdam : uitgeverij Boom.

Kraak, K. (2010). psychomotorische therapie in de multidisciplinaire richtlijn persoonlijkheidsstoornissen. In j. d. lange, *Psychomotorische therapie , lichaams- en bewegingsgerichte interventies in de GGZ* (pp. 243- 262). Amsterdam: Boom.

Maes, j. (sd). De hulpverlener tussen afstand en nabijheid . *Kern v.z.w centrum voor psychotherapie en relatievorming* , pp. 1-15.

Uden, A. v. (1989). specifieke noden in de motorische ontwikkeling van auditief gehandicapte kinderen . *bewegen en hulpverlening* , 188-218.

Scriptie

Olst, M. v. (1992). Geen woorden , maar daden ? ,psychomotorische therapie met dove psychiatrische patienten.Leiden

Versluis, M. (2003). *Mijn reis door de tijd , een socialisatieproces , scriptie VO richting GGZ.Hilversum.*

Gervik,M.(2008).Mentaliseren binnen Psychomotorische Therapie ,afstudeerscriptie Psycho motorische therapie ,Hogeschool Windesheim.

Elektronisch documenten

Berger, C. R. (1986). social cognition and intergroup communication . pp 51-61. Verkregen op 21 januari ,2010,via http://personal.tcu.edu/pwitt/Berger.pdf
Fritschy,O. Dovenhulpverlening, een vak apart.Ede.Verkregen op 2 januari 2010,via http://www.ouderenpsychiatrie.nl/sjablonen/1/infotype/webpage/view.asp?objectID=1246.