

De angst voorbij

Herstructurering van denken, voelen en handelen

**Cognitieve gedragstherapie toegepast binnen een PMT behandeling
voor ouders met een angststoornis**

Tamira Tuinman- Bosch
School of Human Movements and Sports
PMT
Sandra Verbeeten & Paul Verschuur
Mei 2009



Voorwoord

Boodschappen doen, stofzuigen en eten koken.

De normale gang van zaken binnen ieder huishouden en het is voor mij in ieder geval geen grote opgave om deze taken uit te voeren. Voor de doelgroep waar ik momenteel mee werk, ouderen, kunnen deze dagelijkse taken iets zijn om tegenop te zien. In eerste instantie vanwege het feit dat hun lichaam niet meer werkt zoals zij dat graag zouden willen en hierdoor veel dingen meer moeite en tijd kosten. Het boodschappen doen dat mij een uurtje kost, kan bij hen een ochtend in beslag nemen.

Deze dagelijkse taken kosten hen, door de achteruitgang van hun lichamelijke conditie, meer moeite, tijd en ook energie. Sommigen kunnen deze taken zelf niet meer uitvoeren en moeten hier, of ze het willen of niet, hulp bij vragen. Begrip voor hun situatie kreeg ik toen ik tijdens een enkelblessure genooddaakt was om mijn been hoog te houden en dus niet mocht staan of lopen.

Toen kwamen bij mij de aspecten 'hulp vragen' en 'grenzen' duidelijk aan de orde. Voor dingen die ik normaliter even zelf zou doen had ik nu of meer tijd of een ander nodig. In die periode heb ik moeten leren hulp te vragen en niet alles zelf te willen doen. Luisteren naar mijn lichaam maakte hier een belangrijk onderdeel van uit. Nu was deze blessure van tijdelijke aard en had ik zicht op weer gewoon kunnen lopen en daarbij dus alles ook weer zelf op kunnen pakken, kortom, autonomie. Ouder worden gaat over het algemeen de andere kant op, in plaats van verbetering en herstel, zoals in het geval van mijn enkel, is er stilstand of achteruitgang. Dit zowel van jezelf als van naasten in je omgeving. Een partner die wegvalt doet je ineens pijnlijk beseffen hoe snel het leven voorbij kan zijn.

Het ouder worden brengt veel zorgen met zich mee en ik denk dat het piekeren wat de cliënten doen niet meer dan een logisch gevolg is op de situatie waarin zij zich bevinden. Er is alleen wel een verschil in de mate van piekeren en het piekeren ook even opzij kunnen zetten om toch te kunnen genieten van alledaagse dingen. De cliënten die in de ontspanningsgroep van de PMT komen hebben stuk voor stuk last van piekeren en/of angstige gedachten met als gevolg dat zij erg veel spanning ervaren en niet lekker meer in hun vel zitten.

Het piekeren van de cliënten heeft zowel te maken met de leeftijdsgebonden problematiek, thema's zoals eenzaamheid, verlies en rouwverwerking, als met het feit dat bij hen een diagnose is gesteld die gerelateerd is aan een depressie of angststoornis. De normale zorgen die ieder mens kan hebben, ervaren zij ook maar dan een stuk heftiger. Het zorgen maken, piekeren of de angst belemmert hen in mindere of meerdere mate in het dagelijkse functioneren. De gedachten, angsten en spanningen van de cliënten komen aan bod binnen de ontspanningsgroep en hebben mij vanaf het begin gefascineerd. Het hoe en waarom, het ontstaan van de angstgedachten en natuurlijk de behandelingswijze, boeide mij enorm. Om die reden heb ik deze doelgroep als onderwerp gekozen voor mijn afstudeeropdracht.

Bij deze wil ik dan ook de cliënten van de ontspanningsgroep bedanken voor hun aanwezigheid en deelname aan de therapie. Voor het brainstormen en de verdere begeleiding bij deze afstudeeropdracht wil ik Paul Verschuur en Sandra Verbeeten bedanken. Stagebegeleider Michel van der Aa mag in dit rijtje niet ontbreken. Bedankt voor de begeleiding.

Tamira Tuinman-Bosch

Inleiding en vraagstelling

Tijdens mijn stage in het Zonnehuis, maakte ik kennis met Psychomotorische therapie voor ouderen met een angststoornis en/of een depressie. Deze groep, bestaande uit acht dames in een leeftijd vanaf zestig jaar neemt deel aan de PMT met als voornaamste doelstelling: "het ervaren van ontspanning tijdens de therapie." Naast dit doel wordt er binnen de PMT aandacht besteedt aan de bewustwording van spanningsvolle momenten en de uitingsvormen van spanning in het lichaam. Ook aan de vraag op welke manieren angst en spanningen invloed kunnen hebben op het functioneren, wordt aandacht besteed. Deze cliëntengroep neemt eenmaal per week deel aan de psychomotorische therapie en werkt dan gezamenlijk en individueel aan de bovenstaande doelen. Hierbij is er ruimte voor het delen van ervaringen, uitspreken van herkenning of het geven van steun aan elkaar. De herkenning en erkenning van de cliënten onderling en de steun die zij elkaar daardoor bieden heeft een positieve invloed op de groepscohesie en de ontwikkeling binnen de groep. De invloed van de therapeut is hierbinnen essentieel. Een steunende attitude en empatisch reageren zorgen ervoor dat de cliënten zich gezien voelen in hun gedachten, ervaringen en moeilijkheden.

Wat opvalt in deze cliëntengroep is dat de meesten van hen aangeven in mindere of meerdere mate ontspanning te kunnen ervaren tijdens de therapie. Daarentegen geven zij aan nog niet in staat te zijn om deze oefeningen in de thuissituatie toe te passen en dus een transfer te maken, maar dat zij dit wel graag zouden willen. Vanuit de therapie komt naar voren dat de cliënten redelijk inzicht hebben in de voor hen spanningsvolle situaties en de daaruit voortkomende klachten en effecten op het lichaam. Met deze informatie ben ik samen met mijn stagebegeleider gaan puzzelen om voor deze cliënten de transfer van de therapie naar de thuissituatie wel mogelijk te maken. Het gepuzzel heeft geresulteerd in een cd met ontspanningsoefeningen en een spanningsmeter voor iedere cliënt. Ook een handleiding voor het thuis toepassen van de ontspanningsoefening valt hieronder. Op deze manier wordt de cliënten een gestructureerd aanbod gedaan, dat zij thuis, met niet al teveel moeite, toe kunnen passen. Het doel van de transfer is dat de cliënten naast de therapeutische context, ook in andere, meer dagelijkse situaties de ontspanning kunnen vinden. Daarnaast geeft het noteren van de mate van spanning en de locatie ervan, hen meer inzicht in het ontstaan en ontwikkelen van de angst en spanningsklachten. Eventueel kan verder in de behandeling, wanneer de cliënt de oefening dermate beheerst dat deze gemakkelijk uitgevoerd kan worden, de cliënt gestimuleerd worden om de oefening toe te passen in een angstige of spanningsvolle situatie om zo de klachten te reduceren. Door deze transfer hebben wij als behandelend psychomotorisch therapeuten, naast de klachtgerichte werkwijze ook ruimte gecreëerd voor inzichtgevend interventies.

De aanpak waar binnen de ontspanningsgroep in eerste instantie mee werd gewerkt was met name gericht op de gevolgen van een depressie of angststoornis maar schonk weinig tot geen aandacht aan de oorzaken of het ontstaan ervan. Het behandelen van de spanningsklachten zonder met de oorzaak aan de slag te gaan, riep bij mij vragen op. Eén daarvan had betrekking op de last die de cliënten van de stoornis ervaren, wordt deze daadwerkelijk verminderd door alleen de gevolgen te behandelen? Naar mijn idee wordt door het verminderen van de klachten het eigenlijke probleem niet behandeld en is het naast de klachtgerichte aanpak ook van belang met de veroorzaker ervan aan de slag te gaan, de angststoornis. Aan de ontspanningsgroep neemt een cliënte deel die veel last ervaart van haar angsten. Dit is naar voren gekomen uit observaties en haar eigen visie op het geheel. Bij haar is alleen de klachtgerichte benadering niet voldoende. Zij is namelijk goed in staat binnen de ontspanningsgroep de angsten wat los te laten maar deze treden toch weer op de voorgrond en belemmeren haar in haar dagelijks functioneren. Om die reden is zij geïndiceerd voor individuele PMT en ben ik met haar het behandeltraject gestart om naast de ontspanning, ook iets te doen aan de oorzaak. Hoe ik invulling zou kunnen geven aan de behandeling van de angststoornis had ik niet meteen duidelijk voor ogen. Door mij te verdiepen in theorie over angststoornissen in het algemeen en specifiek bij ouderen, kwam naar voren dat cognitieve gedragstherapie een veel toegepaste en ook effectieve behandelvorm is. Aan de hand daarvan is mijn vraagstelling tot stand gekomen.

"Op welke wijze kan cognitieve gedragstherapie een bijdrage leveren aan het bestaande PMT aanbod voor oudere cliënten met een angststoornis?"

Uit deze vraagstelling kan men opmaken dat ik er eigenlijk al vanuit ga dat cognitieve gedragstherapie een bijdrage kan leveren aan de behandeling van angststoornissen door middel van psychomotorische therapie. Dit uitgangspunt is niet alleen vanuit mijn oogpunt bekeken maar wordt ondersteund door verscheidene schrijvers en onderzoekers op dit gebied.

De vraag die ik nu stel is op welke wijze deze vorm van therapie geïmplementeerd kan worden binnen het bestaande PMT aanbod. De bovenstaande vraagstelling zal ik proberen te beantwoorden door middel van deelvragen, hieronder weergegeven.

- Hoe ontstaat en verloopt een angststoornis bij cliënten ouder dan 65 jaar?
- Hoe is de ontwikkeling van cognitieve gedragstherapie verlopen?
- Welke vormen van cognitieve gedragstherapie worden nu al toegepast bij cliënten met een angststoornis?
- Welke van de bovenstaande vormen komen in aanmerking voor implementatie binnen PMT?
- Op welke wijze is dit te implementeren binnen de al bestaande behandeling?

In deze afstudeeropdracht probeer ik vanuit mijn eigen fascinatie naar de mogelijkheden van een behandeling van angststoornissen bij ouderen een antwoord te vinden op bovenstaande vragen. Dit doe ik door middel van theoretische verdieping en daarbij onderbouw ik mijn keuzes. Het doel **in** deze afstudeeropdracht staat hierboven reeds vermeld en luidt als volgt: Op welke wijze kan cognitieve gedragstherapie een bijdrage leveren aan het al bestaande PMT aanbod voor oudere cliënten met een angststoornis. Het doel **van** deze afstudeeropdracht sluit daarop aan. Naast de ontspanningstherapie, die met name klachtgericht wordt ingezet en niet de oorzaak van de klachten wegneemt, wil ik door middel van cognitieve gedragstherapie te implementeren in de PMT behandeling een waardevolle bijdrage proberen te leveren binnen de behandeling van oudere cliënten met een angststoornis. In deze afstudeeropdracht wil ik onderzoeken op welke wijze cognitieve gedragstherapie een bijdrage kan leveren aan het huidige PMT aanbod en dus een toevoeging kan zijn op het gehele behandeltraject van de cliënt. Dit doe ik door achtereenvolgens de volgende aspecten te bespreken. In het eerste hoofdstuk wordt er stil gestaan bij de casuïstiek. Hoofdstuk twee heeft betrekking op de behandelmethoden betreffende de casus. In hoofdstuk drie wordt er aandacht besteed aan angst en angststoornissen bij ouderen. Angst bij ouderen kan namelijk andere oorzaken of uitingsvormen hebben dan bij jong volwassenen en daarom is het zinvol hierbij stil te staan. In hoofdstuk vier is plaats voor de theoretische verdieping betreffende cognitieve gedragstherapie en dan met name toegespitst op de cognitieve benaderingswijze van Beck. In het vijfde hoofdstuk worden een tweetal PMT behandelmethoden voor angststoornissen besproken waarvan er één ontwikkeld is door onder andere een voormalig psychomotorisch therapeut in mijn huidige stagecontext. Daarop aansluitend, worden in hoofdstuk zes de implementatie mogelijkheden van de cognitieve gedragstherapie binnen de PMT behandeld. Hierin worden de wijzen waarop cognitieve gedragstherapie een bijdrage kunnen leveren aan de PMT behandeling voor ouderen met een angststoornis besproken en wordt dus al antwoord gegeven op de vraagstelling. Deze afstudeeropdracht wordt afgesloten met een conclusie waarbinnen de overeenkomsten tussen de cognitieve gedragstherapie en de psychomotorische therapie nog eens op een rijtje worden gezet.

Inhoud

Voorwoord	2
Inleiding en vraagstelling	3
Inhoud	5
Verantwoording vraagstelling	6
1. Casuïstiek	7
1.1 Inleiding	7
1.2 Algemene casusbeschrijving	7
1.3 Kritische invalshoek	7
1.4 Classificerende invalshoek	7
1.5 Humanistisch referentiekader	8
2. Methode	9
2.1 Inleiding	9
2.2 Ervaringsgerichte werkwijze binnen de PMT	9
3. Angst en angststoornissen bij ouderen	11
3.1 Inleiding	11
3.2 Definitie van angst	11
3.3 Het probleem van slechte herkenning	11
3.4 Early en late onset angststoornissen	13
3.5 Differentiaaldiagnose	13
3.6 Casusverwijzing	13
4. Cognitieve gedragstherapie	14
4.1 Inleiding	14
4.2 Ontstaan van cognitieve therapie	14
4.3 Cognitieve therapie en angst	15
4.4 De rol van het gedrag	15
4.5 Conditionering	16
4.6 Conclusie	16
5. Huidige PMT aanpak voor behandeling van een angststoornis	17
5.1 Inleiding	17
5.2 Programma voor behandeling van angststoornissen Bogert & Scholten (2005)	17
5.3 Module door Biemond en de Boer (2008)	18
6. Implementatie	19
6.1 Inleiding	19
6.2 Werkwijze vanuit de cognitieve gedragstherapie	19
6.3 Werkwijze vanuit de psychomotorische therapie	19
6.3.1 Oefenen	20
6.3.2 Ervaren	20
6.3.3 Ontdekken	23
Conclusie	24
Literatuurlijst	26

Verantwoording vraagstelling

In de vraagstelling: “Op welke wijze kan cognitieve gedragstherapie een bijdrage leveren aan het bestaande PMT aanbod voor oudere cliënten met een angststoornis?”, komt mijn hypothese al naar voren. Namelijk dát cognitieve gedragstherapie een bijdrage kan leveren aan het behandelaanbod van de psychomotorische therapie. Nu gaat het alleen nog om de wijze waarop. Zoals in de inleiding al vermeld staat ben ik een individueel behandeltraject gestart met een cliënte die, zoals zij aangeeft, veel last ervaart van haar angstgedachten en klachten. Alleen de klachtgerichte werkwijze blijkt voor haar niet voldoende te zijn en zo werd mijn interesse gewekt voor andere behandelmogelijkheden in een psychomotorische context voor oudere cliënten met een angststoornis. Uit de literatuur komt naar voren dat cognitieve gedragstherapie zeer positieve resultaten behaalt en nu leek het mij interessant om te onderzoeken wat de mogelijkheden zijn om in de PMT context met deze therapievorm aan de slag te kunnen gaan.

1. Casuïstiek

1.1 Inleiding

In dit hoofdstuk zal de aandacht worden gevestigd op de casuïstiek van mw B. Dit gebeurt door de casus eerst in zijn algemeenheid te belichten waarna er overgegaan wordt op de kritische en classificerende invalshoek. Daarna zal de casus besproken worden aan de hand van een theoretisch referentiekader. In deze verdieping is gekozen voor het humanistische referentiekader. Deze sluit aan bij de visie en behandelwijze van de instelling waar mw B voor dagbehandeling komt.

1.2 Algemene casusbeschrijving

Mw B is een vrouw van 74 jaar oud. Zij komt uit een gezin van twee kinderen waarvan mw de jongste is. Sinds 2002 is mw weduwe. Haar tweede man is overleden, mw heeft tot anderhalf jaar voor zijn overlijden met hem samen gewoond. Vanaf dat moment werd de zorg voor hem te zwaar. Van haar eerste man is mw gescheiden, want hij had een alcoholprobleem. Met hem heeft mw drie kinderen gekregen met wie zij tot op heden goed contact heeft. Mw heeft aangegeven dat zij pas na het overlijden van haar man last heeft gekregen van depressieve periodes en angstige gedachten. In haar verleden heeft zij geen klachten op dit vlak gekend. De periode na het overlijden van haar man, was voor mw erg zwaar. Haar dagelijks functioneren werd in grote mate beïnvloedt door haar depressiviteit en angsten met als gevolg dat zij opgenomen is op een psychiatrische instelling. Na die opname heeft mw haar leven thuis weer op proberen te pakken met ondersteuning van dagbehandeling, twee dagen per week. Mw heeft aangegeven dat zij zich thuis erg eenzaam en alleen kan voelen. Zij mist haar man. Wel is mw blij dat zij nog in het huis kan wonen en zich redelijk zelfstandig kan redden. Mw heeft in haar thuissituatie last van sombere gedachten en angsten. Deze angsten hebben verschillende oorzaken. Ten eerste het feit dat mw lijdt aan de aandoening COPD maakt dat zij regelmatig benauwd is en hierdoor niet veel kan doen. Ten tweede kan mw zich erg veel zorgen maken over de dagelijkse gang van zaken, zoals het doen van het huishouden, maken van afspraken en deze ook nakomen. Mw wordt erg belemmerd door haar angsten. Over de huishoudelijke taken kan mw al dagen van tevoren aan het piekeren zijn en dit zorgt er daarnaast ook voor dat mw van narigheid niet in slaap kan komen, midden in de nacht wakker wordt of zich misselijk voelt van angst. De constante zorg en angst veroorzaken bij mw veel spanning en 'druk op de borst'. Mw geeft ook aan dat zij zich slecht kan concentreren en moeite heeft om gewoon even niks te doen. Door de sombere buien en angstige gedachten komt mw niet veel buiten de deur. De noodzaak is er ook minder, mw heeft weinig verplichtingen. Zij heeft naast het contact met haar kinderen weinig sociale contacten.

1.3 Kritische invalshoek

Zoals hierboven beschreven staat heeft mw drie kinderen uit haar eerste huwelijk. Zij weten dat mw een zwaar leven heeft gehad en staan achter het feit dat hun moeder dagbehandeling volgt. Daarnaast zijn zij op de hoogte van de COPD klachten van mw en zouden zij het fijn vinden als hun moeder zou stoppen met roken. Er is immers bekend dat de longfunctie minder sterk afneemt wanneer een cliënt stopt met roken. Mw is op de hoogte van dit feit maar ziet zich niet genoodzaakt wat aan haar rookgedrag te veranderen. Zij is wel minder gaan roken maar weigert de sigaret op te geven. Zeker als mw het gevoel krijgt van anderen iets te 'moeten' gaat zij in de weerstand. Mw vindt dat zij baas is in haar eigen leven en vindt dat anderen zich hier niet mee hoeven te bemoeien.

Mw is niet in staat haar gedachten en wensen naar anderen uit te spreken, dat blijkt uit de relatie die zij momenteel met haar huidige burens heeft. Mw paste op hun huis en zij brachten mw wel eens naar het ziekenhuis voor onderzoeken. De burens gaan uit van de gedachte dat voor iedere mate van hulpverlening, er iets gelijks tegenover moet staan. Naar hun idee heeft mw nog lang niet genoeg terug gedaan en dit maken zij haar ook kenbaar. Mw is hier woedend over maar durft haar gedachten niet naar hen uit te spreken uit angst dat zij haar niet meer aardig vinden. Mw wil graag aardig gevonden worden door de mensen met wie zij contact heeft.

1.4 Classificerende invalshoek

As I: Gegeneraliseerde angststoornis, depressieve stoornis
As II: Geen
As III: COPD, osteoporose, drie wervel fracturen
As IV: Weduwe, sociaal isolement, eenzaamheid
As V: GAF score 65

1.5 Humanistisch referentiekader

Volgens Glassman en Geluk (2006) is de humanistische benadering voortgekomen uit een tegenreactie op de psychoanalyse en het behaviorisme. Doordat sommige psychologen het behaviorisme te beperkt vonden en de psychoanalyse te star, is de humanistische benadering ontstaan. Volgens deze benadering is gedrag niet alleen een reactie op een stimulus maar heeft het ook te maken met de persoon en de wijze waarop deze persoon naar de wereld kijkt. Om deze reden kan alleen het individu de betekenis van bepaald gedrag verklaren en het doel of waarde aan deze handelingen toekennen. Naast deze overkoepelende overtuiging zijn er een aantal psychologen die hun stempel hebben gedrukt op deze benadering. Één daarvan was Carl Rogers (1902-1987), waarvan een aantal theorieën mede aan de hand van de casus, nader toegelicht zullen worden.

Rogers noemt één van de meest fundamentele aspecten van de menselijke ervaring het feit dat wij levende wezens zijn. We worden geboren, we groeien en uiteindelijk gaan we dood. Dit geldt voor iedereen, ongeacht ras, geloof of sociale status. Tijdens het leven heeft ieder wezen de wens om te groeien, te ontwikkelen en onze capaciteiten te vergroten. Dit motief geeft ons leven een richting aldus Rogers. Hij noemde dit een intrinsieke eigenschap, de actualiseringstendens. Daarnaast geeft Rogers aan dat er ook verschillen zijn. Onder andere de unieke wijze waarop een individu de wereld waarneemt. Dit noemt hij het waarnemingsveld. Dit veld weerspiegelt de wijze waarop wij de wereld zien en vaak ook hoe wij ons gedragen. Een belangrijk element in ons waarnemingsveld is het zelfgevoel. Volgens Rogers weerspiegelt het zelf ons beeld van wie we zijn op een bepaald moment, en het wordt beïnvloed door alle factoren die onze waarneming vormgeven. Waaronder onze ervaringen uit het verleden, de huidige situatie en de verwachtingen van de toekomst. Rogers maakte onderscheidt tussen de begrippen ideale zelf en het ware zelf. Het ideale zelf wordt omschreven als de ideeën over wie we graag zouden willen zijn. Het ware zelf is hoe wij daadwerkelijk zijn. De relatie met onszelf is van invloed op hoe wij onszelf zien. Voor zover het zelf en het ideale zelf overeenkomen ervaart de persoon een gevoel van congruentie. Wanneer er een tegenstelling ervaren wordt tussen het zelfgevoel en de omgeving, geeft dit een gevoel van incongruentie (Glassman & Geluk, 2006).

Sinds het overlijden van haar man ervaart mw depressieve perioden en veel angstgedachten. Zij heeft daarnaast ook de lichamelijke aandoening COPD, wat inhoudt dat haar longfunctie is verminderd en dat mw hierdoor moeite heeft met ademen of benauwd kan worden. Door deze lichamelijke en psychische beperkingen voelt mw zich ongelukkig. Mw moet door de COPD rekening houden met haar lichaam, zij kan niet alles meer wat zij graag zou willen. Verder wordt zij in haar functioneren belemmerd door haar piekeren en angsten. Mw heeft te kennen gegeven het vervelend te vinden dat zij niet meer kan wat zij eerder kon en dat zij dat wel weer graag zou willen. Hier komt het begrip 'ideale zelf' van Rogers naar voren. Mw ziet het ideale zelf als een vrouw die zowel lichamelijk als psychisch niet beperkt wordt en naar behoren kan functioneren in de maatschappij. Haar ware zelf wordt, zoals hierboven al beschreven staat, belemmerd door haar lichamelijke en psychische beperkingen waardoor zij niet in staat is veel hooi op haar vork te nemen. Het ware zelf komt niet overeen met het beeld dat mw heeft van het ideale zelf waardoor er incongruentie ontstaat.

Een ander aspect dat Rogers aanhaalt heeft te maken met het begrip positieve waardering. Sociaal contact en positieve relaties zijn volgens Rogers essentieel voor onze ontwikkeling. Contact met anderen kan ons het gevoel geven ergens bij te horen, gewaardeerd te worden en geliefd te zijn. Mw B heeft sinds het overlijden van haar tweede man eigenlijk alleen nog contact met haar drie kinderen en met de cliënten van de dagbehandeling. Mw geeft aan zich thuis eenzaam te voelen. Op de dagbehandeling, waar mw voldoende mensen om zich heen heeft, ervaart zij die eenzaamheid niet. Hier behoort zij tot een groep en krijgt zij de positieve waardering.

Volgens Rogers wordt ieder mens congruent geboren. Incongruentie ontstaat vanuit de ervaringen die tijdens het leven worden opgedaan. Door middel van therapie stelt Rogers dat congruentie opnieuw te bereiken is. De therapeutische context moet in dit geval gecreëerd worden aan de hand van aspecten uit de humanistische benadering, ook wel 'cliënt centered' genoemd. Hierin wordt de aandacht gericht op het ware zelf en de integratie van denken, voelen en handelen. Belangrijke sleutelwoorden voor deze therapievorm zijn empathie en positieve acceptatie. Door middel van een ervaringsgerichte werkwijze binnen een veilige sfeer, wordt een cliënt uitgenodigd om aan de slag te gaan met de eigen mogelijkheden. De beleving van de cliënt staat hierin centraal en de therapeut past zijn/haar attitude hierop aan. Door acceptatie van de ervaringen van de cliënt en echt contact wordt en gestreefd naar zelfverwerkelijking.

2. Methode

2.1 Inleiding

Door middel van een beschrijving van de psychomotorische behandelwijze van onder andere mw B binnen de context van de ontspanningsgroep, zal verhelderd worden vanuit welke overkoepelende visie er wordt gewerkt en aan de hand van welke modaliteiten er wordt behandeld. Hierin zullen de behandeldoelen, leerdoelen en eindtermen van mw naar voren komen.

2.2 Ervaringsgerichte werkwijze binnen de PMT

De ontspanningsgroep vormt een belangrijk onderdeel van de psychomotorische therapiebehandeling voor cliënten met een angst- of depressieve stoornis. De frequentie van deze therapie is eenmaal in de week. Hierbinnen wordt voornamelijk vanuit de humanistische benadering (cliënt centered) gewerkt. Door gebruik te maken van verschillende ontspanningsoefeningen wordt er een appèl gedaan op de cliënten, zij krijgen de mogelijkheid te ervaren welke oefening voor hen het meest prettig is. De cliënten worden specifiek bevraagd op hun ervaringen en hierdoor gestimuleerd om het heft in eigen handen te nemen omtrent de angst en spanningklachten die hen belemmeren. Zij zijn namelijk diegene die daadwerkelijk voelen wat een oefening met hen doet. Deze fase in de ervaringsgerichte werkwijze heet het verkennen. Tegelijkertijd wordt er een start gemaakt met het herkennen. De cliënt wordt gevraagd na te gaan welke situaties (zowel thuis als op de behandelgroep) angst of spanning oproepen en dit te noteren. Door hier iedere week op terug te komen, wordt het voor de cliënten (en therapeut) steeds meer inzichtelijk welke situaties angst- en spanningsklachten veroorzaken.

Casusverwijzing

Leerdoelen van mw met betrekking tot de modaliteit ervaren, gericht op het verkennen:

- *De situaties die mw als angstig of spannend ervaart inzichtelijk krijgen. Hierbij ook de lichamelijke reacties en gevolgen van de angst aan de orde laten komen.*
- *Het leren onderscheiden van gevoelens van spanning en ontspanning en hierdoor bewust worden van het eigen lichaam.*

In het geval van mw B is in de verkennende fase naar voren gekomen dat vooral dagelijkse contexten in combinatie met de COPD haar veel angstgedachten en spanning bezorgen. Mw geeft aan zich regelmatig zorgen te maken over taken behorende tot het algemeen dagelijks leven (ADL). Hiermee doelt zij op het doen van de boodschappen, het huishouden, ontvangen van bezoek en dergelijke. Vermijdingsgedrag is bij mw niet aan de orde, zij vindt dat zij door moet zetten en voert de bovenstaande taken dan ook uit. Een kanttekening is dat deze gepaard gaan met veel angstgedachten, spanning in het lichaam en af en toe benauwdheid. Deze benauwdheid komt soms voort vanuit de COPD, maar haar angstgedachten hebben hier ook een grote invloed op. Mw heeft aangegeven moeite te hebben met het onderscheiden van benauwdheid gerelateerd aan de COPD of veroorzaakt door angst en spanningsklachten.

Uit bovenstaande informatie is een nieuw leerdoel voortgekomen:

- *Het leren onderscheiden van benauwdheid die veroorzaakt wordt door angstgedachten en benauwdheid die voortkomt vanuit de COPD.*

Door middel van het verkennen, herkennen en erkennen van spanningsvolle situaties of situaties die angst opwekken wordt er in de PMT behandeling een opzet gecreëerd voor een vervolg. Namelijk het oefenen. Bij het oefenen gaat het erom de cliënten nieuwe of andere psychosociale vaardigheden aan te leren. In dit geval gericht op het aanleren van andere manieren om met de spanning om te gaan. Deze modaliteit wordt ondersteunt door huiswerkopdrachten. De cliënten hebben allemaal een cd gekregen waarop ontspanningsoefeningen staan die ook binnen de PMT behandeling aan bod zijn gekomen. Van hen wordt gevraagd om minimaal één keer per week, één van deze oefeningen toe te passen. Om als therapeut zicht te houden op ieders persoonlijke proces, wordt de cliënten gevraagd een spanningsmeter in te vullen. Deze heeft betrekking op de locatie van de spanning en de mate van spanning, voorafgaand aan de oefening en na de oefening door de cliënten zelf in te vullen.

Daarnaast is de spanningsmeter ook bij uitstek geschikt om de cliënten te laten ervaren dat het toepassen van een ontspanningsoefening in de thuissituatie ook uitstekend kan helpen. Dit is van belang om de cliënten gemotiveerd te blijven houden en ze het belang van de toepassing thuis in te laten zien. Immers, als een cliënt niet ervaart dat een ontspanningsoefening in de thuissituatie ook daadwerkelijk ontspanning biedt, zal de motivatie verminderen en de effectiviteit van de behandeling afnemen.

Leerdoel van mw met betrekking tot de modaliteit oefenen:

- *Door middel van ontspanningsoefeningen mw laten ervaren dat zij zelf in staat is de spanning te verminderen, zowel in de therapeutische context als in de thuissituatie. Anders gezegd, mw de controle laten ervaren waardoor zij angstige situaties beter kan leren hanteren.*

De PMT modaliteiten ervaren en oefenen zijn hierboven aan de orde gekomen. De modaliteit ontdekken wordt binnen de ontspanningsgroep niet ingezet. Er wordt met name ervaringsgericht gewerkt aan het verminderen van de angst en spanningsklachten in het hier en nu. Als blijkt dat cliënten aan de ontspanningsgroep niet voldoende steun hebben, kan het voorkomen dat binnen een individuele behandeling het ontdekken meer op de voorgrond komt te staan.

De attitude die de psychomotorisch therapeut aan moet nemen binnen de ontspanningsgroep is ondersteunend en uitnodigend. De therapeut dient een veilige sfeer te creëren waarbinnen het opdoen van ervaringen omtrent ontspanningsoefeningen mogelijk wordt gemaakt. Van belang is dat de therapeut de ervaringen van de cliënt accepteert en zich in kan leven in de belevingswereld van de cliënt. De mogelijkheid tot inleven kan zichtbaar worden gemaakt door empatisch te reageren. Hierdoor voelt een cliënt zich gezien in de last die hij/zij ervaart van de angst of spanningsklachten. Naast de therapeut speelt ook de groep een zeer belangrijke rol binnen ieders individuele proces. Doordat de meeste cliënten spanningsklachten ervaren die, of door een depressie, of door een angststoornis worden veroorzaakt, is herkenning en erkenning constant aan de orde. Het gevoel in hetzelfde schuitje te zitten en samen te werken aan verbetering zorgt voor groepscohesie en geeft de cliënten steun. Als therapeut is het dan ook belangrijk het groepsproces te stimuleren en de cliënten te laten reageren op elkaars belevingen.

Voor deze behandelvorm is gekozen om de cliënten door middel van eigen ervaringen te laten beseffen wat spanning met het lichaam kan doen en wat zij zelf kunnen doen om hier verandering in aan te brengen. De cliënten worden zelf verantwoordelijk gesteld voor hun eigen proces door middel van ervaringsgericht werken.

Mw heeft gedurende haar deelname aan de ontspanningsgroep vooral verbaal veel uiting gegeven aan haar angsten en hoe deze haar belemmeren. Om hier specifiek mee aan de slag te gaan en met mw aan andere leerdoelen, naast het ontspannen te werken, is zij geïndiceerd voor individuele PMT.

Leerdoelen voor de individuele PMT:

- *Acceptatieproces betreffende de COPD in gang zetten zodat mw meer inzicht krijgt in haar mogelijkheden en beperkingen en hiermee kan leren leven. In dit proces stilstaan bij het denken, voelen en handelen van mw omtrent haar situatie.*
- *Mw laten ervaren welke krachten zij heeft en hoe zij deze kan benutten in haar dagelijks functioneren.*

Thema's die hierbij naar voren kunnen komen:

- *Kracht, vertrouwen, grenzen en lichaamsbeleving.*

De bovenstaande aspecten maken deel uit van het behandeldoel gericht op het vergroten van het zelfvertrouwen en de autonomie van mw. Hierdoor wordt de draagkracht van mw vergroot en zal zij na verloop van tijd in staat zijn om op een meer adequate wijze om te gaan met haar angstgedachten en spanningsklachten.

Eventuele eindtermen:

- *Toename van gevoelens van autonomie en autonoom handelen waardoor mw in staat is zelf de verantwoordelijkheid te nemen in de aanpak van problemen.*
- *Het beleven van de eigen kracht en dit positief kunnen zien.*

3. Angst en angststoornissen bij ouderen

3.1 Inleiding

Om cognitieve gedragstherapie te kunnen integreren binnen een psychomotorische behandeling bij oudere cliënten met een angststoornis is het van belang dat er gekeken wordt naar wat angst nu eigenlijk betekent. Door deze begrippen vanuit de literatuur toe te lichten, zal getracht worden de integratie van cognitieve gedragstherapie binnen de PMT te verantwoorden. Naast de algemene definities van angst zal er ook specifiek gekeken worden naar angst bij ouderen. Die heeft namelijk naast dezelfde kenmerken nog een extra dimensie. Zo kunnen ouderen bang zijn voor andere prikkels en situaties dan volwassenen of anders reageren op soortgelijke stimuli. Zo kan het zijn dat een oudere niet uit angst om in paniek te geraken niet de straat op durft maar uit angst om te vallen en iets te breken.

3.2 Definitie van angst

Vandereycken en van Deth (2004) beschrijven angst als volgt

“Angst is een onaangename gemoedstoestand, die optreedt wanneer mensen een situatie als bedreigend zien. In feite waarschuwt angst voor dreigingen als letsel, pijn, straf of scheiding van geliefden en de betrokkene wordt erdoor gealarmeerd iets te doen om het gevaar af te wenden. Angst heeft dus een beschermende functie en kan iemand zelfs tot betere prestaties stimuleren.”

Bij angst horen lichamelijke verschijnselen. Een versnelde hartslag en verhoogde spiertonus brengen het lichaam in een staat van paraatheid om op eventueel gevaar adequaat te kunnen reageren. Angst leidt ook tot bepaald gedrag, waarvan vechten en vluchten, fight en flight, de bekendste zijn. Soms komt ook bevriezen, freezing, voor. Letterlijk geen vin meer kunnen verroeren (Buijsen, et al., 2004).

Het cruciale onderscheid tussen normale, nuttige angst en angststoornissen is niet gelegen in de aard van de respons maar bij mensen met een angststoornis treedt deze respons op terwijl er objectief gezien geen gevaar dreigt. Mensen met een angststoornis letten zeer selectief op bepaalde prikkels die als mogelijke signalen van dreiging kunnen worden beschouwd. Door de angst worden zintuiglijke prikkels verkeerd geïnterpreteerd en dit kan leiden tot een vervorming van de waarneming. Volgens Vandereycken en van Deth (2004) kan nuttige angst zorgen voor waakzaamheid of oplettendheid, het maakt de mens in een spannende situatie net iets meer alert. In dat geval is de angst een stimulans. Wanneer de angst te sterk is wordt het prestatievermogen belemmerd en de concentratie aangetast, de angst functioneert in dit geval als een rem.

Wanneer angst zeer hevig is en het leven ontregelt, er sprake is van een grote lijdensdruk en wanneer de cliënt zich bewust is van de wanverhoudingen tussen zijn/haar angstige reacties en het werkelijke gevaar, wordt er gesproken van pathologische angst of een angststoornis. De DSM-IV onderscheidt twaalf angststoornissen met hun specifieke kenmerken. Voor deze afstudeeropdracht gaat het te ver deze allemaal te beschrijven. Daarvoor verwijs ik naar de DSM-IV (American Psychiatric Association, 2001).

Kijkend naar de casus waar deze afstudeeropdracht op is gebaseerd, kan er gesteld worden dat mw B veel last ervaart van haar angst. Zij heeft gedurende de gehele dag last van angstgedachten en de gevolgen daarvan, lichamelijke klachten, onrust, niet kunnen slapen. Mw wordt door haar angsten beperkt in haar dagelijkse functioneren en ervaart dit als zeer vervelend. Mw beseft dat haar angsten niet altijd reëel zijn en ondanks dat zij af en toe in staat lijkt te zijn ze te relativiseren, komen de angstgedachten een volgende keer gewoon weer terug.

3.3 Het probleem van slechte herkenning

Volgens Heeren (2001) zijn

“Angststoornissen bij ouderen een ‘vergeten’ en onderschat domein. De aandacht gaat vooral uit naar stemmingsstoornissen en cognitieve syndromen al dan niet somatische en secundaire psychiatrische co- morbiditeit. Tezamen met depressieve stoornissen worden angststoornissen in deze populatie vaak niet herkend of onjuist gediagnosticeerd. Ten gevolge hiervan vindt regelmatig onderbehandeling of geen behandeling plaats.”

Buijssen (2004) stelt dat

“Men lange tijd heeft aangenomen dat angst bij ouderen niet of beduidend minder zou voorkomen dan bij volwassenen (Flint, 1984). Ouderen presenteren zich nogal eens met talloze, soms vage, lichamelijke klachten, zoals duizeligheid, zich beroerd voelen, benauwdheid of hartkloppingen. Bij doorvragen blijkt echter in een aantal gevallen dat deze klachten de begeleidende verschijnselen van angst zijn. Lastig aan deze somatische klachten is dat veel ouderen daadwerkelijk aan lichamelijke kwalen lijden die wat betreft de symptomen veel overeenkomst kunnen vertonen met een angststoornis.”

Zowel Heeren als Buijssen zijn de mening toegedaan dat het herkennen van een angststoornis bij ouderen erg lastig is en dat de hulpverlening misleid kan worden door de variëteit aan klachten, zowel lichamelijk als psychisch. De klachten van ouderen kunnen somatische klachten zijn maar ook de symptomen van angst. Bij ouderen bestaan lichamelijke ziekten en angst dikwijls tegelijkertijd naast elkaar, ook wel multipele pathologie genoemd. Multipele pathologie komt bij ouderen veel voor en maakt dat de angstsymptomatologie over het hoofd wordt gezien (Buijssen, et al., 2004). Wanneer gericht wordt gevraagd naar de klachten, kunnen sommige ouderen duidelijk aangeven angstig te zijn, anderen verwoorden hun klachten in termen van nervositeit of zenuwen. Niet alleen de onduidelijke verwoording van de klachten speelt een rol, ook hun omgeving pakt de afgegeven signalen niet goed op. Zo menen velen dat angst bij het normale ouder worden hoort en dat er niet veel aan te doen is. Een verklaring voor het feit dat ouderen geen hulp zoeken voor hun angsten heeft te maken met het feit dat zij minder verplichtingen hebben. Zij hoeven niet meer naar het werk of te reizen met het OV en kunnen gevreesde situaties gemakkelijker vermijden. De familie van de oudere gaat mee in dit vermijdingsgedrag door taken van de oudere over te nemen (Heeren, Kat, & Stek, 2001). Een ander probleem bij het onderkennen van angststoornissen bij ouderen is het diagnostisch systeem, de bovengenoemde DSM-IV. Deze is gebaseerd op de verschijnselen bij een volwassen populatie, jonger dan 65 jaar. De twaalf categorieën van angst komen weliswaar ook bij ouderen voor maar toch is het soms moeilijk om aan de hand van de DSM-IV klachten bij ouderen als een angststoornis te diagnosticeren (Buijssen, et al., 2004). De klachten kunnen minder intens zijn en omdat ouderen meer mogelijkheden hebben tot vermijdingsgedrag, kunnen de klachten ook minder opvallen.

Naast de angststoornissen die in de DSM-IV vermeld worden, blijken volgens Buijssen (2004) ouderen typische angsten te kennen die bij jongere volwassenen niet of beduidend minder voorkomen. De meeste angsten liggen op het terrein van lichamelijke en geestelijke problemen. Zo bestaat bij ouderen de angst om te vallen en iets te breken, met alle gevolgen van dien. Deze angst kan leiden tot agorafobie (het huis niet meer uit durven). Een andere angst die vaak voorkomt is dat ouderen bang zijn om dement te worden. Hierdoor raken zij enorm gefixeerd op alles wat zij vergeten. Zij weten niet goed wat het verschil is tussen normale vergeetachtigheid en dementie en zijn bang dat anderen hen als dement beschouwen. Uit angst voor reacties van anderen, kan de oudere zich terugtrekken uit sociale activiteiten zoals vrienden bezoeken, koor of bridgen. Het terugtrekken uit sociale situaties kan meerdere oorzaken hebben. Gehoor of gezichtsproblemen en incontinentie zijn daar voorbeelden van. Door de achteruitgang van het zicht en/of het gehoor heeft de oudere de angst niet meer serieus genomen te worden of niet meer mee te tellen. Ouderen die incontinent raken, zowel mannen als vrouwen, zijn bang om afgewezen te worden en het belemmert hen in de intieme omgang met anderen.

Een ander onderwerp voor angst zijn de nieuwe ontwikkelingen op technologisch gebied, het pinnen, chipknip, mobiele telefoons en computers. Velen hebben hier de kennis niet van en denken het niet te kunnen leren. Het pinnen en het niet kunnen onthouden van de pincode maakt ouderen bezorgd en zij geraken hierdoor afhankelijk van anderen. Een ander uitgangspunt is de gedachte dat veel ouderen bang zijn voor de dood. Toch is dit niet kenmerkend voor alle ouderen. De dood op zich wordt niet zozeer gevreesd, maar wel de manier waarop men dood zal gaan, eventuele pijn en onwaardig sterven. Opname in een verpleegtehuis en afhankelijk zijn van anderen, hierbij de gedachte anderen tot last te zijn lijkt veel ouderen het ergste wat hen kan overkomen. Veel thuiswonenden ouderen zijn bang niet gevonden te worden als er iets gebeurd in huis.

Deze leeftijdgerelateerde angsten kunnen een belangrijke reden tot vermijding zijn en daarom is het van belang hier aandacht aan te besteden, met name wanneer de angsten aanleiding zijn tot disfunctioneren in het dagelijks leven.

3.4 Early en late onset angststoornissen

Heeren (2001) geeft aan dat het bij ouderen zinvol is om een onderscheid te maken tussen angstklachten met een vroeg begin, early onset en angstklachten die pas voor het eerst op latere leeftijd ontstaan, late onset. Ongeveer tweederde van de ouderen die over angstproblemen klagen, blijkt deze klachten al vanaf jonge leeftijd te hebben (Buijssen, et al., 2004). Bij de overige, een derde van de ouderen, openbaren de angstklachten zich pas voor het eerst op een latere leeftijd. Bij ouderen met angstklachten kan het zo zijn dat de klachten met tussenpozen verdwijnen en in een stressvolle periode terugkeren. Deze terugkeer kan veroorzaakt worden door veranderingen op het biologische, psychologische of sociale vlak. Hieronder kunnen onder andere het ouder worden en de daarbij behorende veranderingen op cognitief, lichamelijk en sociaal vlak, verlieservaringen van partners, kinderen en familieleden en het verlies van werk vallen. Ouderen die vroeger angstklachten hadden, zijn hier veelal nooit voor behandeld. Bij hen is het risico op een chronische angststoornis aanwezig.

3.5 Differentiaaldiagnose

Een aantal van de bovengenoemde factoren spelen een grote rol in de differentiële diagnostiek. Zoals al eerder benoemd kunnen angstsymptomen bij ouderen verband houden met somatische aandoeningen. Het doormaken van een somatische ziekte lijkt bij ouderen een belangrijke stressor te zijn in het luxeren van een angststoornis. Daarom dient er in de differentiaal diagnose rekening te worden gehouden met een lijst van somatische afwijkingen op allerlei vlakken. Een aantal daarvan zijn: hartfalen, diabetes en luchtwegaandoeningen. Door deze somatische klachten te behandelen, zullen de angstklachten ook verminderen. Een andere belangrijke factor om rekening mee te houden is het geneesmiddelengebruik van ouderen. Zij gebruiken vaak meer dan één medicijn waarvan niet altijd duidelijk is of de behandeld artsen op de hoogte zijn van elkaars receptuur. Hierdoor kunnen middelen gaan interacteren en kunnen er angstverschijnselen optreden. Verder blijkt in de praktijk dat een angststoornis vaak tegelijkertijd met andere psychiatrische aandoeningen optreedt. Hieronder vallen onder andere een depressieve stoornis, waanstoornis en dementie. Een depressieve stoornis is een vaak geziene combinatie met een angststoornis. De in mindere of meerdere mate aanwezigheid van depressieve symptomatologie bij cliënten met een angststoornis, kan het onderkennen en diagnosticeren van een angststoornis ook bemoeilijken (Heeren, Kat, & Stek, 2001). Ouderen met wanen kunnen hierop met grote angst reageren en eigenlijk geldt hetzelfde voor dementie. De confrontatie met het geheugenverlies en de verminderde greep op het leven kan een oorzaak zijn van angst (Buijssen, et al., 2004).

3.6 Casusverwijzing

Mw B is volgens de DSM-IV (2001) gediagnosticeerd met een gegeneraliseerde angststoornis en een depressieve stoornis, daarnaast staat er op As III de lichamelijke aandoening COPD vermeld. Zoals in de differentiaaldiagnose staat beschreven, is er bij een angststoornis vaak sprake van comorbiditeit met een depressieve stoornis. Deze naast elkaar staande diagnoses (comorbiditeit) en somatische aandoeningen zorgen volgens Heeren (2001) voor een lage diagnostische betrouwbaarheid van de gegeneraliseerde angststoornis. Uit onderzoek is gebleken dat ongeveer 90% van de ouderen met een gegeneraliseerde angststoornis last heeft van depressieve klachten (Heeren, Kat, & Stek, 2001). Voordat de behandeling van cliënten met een angststoornis gestart kan worden is het van belang twee aspecten te onderzoeken. Ten eerste of de angststoornis van een early onset of een late onset categorie is en ten tweede de aanwezigheid van reële somatische aandoeningen die verantwoordelijk kunnen zijn voor het veroorzaken van een angststoornis.

Mw B heeft zoals hierboven vermeld staat een depressieve stoornis en een gegeneraliseerde angststoornis. Daarnaast heeft mw een aandoening aan de luchtwegen, COPD. Deze klachten zorgen voor een complexe problematiek. Mw haar angststoornissen zijn ontstaan na het overlijden van haar tweede man, deze zijn van de categorie late onset. In die zin heeft mw een betere prognose binnen een behandeling dan cliënten met een chronische angststoornis. Haar COPD en haar onwil hier iets aan te veranderen, maakt het geheel complex. Bewezen is dat wanneer een cliënt met COPD minder gaat roken of stopt, de longfunctiedaling geleidelijk minder sterk wordt en de luchtwegen minder vatbaar worden voor luchtweginfecties (Brink, 2007). Daardoor zal mw minder benauwd worden en neemt de angstsymptomatologie betreffende dat aspect af. De verdere angsten zullen dan door middel van cognitieve gedragstherapeutische interventies in een PMT context, goed te behandelen zijn.

4. Cognitieve gedragstherapie

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk zal door middel van theoretische verdieping ingegaan worden op de cognitieve therapie en cognitieve gedragstherapie. Omdat er verschillende cognitief therapeutische theorieën bestaan omtrent de behandeling van angststoornissen, zal er in dit hoofdstuk voornamelijk worden gekeken naar de benadering van Beck. Hier is voor gekozen omdat Beck's cognitieve therapie in Nederland de meest invloedrijke, cognitief therapeutische stroming is geworden. Er is voldoende wetenschappelijk bewijs dat deze methode zeer effectief is binnen een behandeling van cliënten met een angststoornis (Heeren, Kat, & Stek, 2001; Weerman, 2006).

Voordat er aandacht kan worden besteedt aan het ontstaan en de werkwijze binnen de cognitieve therapie, is het van belang stil te staan bij het begrip cognitie. Dit begrip staat centraal binnen de therapievorm en is om die reden van belang om nader toe te lichten. Cognitie verwijst naar alle processen en mechanismen die bij het denken betrokken zijn. Daarnaast verwijst het naar de inhoud of de producten van deze processen: onze gedachten.

4.2 Ontstaan van cognitieve therapie

Vanaf het eind van de jaren zestig onderkenden steeds meer psychologen dat de hersenen informatie verwerken en niet slechts reageren op informatie. Dit resulteerde in een nieuwe stroming: de cognitieve psychologie. In de cognitieve psychologie wordt de mens beschouwd als een informatieverwerkend systeem. Hiermee wordt bedoeld op de processen die een rol spelen bij het verwerven, de opslag en reproductie van kennis (CCG, 2008). De kennis waarover een persoon beschikt is volgens de cognitief psychologen georganiseerd in schema's. Deze worden gevormd op grond van de cognitieve verwerking van ervaringen en hebben betrekking op een bepaald terrein aldus Wells (2003). Kennis is georganiseerd in generaliserende schema's. Indien dat niet het geval zou zijn, zou het geheugen vol zitten met losse ervaringen en gedachten, zonder onderlinge verbanden en organisatie. Schema's dienen dus om informatie te selecteren, te reduceren en te interpreteren. Een nadeel kan echter zijn dat eenmaal gevormde schema's een zekere weerstand vertonen tegen verandering. Doordat schema's hun stempel drukken op de informatieverwerking krijgt informatie die congruent is met reeds bestaande schema meestal voorrang ten opzichte van informatie die incongruent is met het bestaande schema. Dit resulteert soms in vertekeningen van de werkelijkheid waardoor disfunctionele schema's kunnen ontstaan (Wells, 2003).

Vanaf diezelfde eind jaren zestig worden Aaron Beck en Albert Ellis beschouwd als de grondleggers van de cognitieve therapie. Ellis' (1962) cognitieve benadering is gebaseerd op de gedachte dat 'irrationele ideeën' de oorzaak zijn van emotionele en gedragsproblemen. Deze ideeën bestaan volgens hem voornamelijk uit absolute eisen en bevelen die tot onlogische cognities en emotionele problemen kunnen leiden (Wells, 2003). Zijn behandelmethode was dan ook gericht op deze irrationele ideeën en noemde hij de rationeel emotieve therapie (RET). Om deze irrationele ideeën op te sporen maakte Ellis gebruik van het ABC-schema. Voor verdere informatie hierover verwijs ik naar het boek van Alie Weerman, zes psychologische stromingen en één cliënt. (Weerman, 2006)

De benadering van Beck lijkt op die van Ellis maar die van Beck is specifiek op bepaalde stoornissen toegespitst en onderzocht en dan met name de angststoornissen en depressieve stoornissen (Weerman, 2006). Beck hanteert de theorie dat emotionele stoornissen in stand worden gehouden door een 'denkstoornis' waarin angstgevoelens en depressiviteit gepaard gaan met denkfouten (Wells, 2003). Hoewel zowel Ellis als Beck ervan overtuigd zijn dat foutieve of disfunctionele interpretaties ten grondslag liggen aan veel soorten psychopathologie is er een verschil in de therapeutische benaderingswijze. Binnen de RET therapie maakt Ellis gebruik van een confronterende attitude terwijl Beck zich daarentegen doorgaans steunend, empathisch en actief opstelt en samen met de cliënt een soort team probeert te vormen. Hierbij wordt de cliënt door middel van de 'socratische dialoog' gestimuleerd om zelf tot nieuwe inzichten te komen in de manier waarop hij redeneert en de vertekeningen die hij daarmee teweeg brengt. Hoe de cognitieve therapie van Beck zich verhoudt ten opzichte van cliënten met een angststoornis wordt hieronder verder toegelicht.

4.3 Cognitieve therapie en angst

Wells (2003) stelt:

“De stoornissen in de informatieverwerking die mensen kwetsbaar maken voor angstgevoelens en deze gevoelens in stand houden, kenmerken zich door een pre occupatie met of een ‘fixatie’ op het thema gevaar en een onderschatting van het eigen probleemoplossend vermogen. Het thema gevaar komt tot uiting in de inhoud van angstige schema's (aannames en overtuigingen) en in de inhoud van negatieve automatische gedachten.”

Met andere woorden, cliënten met een angststoornis zijn gefixeerd op hun eigen aannames en overtuigingen omtrent het gevaar en schatten zichzelf niet in staat dit te kunnen veranderen. Zij overschatten het gevaar en onderschatten hun eigen mogelijkheden (Wells, 2003) (Heeren, Kat, & Stek, 2001). Volgens Beck moeten we de kern van angstproblemen niet in het gevoelsleven zoeken, maar in cognitieve schema's waarin het thema gevaar centraal staat. In de schematheorie van Beck wordt er onderscheid gemaakt tussen twee inhoudelijke vormen van denken: kernideeën en aannames. Kernideeën hebben een absoluut karakter en worden beschouwd als de waarheid over de wereld en onszelf. Bijvoorbeeld “ik kan niets”. De aannames zijn voorwaardelijk en kunnen, wanneer er samenhang is tussen gebeurtenissen en zelfbeoordeling, als instrumenteel worden gezien. Ook wel als- dan uitspraken genoemd. Bijvoorbeeld “als ik zeg dat ik bang ben, dan zullen ze me minderwaardig vinden”.

De aannames en kernideeën die mensen hanteren, beïnvloeden volgens Wells (2003) de conclusies die zij uit situaties trekken en de manier waarop zij zich gedragen. Een cliënt met een sociale fobie die aanneemt dat mensen hem niet serieus nemen als zij merken dat hij angstig is, kan tot de conclusie komen dat hij om zijn angst te verbergen maar beter zo weinig mogelijk zijn mond open kan doen. Dit kan leiden tot de zelfinstructie: “niet veel zeggen en proberen een ontspannen indruk te maken”. In dit voorbeeld komen de aannames en gevolgen daarvan duidelijk naar voren. Verder van belang binnen de schematheorie zijn de negatieve automatische gedachten, piekeren en obsessies. Negatieve automatische gedachten zijn interpretaties van gebeurtenissen, gekoppeld aan bepaalde gedrags- en gevoelsmatige reacties. De schematheorie gaat ervan uit dat deze negatieve automatische gedachten verantwoordelijk zijn voor het teweeg brengen en het in stand houden van angstgevoelens (Wells, 2003). Beck is van mening dat mensen zich niet bewust zijn van deze negatieve automatische gedachten maar dat zij zich er wel bewust van kunnen worden.

Samengevat beweert Beck dat disfunctionele schema's ten grondslag liggen aan psychopathologie en dat deze disfunctionele schema's niet alleen verantwoordelijk zijn voor het ontstaan van stoornissen maar ook voor de instandhouding daarvan. Door gebruik te maken van cognitieve therapie wordt geprobeerd om de disfunctionele opvattingen en denkfouten op te sporen en te corrigeren. Dit door onder andere kritische reflectie en toetsing aan de werkelijkheid. Het uiteindelijke doel is meestal een verandering op het niveau van schema's.

4.4 De rol van het gedrag

Naast de automatische en reflexmatige angstreacties uit de schematheorie, spelen ook gedragsmatige reacties een belangrijke rol bij het in stand houden van disfunctionele patronen. Veel cognitieve en gedragsmatige reacties op bedreigingen, zijn strategieën die we toepassen om ons tegen het gevaar te beschermen. Deze reacties worden ook wel veiligheidsmaatregelen of beveiligingsgedrag genoemd (Wells, 2003). Het is bedoeld om de gevreesde gebeurtenis af te wenden maar heeft een belangrijke rol bij de instandhouding van de angstproblemen. Er blijft een fixatie op de eventuele bedreigingen bestaan en het staat het ontzenuwen van disfunctionele gedachten in de weg. Hieruit blijkt dat gedrag van grote invloed kan zijn bij de instandhouding van angstgedachten en disfunctionele schema's. Dit is het punt waarop de gedragstherapie inhaakt. Deze vorm van therapie komt deels voort uit het behaviorisme en hield zich, als tegenreactie op de psychoanalytische therapie, in eerste instantie uitsluitend bezig met waarneembaar gedrag (Weerman, 2006). Binnen de gedragstherapie wordt ervan uitgegaan dat iedereen op een bepaalde manier doet, denkt en handelt en dat deze manier is aangeleerd. Hetzelfde geldt voor ongewenst gedrag, het is aangeleerd gedrag en kan ook weer afgeleerd worden. Dit gebeurt door gebruik te maken van het leermodel waaronder de klassieke en operante conditionering vallen.

4.5 Conditionering

Klassieke conditionering is onderzocht door de Rus Ivan Pavlov (1849-1936) en de Amerikaanse psycholoog John B. Watson (1878-1958). Binnen de klassieke conditionering ligt het accent op de relatie tussen waarneembaar gedrag (respons) en de gebeurtenissen in de omgeving (stimuli). Beter bekend door de experimenten van Pavlov met de honden. Voordat de hond het vlees te eten kreeg, werd hij blootgesteld aan het geluid van een bel. De nieuwe stimulus. Hierdoor werd het krijgen van eten gekoppeld aan het geluid van de bel en ging de hond na verloop van tijd al kwijlen bij het horen van die bel. De nieuwe stimulus wordt dan een geconditioneerde stimulus. Dat klassieke conditionering niet alleen effect heeft op reflexmatige responsen maar ook op emotionele reacties van toepassing zijn ondervond Watson. Hij leerde een baby van elf maanden angst te ontwikkelen voor een laboratoriumrat. Dit deed hij door iedere keer dat het jongetje de rat aanraakte, hij een akelig hard geluid liet horen waar het jongetje van schrok. Op den duur schrok het jongetje ook van de rat zonder dat hij aan het harde geluid werd blootgesteld. Hieruit trok Watson de conclusie dat abnormaal gedrag, net als de geconditioneerde reflex bij de hond, aan en af te leren is. De operante conditionering, onderzocht door Edwin Thorndike, is gebaseerd op de wet van effect. Gedrag dat een bevredigend resultaat geeft zal herhaald worden, terwijl gedrag dat tot een onbevredigend resultaat leidt niet herhaald zal worden (Glassman & Geluk, 2006). Hier ligt dus het accent op het gedrag en de gevolgen daarvan. Een rol in de vertaling van de operante manier van werken naar de therapeutische context werd vervuld door B.F Skinner (1904-1990). Een belangrijk aspect daaruit is het stimuleren of positief bekrachtigen van gewenst gedrag van cliënten.

Terugkomend op het leermodel kan gesteld worden dat door klassieke conditionering (gebeten door een hond en daardoor bang voor honden) het ontstaan van een angststoornis kan worden verklaard en dat door de operante conditionering (het vermijden van honden zodat de angst niet optreedt) de angst in stand wordt gehouden. De gedragstherapeutische behandelingsvormen zijn vooral gericht op de factoren die ongewenst gedrag omtrent de angststoornis in stand houden. Er wordt in de behandeling gebruik gemaakt van procedures die ontleend zijn aan de operante of klassieke visies. Operante procedures zijn vooral gericht op gedragsverandering. Klassieke procedures op het veranderen van betekenissen. Daarnaast worden procedures gebruikt om disfunctionele denkwijzen af te leren of cognitieve vaardigheden aan te leren.

4.6 Conclusie

Beck beweert dat disfunctionele schema's ten grondslag liggen aan psychopathologie en dat deze schema's verantwoordelijk zijn voor het ontstaan en de instandhouding van stoornissen. Onder disfunctionele schema's vallen de kernideeën, aannames en negatieve automatische gedachten. Verder geeft Beck aan dat deze disfunctionele schema's mede in stand worden gehouden door ons gedrag dat voortkomt uit die aannames en kernideeën. De aannames en kernideeën die mensen hanteren, beïnvloeden volgens Wells (2003) de conclusies die zij uit situaties trekken en de manier waarop zij zich gedragen. Deze gedragingen zijn aangeleerd en beïnvloeden het denken en voelen. Door middel van het opsporen van disfunctionele schema's probeert de cognitieve therapie hier een verandering in te bewerkstelligen en is de gedragstherapie door gebruik te maken van conditionering bezig het gedrag te veranderen.

Hieruit kan de conclusie worden getrokken dat zowel de cognitieve therapie als de gedragstherapie uitgaan van een samenhang tussen cognitie, gedrag en emotie. Naast hun eigen behandelaanbod maken zij ook gebruik van elkaars specialiteiten. Zo passen cognitief therapeuten gedragsexperimenten toe om de gedachten van een cliënt bij te stellen (Weerman, 2006) en maken gedragstherapeuten gebruik van cognitieve interventies. Verder zijn de cognitief gedragstherapeutische benaderingen het best onderzocht en worden het meest voorgeschreven. De meeste methodes zijn evidence based, aantoonbaar effectief en werken bij een groot aantal stoornissen en problemen, waaronder angststoornissen. Dat de therapieën niet alleen naast elkaar bestaan maar er ook een geïntegreerd aanbod is, bewijst de term cognitieve gedragstherapie. De cognitief gedragstherapeuten hebben bovenstaande behandelmethoden geïntegreerd en hierdoor wordt een effectieve behandelcontext gecreëerd.

5. Huidige PMT aanpak voor behandeling van een angststoornis

5.1 Inleiding

In de vorige hoofdstukken is er stil gestaan bij de ontwikkeling van angst en angststoornissen bij ouderen en de cognitief gedragtheoretische kijk daarop. Voordat er een antwoord kan worden gegeven op de vraag op welke wijze cognitieve gedragstherapie een bijdrage kan leveren aan het al bestaande PMT aanbod, is het zinvol te kijken naar de huidige PMT behandelmethoden van angststoornissen. Dit gebeurt door onder andere het programma dat binnen het UMC is ontwikkeld voor de behandeling van een sociale fobie en/of paniekstoornis te bespreken. Daarnaast zal de module, ontwikkeld door Linda Biemond en Sandra de Boer met als onderwerp het omgaan met spanningssignalen, aan de orde komen

5.2 Programma voor behandeling van angststoornissen Bogert & Scholten (2005)

Binnen het UMC is in 2002 een programma voor de behandeling van angststoornissen opgezet. Deze is vooral gericht op het behandelen van mensen met een paniekstoornis en/of een sociale fobie door middel van een cognitief gedragstherapeutisch protocol. Het programma is ontwikkeld aan de hand van cognitief gedragstherapeutische modellen van angststoornissen. Deze gaan ervan uit dat angstreacties opgewekt worden door irrationele gedachten waardoor situaties of lichaamssensaties verkeerd worden geïnterpreteerd. De angst is niet het gevolg van de gebeurtenis of situatie op zich, maar van de manier waarop de cliënten daar tegenaan kijken of de cognities die zij erover hebben. Er ontstaat een vicieuze cirkel van situaties, cognities, angst en lichaamssensaties (gevoel) en gedrag.

Om deel te kunnen nemen aan het behandelprogramma moet er sprake zijn van een matige of ernstige sociale fobie of paniekstoornis. Contra indicaties zijn: een persoonlijkheidsstoornis als hoofddiagnose, voorgeschiedenis van conflicten in een groep of anderszijds niet in staat om in een groep te functioneren, overmatig alcohol en/of drugsgebruik en geen Nederlands kunnen spreken. Het doel van het programma is om door middel van het aanpakken van de verschillende aspecten van de vicieuze cirkel rondom angst, de angst van de cliënten te reduceren of weg te nemen. De behandeling wordt vormgegeven door een multidisciplinair team, bestaande uit een psychiater als eindverantwoordelijke behandelaar, een verpleegkundige als gedragstherapeutisch medewerker, een psycholoog en een psychomotorisch therapeut. De behandeling vindt eenmaal per week plaats aan volwassenen vanaf 18 jaar. Het is een halfopen groep met maximaal acht cliënten. Dit betekent dat er halverwege de behandeling vier cliënten uitstromen en vier nieuwe instromen. Iedere cliënt volgt tweemaal het programma van negen weken. De totale behandeling is dus 18 weken. Binnen de drie onderdelen worden er verschillende cognitief gedragstherapeutische technieken toegepast.

De psycholoog: Deze biedt de cognitieve groepstherapie aan. Hier staan de angstgerelateerde gedachten (cognities) centraal. Verkeerde interpretaties van lichamelijke sensaties worden opgespoord en vervolgens wordt door de cliënt onderzocht of deze interpretaties/cognities op feiten zijn gebaseerd. Nadat de cognities onderzocht zijn worden ze eventueel zelf door de cliënt veranderd. Bijvoorbeeld, licht in mijn hoofd zijn is vervelend maar ik val er niet van flauw.

De gedragstherapeutisch medewerkster: Zij inventariseert in individuele gesprekken situaties die door de cliënten vermeden worden of die met veel angst worden doorstaan. Deze inventarisatie is de basis voor de oefenlijst met vermijdingen en veiligheidsgedragingen die aangepakt moeten worden. De cliënten beginnen met oefenen in een situatie die voor hen de minste spanning oplevert en zij werken dan de lijst af (angsthiërarchie). Het gaat erom dat cliënten buiten de therapiesetting spannende situaties aangaan, exposure in vivo, om zo te ervaren dat als zij wennen aan de situatie, de angst vanzelf minder wordt en dat er niets gebeurt (habituatie). Daarnaast worden er veel gedragsexperimenten gedaan, hierbij gaat het erom dat de cliënten toetsen of wat zij vrezen ook op feiten gebaseerd is. Huiswerk en vorderingen worden iedere keer besproken.

De psychomotorisch therapeut: Binnen de PMT wordt er aandacht besteed aan de lichamelijke aspecten van de angststoornis door middel van verschillende onderdelen:

Interoceptieve exposure: dit wil zeggen blootstelling aan lichamelijke sensaties (duizeligheid, benauwdheid, wazig zien, trillen, tintelingen en hartkloppingen) met als doel de angst die door allerlei lichamelijke sensaties opgeroepen kan worden, te laten uitdoven. Wat wil zeggen, gewenning aan de lichamelijke gevoelens waardoor de angst steeds meer afneemt totdat deze weg is. De cliënten leren dat deze sensaties (on)bewust opgeroepen kunnen worden en dat deze ook vanzelf weer verdwijnen.

Voorlichting over het lichaam en stressreacties: veel cliënten hebben irreële gedachten over hun lichaamssignalen of weten weinig over hun lichaam. Hierdoor interpreteren zij lichaamssensaties vaak verkeerd. Uitleg hierover kan helpen bij het beschrijven en verklaren van lichaamssignalen die optreden bij spannende situaties.

Ontspanning: het aanleren van ontspanningsoefeningen heeft als doel om het spanningsniveau te verlagen. Er wordt gebruik gemaakt van autogene training, progressieve relaxatie en geleide fantasie. Ook ademhalingsoefeningen worden gebruikt. Het beheersen van deze oefening kan bij de cliënten een gevoel van controle over de angstverschijnselen geven.

Taakconcentratie: hier leren de cliënten hun aandacht te richten op datgene wat zij doen. De aandacht kan op drie gebieden gericht zijn: op zichzelf (gedachten, lichaamssensaties), op de taak (datgene wat men aan het doen is of wil doen) en op de omgeving (alles wat buiten zichzelf of de taak valt). Er wordt geleerd de aandacht selectief te richten en het doel hiervan is een verhoogde oplettendheid op een beperkte hoeveelheid zintuiglijke prikkels te bereiken.

5.3 Module door Biemond en de Boer (2008)

Het referentiekader van de module is het adaptatiecoping model van Droës (Droës, 1997). In dit theoretische model wordt een visie gegeven op het aanpassingsproces dat dementeren doormaken en de gedragsproblemen die daaruit kunnen voortvloeien. Biemond en de Boer (2008) achten deze theorie ook toepasbaar bij de gerontopsychiatrische cliënten. Bij hen staat de psychiatrische problematiek op de voorgrond en dit kan psychische en lichamelijke spanningsklachten veroorzaken. Naast de visie van Droës wordt er gewerkt aan de hand van de richtlijnen van de directieve therapie. Deze sluiten goed aan bij de behandeling van gerontopsychiatrische cliënten. Binnen het ouder en/of ziek worden, vallen voor de cliënten veel veiligheden en zekerheden weg. Een directieve aanpak binnen de groepstherapie zorgt voor structuur, duidelijkheid en veiligheid.

De cliënten die deel kunnen nemen aan de therapie hebben klachten gerelateerd aan spanning, hyperventilatie, pijn, angst en onrust. Een voorwaarde om aan de therapiegroep mee te kunnen doen is dat de cliënt inzicht heeft in eigen functioneren, kan reflecteren of leerbaarheid hierin heeft. Contra indicaties om deel te nemen zijn het afwezig zijn van leerbaarheid, het niet kunnen functioneren in een groep of het niet bij de realiteit betrokken zijn. Het doel van de module is dat de cliënten zich bewust worden van de manier waarop eigen spanningen zich uiten en inzicht krijgen in de invloeden van spanningen op het functioneren. Voorts dat de cliënten leren hoe zij in de thuissituatie, zelfstandig, beter met deze spanningen om kunnen gaan.

De module bestaat uit twee delen waarvan het eerste deel gericht is op het lokaliseren en concretiseren van de spanningssignalen en het achterhalen van de oorzaken ervan. Er worden oefeningen aangeboden die gericht zijn op het beter leren herkennen van lichaamssignalen zoals ademhaling en spierspanning. Dit gebeurt door middel van verschillende lichaamsgerichte oefeningen. Ook wordt er getracht grenzen op te zoeken binnen activiteiten, waardoor de doorgenomen spanningssignalen in de praktijk naar voren komen en daardoor duidelijker en tastbaarder worden voor de cliënten. Het tweede deel is gericht op het uitproberen van verschillende manieren om te ontspannen. Door verschillende oefeningen aan te bieden, wordt de cliënt gestimuleerd om een oefening en/of activiteit te vinden, die in de thuissituatie tot een optimale ontspanning leidt.

Er wordt gedurende een aaneengesloten periode gewerkt aan het centrale thema spanning en ontspanning. De opbouw van iedere sessie is steeds hetzelfde, belangrijke onderdelen hierin zijn de aangeboden oefeningen, bespreking van de huiswerkopdrachten en het invullen van de spanningsindicator. Door gebruik te maken van de spanningsindicator wordt de transfer met de thuissituatie constant benadrukt. Hoewel er geen onderzoek is gedaan, wijzen een aantal klinische waarnemingen erop dat de module aan haar doel beantwoordt.

6. Implementatie

6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk zullen de methoden die vanuit de theorie omtrent de cognitieve gedragstherapie naar voren zijn gekomen, geïmplementeerd worden binnen de psychomotorische behandelingswijze. Om hier enigszins ordening in te hebben, wordt in eerste instantie globaal de opbouw van een cognitief gedragstherapeutische behandelwijze besproken. Als vervolg daarop zullen de werkvormen in een psychomotorische setting besproken worden. Hierbinnen wordt er aandacht besteedt aan het werken met ouderen en daarnaast zal er regelmatig een casusverwijzing naar voren komen. Voor de totstandkoming van dit hoofdstuk is gebruik gemaakt van het boek: 'In beweging, de ontwikkeling van producten voor psychomotorische therapie' (van Hattum & Hutschemaekers, 2007).

6.2 Werkwijze vanuit de cognitieve gedragstherapie

Voor de behandeling van angststoornissen door middel van cognitieve gedragstherapie bestaan algemene strategieën en methoden voor iedere angststoornis afzonderlijk. Alleen de algemene strategieën zullen hieronder behandeld worden, voor de specifiekere aanpak verwijs ik naar het boek 'Cognitieve therapie bij angststoornissen' (Wells, 2003).

De cognitieve gedragstherapie begint een behandeling met de probleeminventarisatie. Deze fase bestaat uit de volgende drie onderdelen (Wells, 2003). 1: Een gedetailleerde beschrijving van het probleem, 2: een gedetailleerde analyse van de symptomen, cognities en gedragingen en 3: details over de ontstaansgeschiedenis van het probleem. In de fase van de probleeminventarisatie komt onder andere het expliciteren van de negatieve gedachten naar voren. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt tussen de primaire en secundaire gedachten. De secundaire gedachten hebben betrekking op het vluchten voor, het vermijden van en het neutraliseren van gevaren (Wells, 2003). De primaire gedachten gaan over de gevaren zelf. Na de probleemanalyse is het van belang dat de therapeut de cliënt inzicht geeft in de therapievorm en de manier van werken, ook wel socialisering genoemd. Hiervoor krijgt de cliënt literatuur mee en wordt de verbinding tussen cognitie, angstgevoelens en gedrag uitgelegd. Na deze twee fasen, wordt de aandacht gericht op het herstructureren van de negatieve gedachten. Dit gebeurt door middel van herstructureringstechnieken¹, opgesplitst in verbale en gedragsmatige technieken. Deze technieken zijn middelen die het geloof van de cliënt aan het wankelen kunnen brengen en de basis kunnen leggen voor attitudeverandering. Om zoveel mogelijk cognitieve en gedragsmatige veranderingen te kunnen realiseren is het van belang dat de verbale en gedragsmatige herstructureringsstrategieën gecombineerd worden. In het kader van terugvalpreventie wordt er uitgebreid onderzoek verricht naar de negatieve automatische gedachten, nog aanwezige relevante angsten en vermijdingsgedrag en wordt dit aangepakt.

6.3 Werkwijze vanuit de psychomotorische therapie

Om de cognitief gedragstherapeutische strategieën te implementeren in een PMT behandeling, dient er wel enige structuur in de behandelwijze te zijn. Dit wordt gegeven door naast de modaliteiten van de PMT, ervaren, oefenen en ontdekken, de vijf prototypische werkvormen van Van Hattum & Hutschemaekers, (2007) te gebruiken. Voor eventuele verduidelijking kan het product worden opgezocht. De vijf werkvormen zijn:

<i>"Steunend</i>	<i>Deze is gericht op het creëren van ontspanning en veiligheid, en het handhaven van het evenwicht. Het doel is niet direct therapeutisch, wel worden therapeutische technieken gebruikt. Een veelheid van methodieken wordt gebruikt om de cliënt tot rust te brengen of om hem enige afstand te geven tot zijn klachten.</i>
<i>Pragmatisch- structurerend</i>	<i>Het doel is herstel van het evenwicht en het beperken van de invaliderende gevolgen van de stoornis. Pragmatisch is deze therapie omdat hierbij een veelheid aan technieken wordt gehanteerd en omdat rekening wordt gehouden met de beperkte tijd, mogelijkheden van de cliënt (Niet van toepassing bij angststoornissen).</i>

¹ Bij deze behandeling mag het lichamelijk welzijn van de cliënt niet in gevaar komen. Daarom moet de gezondheid van de cliënt vantevoren gecontroleerd zijn alvorens experimenten die veel lichamelijke inspanning of hyperventileren met zich meebrengen, uitgevoerd kunnen worden.

<i>Directief-klachtgericht</i>	<i>Deze is gericht op klachtenreductie en heeft doorgaans een kortdurend karakter. Vaak wordt in deze varianten gewerkt met protocollen.</i>
<i>Focaal-inzichtgevend</i>	<i>Bij dit type behandeling wordt gewerkt met een focus en begrensde mogelijkheden in de tijd. Doel is inzicht en verwerking van een specifiek probleem.</i>
<i>Inzichtgevend-plus</i>	<i>Dit is de behandeling waarbij de cliënt zijn eigen tempo en thema's bepaalt, met als doel dat inzicht in de aard van de oorzaken van de problematiek ontstaat waardoor geleidelijk een persoonlijkheidstransformatie optreedt."</i>

6.3.1 Oefenen

De modaliteit oefenen komt voort vanuit de cognitieve gedragstherapie en confronteert de cliënt al oefenend met lichaamservaringen en bewegingssituaties. De cliënt werkt binnen gestructureerde vormen aan het vergroten van zijn waarnemingsvermogen, belevingsvermogen en gedragsrepertoire (NVPMT, 1995). Door te oefenen leert de cliënt nieuw gedrag. Centraal hierbij staat het krijgen van contact met de omgeving en zijn lichaam en het behoud ervan.

Een onderdeel vanuit de cognitieve gedragstherapie dat goed toepasbaar is binnen deze modaliteit is interoceptieve exposure. Hierbij wordt de cliënt onder begeleiding blootgesteld aan lichamelijke sensaties die in verband staan met de angst. Dit kunnen onder andere duizeligheid, trillen, benauwdheid en hartkloppingen zijn. Door de cliënt bloot te stellen aan deze sensaties wordt ten eerste het inzicht vergroot in het optreden van angstreacties en ten tweede wordt er getracht gewenning eraan te bewerkstelligen waardoor de angst afneemt en eventueel verdwijnt. Cliënten leren dat deze sensaties (on)bewust opgeroepen kunnen worden en dat deze ook vanzelf weer verdwijnen. Voor ouderen met reële lichamelijke aandoeningen en daarbij angstsymptomatologie, is dit bruikbaar om de verschillende symptomen van elkaar te leren onderscheiden (Heeren, Kat, & Stek, 2001). In het geval van mw B is deze vorm uit de cognitieve gedragstherapie een uitstekende wijze om haar lichamelijke reacties op angst en die op COPD van elkaar te leren onderscheiden.

Casusverwijzing

De interoceptieve exposure is bij mw toegepast in de individuele PMT behandeling. Mw heeft eerder in de behandeling al eens aangegeven alles te plannen zodat zij niet voor onverwachte situaties komt te staan. Hieruit komt naar voren dat mw beveiligingsgedrag vertoont, alles van tevoren overdenken en plannen, om te voorkomen dat zij angstig wordt. Een onbekende situatie kan bij haar spanning oproepen. Mw mocht voor deze oefening een plek in de PMT ruimte kiezen en daar met haar ogen dicht gaan staan. De therapeut zou zich door de ruimte gaan bewegen. De positie die mw koos was met haar rug naar de muur gekeerd. Mw had de taak gekregen zich te concentreren op haar lichaamssignalen. Hartslag, ademhaling, zweten, spanning in lichaamsdelen etc. Na de eerste keer gaf mw aan dat zij hartkloppingen had en bang was dat de therapeut haar omver zou lopen. Hier waren van tevoren duidelijke afspraken over gemaakt maar mw kon het niet van zich afzetten. De tweede keer gaf mw terug geen hartkloppingen en angstgedachten meer te hebben en dat zij rustig kon staan. Mw heeft in deze oefening ervaren dat lichamelijke reacties op angst snel kunnen opkomen maar dat wanneer zij went aan een situatie, deze ook redelijk snel weer verdwijnen. Als vervolg kan het zinvol zijn om met mw stil te staan bij de lichamelijke klachten veroorzaakt door de COPD, hierdoor kan mw onderscheidt leren maken tussen de beide soorten van angst en spanning.

6.3.2 Ervaren

Bij deze modaliteit, gebaseerd op de cliënt centered benaderingswijze, wordt gewerkt aan het opdoen van nieuwe ervaringen. In de psychomotorische therapie wordt er binnen de lichaamsgerichte of bewegingsgerichte arrangementen veel letterlijk en lijfelijk ervaren. Hierdoor worden processen inzichtelijker en blijven nieuwe ervaringen beter hangen. De modaliteit ervaren is erop gericht dat de cliënt leert experimenteren met gedragsalternatieven (NVPMT, 1995). De ervaringen die opgedaan worden tijdens het experimenteren hebben betrekking op het denken, voelen en handelen van de cliënt. De therapeut is erop gericht een veilige context te creëren en de cliënt uit te dagen waardoor de cliënt de ruimte krijgt met zijn gedrag te experimenteren. Tegelijkertijd dient de therapeut het gedrag van de cliënt te structureren zodat de cliënt zicht krijgt op het eigen gedrag in relatie tot de omgeving. De modaliteit is opgesplitst in drie delen, verkennen, herkennen en erkennen.

Verkennen

Hierbij gaat het erom dat de cliënt inzicht verkrijgt in het ontstaan en optreden van angstreacties. In de psychomotorische context betekent dit dat de cliënt vooral bezig is met het ervaren binnen lichaamsgerichte en bewegingsgerichte situaties. De therapeut probeert samen met de cliënt inzicht te krijgen in het ontstaan van de angstreacties binnen de aangeboden activiteiten. Hierbij sluit de focaal inzichtgevende werkvorm (bij de behandeling van angststoornissen) goed aan. In deze werkvorm gaat het erom dat er inzicht wordt verworven in het ontstaan en optreden van angstreacties waardoor een betere omgang met de angst wordt nagestreefd. Hieronder valt ook het leren hanteren van de lichamelijke angstequivalenten. De rol van de therapeut hierbinnen is openend, ondersteunend en confronterend. Daarnaast legt de therapeut verbanden tussen de lichamelijke angstequivalenten en de betekenis in het gedrag, zodat de cliënt zicht krijgt op reactiepatronen die met angst samenhangen.

Casusverwijzing

*Met mw B is in deze fase onderzocht in welke contexten zij angstgedachten en angstreacties ervaart. Hieruit bleek dat mw gedurende de gehele dag (op de dagbehandeling is dit minder) negatieve automatische gedachten heeft betreffende al haar bezigheden. Het moeten en willen komt hierin duidelijk naar voren. Mw is van mening dat zij alles nog zelf **moet** kunnen, dat heeft zij vroeger ook gedaan en zij wil om die reden dan ook geen hulp vragen. Haar angstgedachten en daarmee haar lichamelijke klachten, nemen met name toe wanneer mw taken buitenshuis of grotere taken dan normaal uit moet voeren, zoals het boodschappen doen en het ontvangen van bezoek. Mw is hierdoor niet in staat van haar bezoek te genieten. Daarnaast nemen de angsten van mw toe als zij zich benauwd voelt. De lichamelijke klachten als een reactie op de angst ervaart mw voornamelijk in haar rug, borst en hoofd. Aan de hand van deze klachten zijn met mw leerdoelen geformuleerd, zowel voor haar deelname aan de ontspanningsgroep als voor de individuele PMT, deze zijn in het hoofdstuk casuïstiek al naar voren gekomen.*

In deze fase is, zowel in de cognitieve gedragstherapie als binnen de PMT, socialisering en psycho-educatie van belang (alineea 6.2). Naast de verduidelijking van de therapie, is het voor de cliënt van belang inzicht te krijgen in de angststoornis en de effecten ervan op het functioneren. Veel cliënten hebben namelijk irrealistische gedachten over hun lichaamssignalen of weten weinig over hun eigen lichaam. Hierdoor interpreteren zij lichaamssensaties vaak verkeerd. Uitleg hierover, eventueel aan de hand van LECS, kan helpen bij het beschrijven en verklaren van lichaamssignalen die optreden bij spannende situaties.

Herkennen

Na de verkennende fase kan de cliënt de aandacht gaan richten op het herkennen van de angst en angstige situaties en het daaraan gekoppelde gedrag. In de cognitieve gedragstherapie is dit de fase waarin aandacht wordt besteed aan de cognitieve gedragsvariabelen die de angstproblemen in stand houden. Op cognitief gebied kunnen de disfunctionele schema's, negatieve automatische gedachten, kernideeën en aannames (denken) naar voren komen. Op gedragsniveau zijn dit het gedrag dat de angststoornis in stand houdt, copingstrategieën zoals beveiligingsgedrag en vermijding (handelen). Deze zijn beiden van invloed op het emotioneel functioneren (voelen).

In de vorige modaliteit is de interoceptieve exposure besproken. Deze blootstelling aan lichamelijke sensaties gebeurt in de veilige context van de PMT ruimte onder begeleiding van de therapeut. Daarnaast is het belangrijk dat er een transfer gemaakt wordt naar de thuissituatie en het algemeen dagelijks leven (ADL) van de cliënt. Dit wordt gedaan door middel van exposure in vivo². Bij deze behandelvorm wordt de cliënt bij herhaling blootgesteld aan de situatie of prikkels die angst of vermijding oproepen, net zolang tot de angst is verdwenen. Het gaat erom dat cliënten ervaren dat als zij wennen aan de situatie, de angst vanzelf minder wordt en dat er niets gebeurt, dit wordt habituatie genoemd. Soms wordt exposure in vivo gecombineerd met responspreventie. Wat wil zeggen dat men zich niet alleen blootstelt aan het gevreesde, maar ook angstreducerende gedachten of handelingen achterwege moet laten (Heeren, Kat, & Stek, 2001). Om de exposure oefeningen gedoseerd uit te kunnen voeren is het van belang dat er een lijst wordt gemaakt met hierop de angsthiërarchie van de cliënt.

² Binnen het exposure programma is het van essentieel belang rekening te houden met de fysieke beperkingen van ouderen, zoals een verminderde mobiliteit of een beperkte longcapaciteit. Hiervoor dienen de doelen aangepast te worden aan de situatie van de cliënt (Heeren, Kat, & Stek, 2001).

Door deze methode kan het blootstellen aan de situatie die angst veroorzaakt, geleidelijk gebeuren en blijft het voor de cliënt hanteerbaar. Naast de exposure in vivo wordt er in de cognitieve gedragstherapie ook gebruik gemaakt van een andere exposure techniek, hierbij gaat het ook om geleidelijke blootstelling alleen dan aan de hand van imaginatie, exposure in vitro.

Een ander aspect uit de cognitieve gedragstherapie dat uitstekend toepasbaar is binnen de psychomotorische therapiecontext is de taakconcentratie. De cliënten leren hun aandacht te richten op datgene wat zij aan het doen zijn. Hiermee wordt het gefixeerd zijn op bepaalde prikkels die als mogelijke signalen van dreiging kunnen worden beschouwd, aangepakt. Door cliënten de aandacht op één van de drie gebieden te laten richten, respectievelijk de taak (datgene wat men aan het doen is of wil doen), zichzelf (gedachten, lichaamssensaties) en op de omgeving (alles wat buiten zichzelf of de taak valt) wordt er geleerd de aandacht selectief te richten. Het doel hiervan is een verhoogde oplettendheid op een beperkte hoeveelheid zintuiglijke prikkels.

Naast het inzicht in het ontstaan en optreden van de angstklachten is het voor de cliënt een doel om onderscheid te leren maken tussen gevoelens van spanning en ontspanning en hierdoor controle te krijgen over het lichaam. Door binnen de psychomotorische context gebruik te maken van ontspanningsoefeningen kan de cliënt onderzoeken welke oefening voor hem effectief is en leren om te ontspannen. Het gevoel van controle dat de cliënten kunnen ervaren als zij een ontspanningsoefening beheersen is hierbij een meerwaarde aldus Heeren, Kat, & Stek (2001). Uiteindelijk is het de bedoeling dat de cliënten de lichamelijke signalen van angst herkennen en hierdoor minder snel in paniek raken. Om de transfer naar de thuissituatie te maken wordt er gebruik gemaakt van huiswerkopdrachten. De cliënten krijgt hierdoor de mogelijkheid ook in de thuissituatie te kunnen oefenen met het reguleren van de angst en spanning. In de therapiecontext is de therapeut leermeester en biedt de oefeningen aan. Deze therapievorm is te herleiden op de directief klachtgerichte werkvorm. Ontspanningsoefeningen die kunnen worden toegepast zijn onder andere progressieve relaxatie³ (Jacobsen), autogene training, adembewustwording, ademtraining, yoga en sensorelaxatie.

Casusverwijzing

Mw B is binnen de ontspanningsgroep goed in staat de angsten in haar hoofd en de spanningen in haar lijf los te laten. Zij heeft geen specifieke voorkeur voor een bepaalde ontspanningsoefening. Om mw ook in de thuissituatie de ontspanning te laten ervaren, heeft zij een cd met oefeningen meegekregen met hierbij de opdracht deze minimaal eenmaal per week thuis toe te passen. Mw ervaart tijdens het toepassen van de oefening thuis meer ontspanning en zij geeft aan dat erg prettig te vinden. Zij wordt gestimuleerd om de oefening vaker toe te passen.

In deze ervaringsgerichte modaliteit bestaat er de mogelijkheid dat er bij de cliënt tijdens de lichaamsgerichte of bewegingsgerichte activiteiten, emotionele problematiek naar voren komt. De therapeut kan er in zo een geval voor kiezen met de onverwerkte traumata aan de slag te gaan en komt hiermee uit op de ontdekkende modaliteit en de focaal- inzichtgevende werkvorm. Wanneer dit niet gewenst is, kan de therapeut ervoor zorgen, door middel van verbale begeleiding en het richten van de waarneming op de omgeving, dat het bij een ervarende oefening blijft. Eventueel bestaat er de mogelijkheid te verwijzen naar een psychotherapeutische context of individuele PMT.

Erkennen

Het erkennen is verweven in de bovenstaande gedeeltes verkennen en herkennen. Hierbij gaat het erom dat de cliënt, naast het inzicht in het ontstaan van de angsten en de gevolgen ervan, ook stil leert staan en zich in zekere mate bewust wordt van het eigen aandeel bij de instandhouding van de angststoornis. Beck (Wells, 2003) stelt dat de disfunctionele schema's verantwoordelijk zijn voor de instandhouding van de angststoornis. Het inzicht in deze schema's en de wijze van handelen staan centraal in deze modaliteit.

³ Bij het aanbieden van ontspanningsoefeningen dient rekening gehouden te worden met ouderen met reumatische klachten of andere gewrichtsaandoeningen. Met name de progressieve relaxatie van Jacobsen kan bij hen pijnklachten oproepen (Heeren, Kat, & Stek, 2001).

Casusverwijzing

In het geval van mw B zou het erkennen betekenen dat mw enigszins zicht heeft op de disfunctionele schema's die zij hanteert. Dit is in de individuele behandeling nog niet uitgebreid aan de orde gekomen. Wel heeft mw enig inzicht in haar gedachten en benoemd zij deze af en toe zelf ook irreëel/niet kloppend te vinden. Mw ziet in dat zij het zichzelf lastig maakt door haar angstgedachten. Een gedachte van mw die regelmatig naar voren blijft komen kan gekoppeld worden aan de term, kernidee, van Beck. Mw is namelijk overtuigd van het idee, "ik moet alles zelf doen". In dit standpunt is mw niet te beïnvloeden. Zij is en blijft van mening dat zij alles zelf moet doen en geen hulp mag aanvaarden. Een aanname die zij hanteert is "als ik hulp vraag, dan zullen ze mij zwak vinden". Een ander kernidee van mw is "ik mag niet huilen". Hierdoor ervaart mw situaties als vervelend en heeft zij veel verdriet, maar het uiten ervan staat zij zichzelf niet toe. Ook hierbij heeft mw een aanname "als ik eenmaal begin met huilen, dan kan ik niet meer stoppen". Hieruit wordt duidelijk dat mw angst heeft om haar gevoelens toe te laten omdat zij erdoor overweldigd denkt te geraken. Door met deze gedachten aan de slag te gaan, ze te expliciteren, kan mw geleidelijk aan werken aan de herstructurering ervan en het erkennen.

6.3.3 Ontdekken

Hierin staan de onverwerkt, verdrongen herinneringen, emoties en intrapsychische conflicten centraal die verwijzen naar traumata. De conflicten beïnvloeden het dagelijks leven op zodanige wijze, dat functioneren in sociale verbanden beperkt mogelijk, of zelfs onmogelijk is geworden. Binnen de therapie wordt er dan ook aandacht besteed aan deze conflicten, waardoor de cliënt de gelegenheid krijgt ze te ontdekken, te leren uiten, de gevolgen op het huidige bestaan te benoemen en het uiteindelijk een geïntegreerde plaats te kunnen geven in hun huidige bestaan. De koppeling met de cognitieve gedragstherapie ligt voor deze modaliteit in de fase van de probleeminventarisatie. Wanneer een cliënt geïndiceerd wordt voor de cognitieve gedragstherapie wordt er gestart met de probleeminventarisatie. Hierbinnen wordt er naar drie facetten gekeken (Wells, 2003) die in alinea 6.2 besproken worden. Één facet daarvan is het ingaan op de details over de ontstaansgeschiedenis van het probleem. Hierin kunnen de kwetsbaarheden van de cliënt in relatie tot het huidige probleem aan de orde komen. Er kan ingegaan worden op angstklachten in het verleden, de aard van vroegere relaties en factoren en omstandigheden tijdens de ontwikkeling. Naast de fase van probleeminventarisatie, kan het voorkomen dat tijdens de oefeningen die aangeboden worden, bij een cliënt ervaringen uit het verleden terugkomen. De wijze van omgaan is afhankelijk van de context, de doelen en de mogelijkheden van de therapeut en de cliënt.

Casusverwijzing

Tijdens de individuele PMT behandelingen zijn er bij mw af en toe momenten geweest waarop zij in haar beleving even terugging naar het verleden. Deze momenten waren zeer kort en mw was niet in staat hier transparant over te zijn. Op de momenten dat het gebeurde werd de coping die Mw hanteert, goed zichtbaar. Mw is verbaal erg sterk en gebruikt dit in dergelijke situaties om maar niet te hoeven voelen. Door veel te gaan praten, ervaringen te relativeren en niet ter zake doende elementen naar voren te halen, probeert mw de aandacht van het voor haar gevoelige onderwerp af te brengen. Haar kernideeën en aannames komen hierin ook duidelijk naar voren. Zij moet namelijk sterk zijn van zichzelf en zij mag niet huilen. Door te gaan praten houdt mw zich sterk en voorkomt zij dat er tranen komen. Binnen de therapie komt naar voren dat mw verbaal zeer sterk is en dat zij hierdoor voorbij gaat aan haar gevoelens. Daarom is het in de therapeutische attitude van belang haar hierin af en toe te begrenzen en te zorgen dat mw niet alleen haar copingstrategieën (relativeren, rationaliseren of bagatelliseren) toepast, maar dat er ook ruimte komt voor hetgeen zij voelt. Dit gegeven is iets dat in de verdere voortzetting van de behandeling meegenomen dient te worden.

Conclusie

De wijze waarop cognitieve gedragstherapie een bijdrage kan leveren aan het bestaande PMT aanbod voor oudere cliënten met een angststoornis, staat in het vorige hoofdstuk uitgebreid beschreven. Hierin is zeer specifiek, aan de hand van de PMT modaliteiten, een koppeling gemaakt tussen de behandelwijze van de cognitieve gedragstherapie en die van de psychomotorische therapie. In die zin is het antwoord op de vraagstelling al gegeven. Toch zal hieronder kort ingegaan worden op de algemene overeenkomsten tussen beide behandelmethoden. Dit om niet alleen vanuit de modaliteiten een verantwoording van implementatie te kunnen geven, maar ook de overige theorie uit de afstudeeropdracht aan de orde te laten komen.

Angststoornissen bij ouderen blijken naast de DSM-IV categorisatie, ook nog andere dimensies te hebben die bij jongere volwassenen beduidend minder voorkomen (Buijssen, et al., 2004). Angsten gerelateerd aan lichamelijke of geestelijke problemen zijn bij ouderen het meest voorkomend maar worden niet altijd voldoende onderkend. Om die reden zijn veel ouderen behandeling voor hun angststoornis misgelopen en lopen deze nog steeds mis. Een behandelwijze die zeer effectief blijkt te zijn is de cognitief gedragstherapeutische behandeling (Weerman, 2006). Aan de hand van de verschillende uitgangspunten zal er een koppeling gemaakt worden naar de psychomotorische behandelcontext.

Een van de belangrijkste uitgangspunten van de cognitieve gedragstherapie sluit naadloos aan bij de benaderingswijze vanuit de psychomotorische therapie. Namelijk dat gedachten, gevoelens en gedrag op een bepaalde manier met elkaar verbonden zijn. Er is een constant proces gaande tussen het denken, voelen en handelen van mensen en dus ook bij cliënten met een angststoornis. Dit uitgangspunt komt ook binnen psychomotorische therapie naar voren. In deze context krijgt de cliënt de mogelijkheid om binnen de bewegingsgerichte en lichaamsgerichte arrangementen lijfelijk te ervaren wat het denken, voelen en handelen doet. Dit in relatie tot de omgeving maar ook met betrekking tot de cliënt zelf, zijn lichaam. Door hierbinnen cognitief gedragstherapeutische interventies toe te passen, gericht op het expliciteren van de negatieve gedachten in angstige situaties, de daarbij behorende emoties en het vertoonde gedrag, kan in een korte tijd meer duidelijkheid ontstaan over de wijze waarop de angststoornis tot stand is gekomen en ook in stand wordt gehouden.

Een ander uitgangspunt van de cognitieve gedragstherapie heeft betrekking op het aan en afleren van disfunctionele schema's en ongewenst gedrag door middel van conditionering (alinea 4.6). Of zoals al eerder is beschreven, ongewenst gedrag zoals beveiliging en vermijding is aangeleerd en kan dus ook weer afgeleerd worden. Interventies die erop gericht zijn het ongewenste gedrag af te leren, worden gebaseerd op het leermodel, klassieke en operante conditionering (alinea 4.5). Operante procedures zijn vooral gericht op gedragsverandering, klassieke procedures op het veranderen van betekenissen. Binnen de psychomotorische therapie is het bekend dat het doen van de activiteiten op zich niet de factor is die het therapeutische proces op gang brengt, dat wordt gedaan door de betekenis verlening aan de activiteiten door de cliënt en de therapeutische interventies die dit bewerkstelligen. Zo kan er binnen een psychomotorische setting gewerkt worden met het aangaan van spanningsvolle situaties door middel van bijvoorbeeld exposure (alinea 6.3.3 herkennen) en kan het vertoonde gedrag door middel van conditionering worden afgezwakt. Totdat de cliënt uiteindelijk geen vermijdingsgedrag meer vertoont in dergelijke situaties. Hetzelfde geldt voor de disfunctionele schema's en negatieve gedachten, ook deze kunnen door middel van lichaamsgerichte en bewegingsgerichte interventies gericht op conditionering afgezwakt worden.

Een derde uitgangspunt wat gehanteerd wordt binnen de cognitieve gedragstherapie zijn de verbale en gedragsmatige herstructureringstechnieken. Met herstructurering wordt bedoeld op het structureren van de wijzen van coping en deze veranderen in een adequate wijze van omgaan met angsten. Door middel van onder andere taakconcentratie en ontspanningsmethoden (alinea 6.3.3 herkennen) wordt de cliënt andere wijzen van omgaan met de angst geleerd.

Samenvattend kan gezegd worden dat cognitief gedragstherapeutische interventies toepasbaar zijn binnen een psychomotorische behandeling door ten eerste de overeenkomst in het uitgangspunt van beiden dat het denken, voelen en handelen onlosmakelijk met elkaar zijn verbonden. In de PMT is er de mogelijkheid voor de cliënt om het verschil te ervaren tussen denken, voelen en handelen. Ten tweede dat gedragsverandering en betekenis verlening in de conditionering naar voren komt en dit juist aspecten zijn waar de PMT uitstekend mee uit de voeten kan.

In de PMT kunnen non-verbale positieve ervaringen, waarin een cliënt zich sterk voelt, aangeleerd worden voor het afleren van ongewenst gedrag. Bijvoorbeeld expressie (houding, mimiek, bewegen) bij een positieve ervaring (scoren met een voetbal) verbinden met een positieve gedachte. Dit kan vervolgens ingezet worden in een angstige situatie. Ten laatste komt het aspect herstructureren van de copingstrategieën naar voren. Arrangementen met betrekking op dit aspect, exposure, taakconcentratie, kunnen uitstekend in een PMT context behandeld worden daar het lijfelijk ervaren in de PMT centraal staat. Hierdoor worden de aspecten denken, voelen en handelen niet alleen verbaal verduidelijkt maar door de lijfelijke ervaring zal het bij de cliënt ook beter beklijven. Kortom, een psychomotorische therapie behandeling waarbinnen facetten uit de cognitieve gedragstherapie zijn geïmplementeerd, vormen een prima behandelingswijze voor oudere cliënten met een angststoornis.

Literatuurlijst

American Psychiatric Association. (2001). *Beknopte handleiding bij de Diagnostische criteria van de DSM IV-TR*. Amersfoort: Drukkerij Wilco.

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

Bergsma, A., & Petersen, K. v. (1998). *Psychologie van A tot Z*. Utrecht: Spectrum.

Biemond, L., & Boer, S. d. (2008, September). *Artikelen gastauteurs*. Opgeroepen op April Woensdag, 2009, van PMT Info Site: <http://www.pmtinfosite.nl/index.php>

Bogert, C. v., & Scholten, W. (2005). Exposure, ontspanning en concentratie. In J. de Lange, & R.

Bosscher, *Psychomotorische therapie in de praktijk* (pp. 107-119). Nijmegen: Wetenschappelijke uitgeverij Cure & Care Publishers.

Brink, W. v. (2007). *120 vragen over astma en COPD*. Utrecht: Spectrum.

Buijsen, H., Bouman, T., Derksen, J., Jansen op de Haar, M., Schuurmans, M., Verkaaik, M., et al. (2004). *Psychologische hulpverlening aan ouderen. Deel 2 psychiatrische problematiek*. Baarn: HBuitgevers.

Centrum Cognitieve Gedragstherapie. (2008). *Informatie over cognitieve gedragstherapie*. Opgeroepen op April Woensdag, 2009, van <http://www.ccg.nl/>

Elgersma, H., & Arntz, A. (1999). Protocollaire behandeling van patiënten met een gegeneraliseerde angststoornis. In G. Keijsers, A. v. Minnen, & C. Hoogduin, *Protocollaire behandelingen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg 2* (pp. 100-123). Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum.

Festen, T., & Verburg, H. (2005). *Passende zorg voor ouderen met psychische problemen*. Amsterdam: SWP.

Glassman, W. E., & Geluk, H. (2006). *Stromingen in de psychologie*. Baarn: HBuitgevers.

Harinck, F. (2007). *Basisprincipes praktijkonderzoek*. Antwerpen-Apeldoorn: Garant.

Heeren, T., Kat, M., & Stek, M. (2001). *Handboek ouderenpsychiatrie*. Enschede: De Tijdstroom.

Instituut, N. P. (2003, Mei). Cliëntenvolgsysteem tijdens indicatiestelling en behandeling. Utrecht, Nederland.

Krook, K., & van Straaten, G. (2003). *Hoezo lastig! Omgaan met probleemgedrag van ouderen*. Baarn: HBuitgevers.

Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie. (1995, Februari). Beroepsprofiel Psychomotorisch Therapeut. 1-21.

Sietsma, L. (2001). Congres Sport en Santé Mentale. *Sport en psychiatrie*, (pp. 1-11). Luik.

van Hattum, M., & Hutschemaekers, G. (2007). *In beweging. De ontwikkeling van producten voor psychomotorische therapie*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Vandereycken, W., & van Deth, R. (2004). *Psychiatrie, van diagnose tot behandeling*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Weerman, A. (2006). *Zes psychologische stromingen en één cliënt*. Soest: Nelissen.

Wells, A. (2003). *Cognitieve therapie bij angststoornissen, een praktische handleiding*. (H. Geluk, Vert.) Baarn: HBuitgevers.