

Verschillende problematieken, één groep!?

PMT met een groep waarin cliënten verschillende problematieken hebben

Een onderzoek

Door: Janita van Eck
Begeleider: Dhr. Cor Niks
Beoordelaar: Mevr. Lia van der Maas
School: Windesheim te Zwolle
Opleiding: Psychomotorische therapie en bewegingsagogie
Datum: 25-05-2009

Inhoudsopgave

1. Voorwoord.....	4
2. Samenvatting	5
2.1 Inleiding	5
2.2 Theoretisch kader en methode.....	5
2.3 Resultaten	5
2.4 Conclusie	5
3. Inleiding.....	6
3.1 Vraagstelling	6
3.2 Deelvragen	6
3.3 Doel in het onderzoek	6
3.4 Doel van het onderzoek.....	6
3.5 Theoretisch kader	6
3.5.1 Resultaatgericht werken	6
3.5.2 Thema grenzen	6
4. Methode.....	8
4.1 Beschrijving onderzoeksgroep	8
4.1.1 Depressie	8
4.1.2 Kortdurende psychotische stoornis	8
4.1.3 Borderline persoonlijkheidsstoornis.....	9
4.2 Methodiek.....	10
5. Resultaten	11
5.1 Deelvraag 1: Hoe kan er binnen het thema grenzen resultaatgericht gewerkt worden door de PMT-er bij mensen met een depressie?	11
5.1.1 Problemen met betrekking tot het omgaan met grenzen bij cliënten met een depressie en doelen waaraan gewerkt moet worden.	11
5.1.2 Interventies bij cliënten met een depressie.....	11
5.1.3 Attitude van de PMT-er bij cliënten met een depressie	12
5.1.4 Samenvatting	12
5.2 Deelvraag 2: Hoe kan er binnen het thema grenzen resultaatgericht gewerkt worden door de PMT-er bij mensen die uit de acute fase van een psychose zijn?	13
5.2.1 Problemen met betrekking tot het omgaan met grenzen bij cliënten met een psychotische stoornis en doelen waaraan gewerkt moet worden.	13
5.2.2 Interventies bij cliënten met een psychotische stoornis	13
5.2.3 Attitude van de PMT-er bij cliënten met een psychotische stoornis.....	13
5.2.4 Samenvatting	14
5.3 Deelvraag 3: Hoe kan er binnen het thema grenzen resultaatgericht gewerkt worden door de PMT-er bij mensen met een Borderline persoonlijkheidsstoornis?	15
5.3.1 Problemen met betrekking tot het omgaan met grenzen bij cliënten met een Borderline persoonlijkheidsstoornis en doelen waaraan gewerkt moet worden.	15
5.3.2 Interventies bij cliënten met een Borderline persoonlijkheidsstoornis	15
5.3.3 Attitude van de PMT-er bij cliënten met een Borderline persoonlijkheidsstoornis	16
5.3.4 Samenvatting	16
5.4 Deelvraag 4: Wat is er in de theorie bekend over het werken met groepen waarin cliënten verschillende problematieken hebben?.....	17
5.4.1 Argumenten vóór een heterogene groep	17
5.4.2 Argumenten tegen een heterogene groep	17
5.4.3 Compromissen.....	18
6. Conclusie	19

6.1 Doelen met betrekking tot grenzen bij de verschillende problematieken.	19
6.2 Attitude van de PMT-er bij de verschillende doelgroepen.....	21
6.3 Interventies van de PMT-er bij de verschillende doelgroepen.....	21
7. Discussie.....	23
7.1 Methode.....	23
7.2 Resultaten en conclusie	23
8. Aanbevelingen	24
9. Literatuurlijst.....	25
Bijlage.....	26
Omschrijving van de doelgroepen volgens de DSM-IV	26
Omschrijving depressie volgens DSM-IV	26
Omschrijving Borderline persoonlijkheidsstoornis DSM IV	26
Omschrijving kortdurende psychotische stoornis DSM IV	27
Productomschrijving structuurgroep Johannesburg open	28

1. Voorwoord

In januari 2009 ben ik begonnen aan mijn afstudeerstage bij psychiatrische instelling 'de Meerkanten'. Hier kreeg ik één groep waarin cliënten zaten met verschillende problematieken. Ik had hier nog niet eerder mee te maken gehad en vroeg me dan ook af of het wel mogelijk was om met een dergelijke groep resultaatgericht te werken. Deze vraag is ook de hoofdvraag geworden van mijn scriptie.

In het begin wist ik nog niet precies hoe ik dit onderzoek precies vorm kon geven. Het onderzoek zou te groot worden als ik alle verschillende problematieken en thema's binnen deze groep met elkaar zou vergelijken. Ik heb toen besloten om te kijken hoe ik met drie verschillende problematieken binnen één thema zou kunnen werken. Hierdoor werd het haalbaar om dit onderzoek te doen.

Met trots presenteer ik mijn scriptie, waarbij ik een aantal mensen wil bedanken voor de begeleiding. Allereerst mijn collega's, met in het bijzonder mevr. L. Biemond, voor de begeleiding en de ondersteuning tijdens de sessies in de zaal. Ook wil ik dhr. C. Niks (docent van de opleiding Psychomotorische therapie en bewegingsagogie) bedanken voor de begeleiding en feedback die hij heeft gegeven tijdens het schrijven van mijn scriptie.

Janita van Eck
25-05-2009

2. Samenvatting

2.1 Inleiding

De vraagstelling van deze scriptie is of er binnen het thema grenzen resultaatgericht gewerkt kan worden door de psychomotorische PMT-er (hierna te noemen: PMT-er of PMT-er) met groepen waarin cliënten verschillende problematieken hebben. Dit wordt onderzocht door uit te zoeken hoe er resultaatgericht gewerkt kan worden met cliënten met een depressieve stoornis, met een kortdurende psychotische stoornis en met een Borderline persoonlijkheidsstoornis. Deze resultaten worden met elkaar vergeleken en zo wordt er een conclusie getrokken of het wel of niet mogelijk is om cliënten met deze stoornissen samen in één groep te hebben.

Het doel van dit onderzoek is om te kijken hoe de structuurgroep van het Johannesbos open (psychiatrische inrichting 'De Meerkanten') vorm gegeven kan worden. Deze groep bestaat uit cliënten met verschillende problematieken.

2.2 Theoretisch kader en methode

In het theoretisch kader wordt er uitgewerkt wat resultaatgericht werken precies is en wat bedoeld wordt met het thema grenzen. In het hoofdstuk methode worden de problematieken depressie, kortdurende psychotische stoornis en Borderline persoonlijkheidsstoornis omschreven.

2.3 Resultaten

De problemen met betrekking tot grenzen liggen bij mensen met een depressie vaak bij het niet op adequate wijze kunnen weigeren van verzoeken, moeilijk beslissingen kunnen nemen, moeite hebben om iets aan anderen te vragen en een verkeerde interpretatie hebben over weigeringen van anderen. De PMT-er zal de cliënt moeten activeren om te gaan oefenen met de vaardigheden en het uitdagen van de negatieve gedachten die de cliënt heeft. Hierbij is het belangrijk dat de PMT-er veel positieve bekrachtiging geeft, de cliënt acceptierend benadert, negativiteit begrensd en een lerende, structurerende en stimulerende attitude heeft.

Binnen het thema grenzen kan er resultaatgericht gewerkt worden bij cliënten die net uit de acute fase van een psychose zijn door te richten op een realistischere lichaamsbeleving, het herkennen van signalen van overbelasting, het zoeken naar spanningsbronnen en het leren om hier adequaat mee om te gaan door bijvoorbeeld je grens aan te geven. Het is hierbij van belang dat de PMT-er een positieve, steunende en eventueel confronterende attitude heeft, psycho-educatie geeft en zorgt dat er een goed evenwicht is tussen over- en onderstimulatie.

Een eerste stap met betrekking tot het thema grenzen bij cliënten met een Borderline persoonlijkheidsstoornis is het leren voelen van lichaamssignalen en emoties. Vaak hebben deze cliënten goede vaardigheden om hun grens aan te geven maar kunnen ze die vaardigheden niet goed toepassen door vastgeroeste overtuigingen of oncontroleerbare reacties. Het is belangrijk dat de PMT-er veel positieve bekrachtiging geeft en de intensiteit van de sessie doseert. De PMT-er moet een structurerende, ondersteunende en empathische attitude hebben. In het begin van de behandeling moet de PMT-er een actieve rol aannemen. De PMT-er moet verder geduldig, duidelijk, consequent en flexibel zijn.

In de literatuur is weinig tot niets bekend over het werken met groepen waarin cliënten verschillende problematieken hebben. Wel worden er een aantal argumenten voor en tegen het werken met zulke groepen gegeven.

2.4 Conclusie

De conclusie is dat het mogelijk is om cliënten met verschillende problematieken in één groep te hebben. Hierbij kan er gewerkt worden binnen twee subthema's. Namelijk het leren voelen van lichaamssignalen en het leren aangeven van grenzen met de cognities die daarbij een rol spelen. Het grote voordeel van cliënten met verschillende problematieken in één groep is dat de cliënten van elkaar kunnen leren. In de scriptie staan een aantal aandachtspunten, die belangrijk zijn bij het werken met groepen waarin cliënten met verschillende problematieken zitten.

3. Inleiding

3.1 Vraagstelling

Kan er binnen het thema grenzen resultaatgericht gewerkt worden door de PMT-er met groepen waarin cliënten verschillende problematieken hebben?

3.2 Deelvragen

1. Hoe kan er binnen het thema grenzen resultaatgericht gewerkt worden door de PMT-er bij mensen met een depressie?
2. Hoe kan er binnen het thema grenzen resultaatgericht gewerkt worden door de PMT-er met mensen die net uit de acute fase van een psychose zijn.
3. Hoe kan er binnen het thema grenzen resultaatgericht gewerkt worden door de PMT-er bij mensen met een Borderline persoonlijkheidsstoornis?
4. Wat is er in de theorie bekend over het werken met groepen waarin cliënten verschillende problematieken hebben?

3.3 Doel in het onderzoek

Uitzoeken welke overeenkomsten maken dat je met een groep met verschillende problematieken binnen de psychomotorische therapie toch tot een zinvol therapie aanbod komt met betrekking tot het thema grenzen.

3.4 Doel van het onderzoek

Het doel van het onderzoek is het beter vorm geven van de structuurgroep van het Johannesbos open. Bij de afdeling Johannesbos open van de Meerkanten (een open afdeling waar vooral mensen met een depressie en een psychose worden opgenomen) zijn er verschillende groepen voor PMT. Er is een depressiegroep, een psychosegroep, een observatiegroep en een structuurgroep. In de structuurgroep komen vooral de mensen die niet echt in één van de andere groepen passen. Dat kan bijvoorbeeld komen doordat ze een lager IQ hebben maar ook omdat ze qua problematiek niet in één van de andere groepen passen. In deze groep zitten dus mensen met allerlei problematieken. In deze scriptie wil ik gaan kijken hoe je deze groep toch goed vorm kan geven.

3.5 Theoretisch kader

In het theoretisch kader wordt uitgewerkt wat resultaatgericht werken is en wat het thema grenzen inhoud.

3.5.1 Resultaatgericht werken

“Als je niet weet naar welke haven je wilt zeilen, is geen enkele wind de juiste.”

Dit citaat geeft mooi weer wat er gebeurd als er binnen de therapie niet resultaatgericht gewerkt wordt. Resultaatgericht werken is een middel om een visie te vertalen naar doelen en deze doelen operationeel te maken. Er worden resultaatafspraken met elkaar gemaakt, zodat iedereen weet wat men concreet wilt bereiken. De resultaatafspraken geven antwoord op de vragen: Wat gaan we precies doen en wanneer weten we dat we ons doel bereikt hebben?

(Cuijpers & Otte, 2003). Op deze manier wordt voorkomen dat geen enkele wind de juiste is. De doelen geven namelijk de richting aan waarin de verandering bewerkstelligd moet worden en de effecten die nagestreefd moeten worden (Hattum & Hutschemaekers, 2007, p 18). Door binnen de therapie resultaatgericht te werken weten zowel cliënt als PMT-er waar er binnen de therapie aan gewerkt wordt en naar welk concreet resultaat er toegewerkt wordt.

Door een duidelijk doel voor ogen te hebben wordt de efficiëntie van de therapie voor zowel cliënt als PMT-er verhoogd. De tijd en energie kunnen doelgericht en resultaatgericht ingezet worden. Het werken met een duidelijk doel voor ogen vergroot dus de daadkracht en is effectief.

3.5.2 Thema grenzen

Het thema grenzen kan als volgt worden omschreven:

Het verwerven van die vaardigheden die nodig zijn om binnen sociale situaties en interacties een eigen idee, mening dan wel wens te onderkennen en om deze vervolgens adequaat naar voren te

kunnen brengen, te blijven brengen, respectievelijk vast te houden (Fellinger, Maliepaard & Tummers, 1999, p 44)

Een idee, mening of wens kan ook worden vervangen door: kritiek, weigering, verlangen, afwijzing, standpunt, commentaar, conflict, rechten, begrip, hulp, behoefte, dank, verontschuldiging, compliment, gelijk/ongelijk (Fellinger et al, 1999, p 44).

Thema's die hierbij aan de orde komen zijn:

- het voelen van eigen grenzen (o.a. bewust worden van lichaamssignalen)
- het bewust worden van eigen grenzen
- het aangeven van eigen grenzen
- het erkennen van eigen grenzen
- het reageren en/of respecteren van andermans grenzen
- het hanteren van eigen of andermans grenzen. (Fellinger et al, 1999, p 39)

Het kan hierbij gaan om zowel fysieke, sociale en emotionele grenzen.

4. Methode

4.1 Beschrijving onderzoeksgroep

In deze scriptie komen drie problematieken naar voren: depressie, kortdurende psychose en Borderline persoonlijkheidsstoornis. Hieronder wordt van elke problematiek een korte beschrijving gegeven van de problemen van een cliënt met deze problematiek op lichamelijk, emotioneel, cognitief en sociaal niveau.

4.1.1 Depressie

Emotioneel

De kern van een depressieve stoornis zijn gevoelens van somberheid, wanhoop, en uitzichtloosheid. Daarnaast spelen allerlei gevoelens zoals een negatief zelfgevoel, schuld- en minderwaardigheidsgevoelens, futloosheid en machteloosheid een rol. Deze gevoelens moeten volgens de DSM-IV minstens twee weken het grootste gedeelte van de dag aanwezig zijn. Vaak hebben mensen met een depressie ook een tekort aan positieve bekrachtiging.

Lichamelijk

Mensen met een depressie zijn door de gevoelens van somberheid, wanhoop en uitzichtloosheid vaak passief. Er is vaak een duidelijke sprake van een verminderde interesse in alle of bijna alle activiteiten. Vaak is er ook sprake van moeheid en slaapproblemen. Hun lichaamshouding drukt vaak uitgeblustheid uit maar het kan ook zijn dat ze juist heel opgewonden en rusteloos zijn. Ook piekeren mensen met een depressie veel en lopen ze soms doelloos rond.

Cognitief

Veel mensen met een depressie hebben de habituele neiging om bij negatieve gebeurtenissen de oorzaak ervoor te zoeken in de eigen, stabiele en globale eigenschappen. Hierdoor denken ze dat ze zelf weinig aan hun omstandigheden kunnen veranderen: 'Het is niets en het zal ook nooit wat worden'. Door deze gedachten worden ze passief, besluiteloos en afhankelijk. Ook neigen ze hierdoor snel naar zelfverwijt. Kenmerkend is dat er bij veel cliënten een gebrekkig probleembesef is. Ook is er vaak sprake van vertraagd denken en concentratieproblemen.

Sociaal

Mensen met een depressie gaan er vaak vanuit dat 'het niets is en het ook niets zal worden'. Hierdoor zijn ze vaak onduidelijk over hun wensen en/of maken ze deze niet kenbaar. Ze gaan er al bij voorbaat vanuit dat deze toch niet zullen worden ingewilligd. Ze maken ook vaak verkeerde interpretaties over weigeringen van anderen. Een afwijzing van een verzoek wordt vaak meteen geïnterpreteerd als een afwijzing van de persoon. Ze mogen me niet! Ze trekken zich ook vaak terug uit sociale contacten.

Voorbeeld van een cliënt in de structuurgroep van het Johannesbos open:

Cliënt A is een depressieve man van 55 jaar. Hij is opgenomen op het Johannesbos omdat hij suïcideneigingen had. Hij is vaak lusteloos en passief. Als hij wat zegt kijkt hij vaak naar beneden waardoor het vaak niet duidelijk is wat hij precies wil. Hij heeft moeite om voor zichzelf op te komen. Dit komt onder andere omdat hij denkt dat het toch niet helpt als hij ergens wat van zegt.

4.1.2 Kortdurende psychotische stoornis

Cognitief

Het belangrijkste kenmerk van een psychose zijn de aanwezigheid van positieve symptomen. Hiermee worden wanen, hallucinaties en incoherentie van denken en handelen bedoeld. Vaak hebben mensen met een psychotische stoornis na de psychose last van cognitieve beperkingen en verminderde concentratie

Lichamelijk

Voorafgaand aan de decompensatie maken mensen vaak een fase door waarin het lichaamsgevoel verstoord raakt. Mensen ervaren dan vervreemding van hun eigen lichaam, beangstigende lichamelijke sensaties en het vervagen van lichaamsgrenzen. Tijdens de psychose wordt het lichaam vaak als gevoelloos, dood, zielloos en niet bewoond ervaren. Na een decompensatie ontstaan er vaak negatieve symptomen zoals kakatonie (bewegingsarmoede) en spraakarmoede. Ook is er vaak sprake van een gebrekkige zelfverzorging en passiviteit.

Emotioneel

Door de psychose worden mensen vaak angstig. Ook hebben ze vaak last van neerslachtige buien.

Sociaal

Doordat mensen angstig worden trekken ze zich vaak terug uit hun sociale leven. Door de negatieve symptomen en de cognitieve stoornissen hebben mensen met een psychotische stoornis vaak moeite met het op de juiste manier interpreteren van situaties en gedrag van mensen in hun omgeving.

Voorbeeld van een cliënt in de structuurgroep van het Johannesbos open:

Cliënt B is een vrouw van 35. Ze is net uit de acute fase van een psychose. Tijdens de psychose had ze last van wanen waarbij ze dacht dat ze God was. Nu is ze vaak nog angstig en daarom vraagt ze veel bevestiging van de PMT-er. Ze is zich vaak niet bewust van haar lichaamssignalen. Cliënt B is opgenomen om inzicht te krijgen in welke factoren en omstandigheden spanning opleveren en kunnen zorgen voor een nieuwe psychose.

4.1.3 Borderline persoonlijkheidsstoornis.

Het hoofdkenmerk van een Borderline persoonlijkheidsstoornis is instabiliteit.

Emotioneel

De stemming van mensen met een Borderline persoonlijkheidsstoornis is vaak heel instabiel. Er hoeft maar iets te gebeuren of de stemming kan helemaal omslaan. Veel mensen met een Borderline persoonlijkheidsstoornis hebben veel moeite met het verdragen van frustratie.

Vaak zijn mensen met een Borderline persoonlijkheidsstoornis ook erg onzeker over zichzelf (negatief zelfbeeld). Ze voelen zich snel verwaarloosd en niet serieus genomen en zijn bang om verwaarloost te worden. Ook wordt door veel mensen een gevoel van leegte ervaren.

Sommige mensen met een Borderline persoonlijkheidsstoornis hebben last van ingehouden agressie.

Lichamelijk

Mensen met een Borderline persoonlijkheidsstoornis zijn vaak heel impulsief. Deze impulsiviteit leidt tot roekeloosheid, vreetbuien, criminaliteit, misbruik van alcohol en drugs en soms tot automutilatie. Door de emotionele en cognitieve instabiliteit en de verwarring die soms op kan treden kan er soms sprake zijn van suïcidaal gedrag.

Cognitief

Een belangrijk cognitief kenmerk van Borderline is het zwart-wit denken. Mensen met een Borderline persoonlijkheidsstoornis verdelen alles onder in goed of slecht, voor of tegen. Het is vaak alles of niets. Ze hebben veel moeite om op een oordeelsvrije manier in het hier en nu te zijn. Veel mensen hebben ook last van instabiliteit in het denken. Ze hebben vaak last van irrealistische overtuigingen zoals: 'ik heb geen recht om nee te zeggen', 'als ik nee zeg wordt iemand boos en daar kan ik niet tegen', 'als ik mensen iets weiger zullen ze denken dat ik ze niet mag' (Spaans & Meekeren, 2004, p 178). Hierdoor hebben ze vaak last van een negatief zelfbeeld.

Sommige mensen met Borderline vertonen ook kenmerken van dissociatieve stoornissen.

Sociaal

De relaties van mensen met een Borderline persoonlijkheidsstoornis worden gekenmerkt door instabiliteit. Vaak worden relaties voortijdig beëindigd doordat mensen met een Borderline persoonlijkheidsstoornis veel problemen hebben met het verdragen van frustraties. Een relatie wordt dan beëindigd voordat er op een adequate wijze geprobeerd is om de situatie te verbeteren. Relaties worden dan ook vaak gekenmerkt door veel conflicten.

Voorbeeld van een cliënt in de structuurgroep van het Johannesbos open:

Cliënt C is een vrouw met een Borderline persoonlijkheidsstoornis. Ze kan impulsief reageren. Vaak heeft ze al wat gezegd of gedaan voordat ze er over nagedacht heeft. Ze heeft ook moeite om te voelen. Vaak probeert ze haar gevoel helemaal weg te maken door bijvoorbeeld te gaan denken dat ze niks voelt. Hierdoor is het voor haar lastig om goed stil te kunnen staan bij wat ze nu nodig heeft en te merken of ze haar grens wel of niet bereikt heeft. Dit is dan ook één van haar doelen.

4.2 Methodiek

In deze scriptie ga ik eerst onderzoeken hoe er binnen het thema grenzen resultaatgericht gewerkt kan worden met de drie doelgroepen (depressie, kortdurende psychose en Borderline persoonlijkheidsstoornis) afzonderlijk. Ik onderzoek waar bij elke doelgroep het probleem ligt met betrekking tot grenzen, welke interventies een PMT-er moet doen bij elke doelgroep en welke attitude het best aansluit bij elke doelgroep. Daarna ga deze resultaten met elkaar vergelijken en zoek ik uit welke overeenkomsten maken dat je met een groep met verschillende problematieken binnen de PMT toch tot een zinvol resultaatgerichte therapie aanbod komt met betrekking tot het thema grenzen.

Ik heb gekozen voor het thema grenzen omdat dit een veel voorkomend thema is binnen de structuurgroep van het Johannesbos open. Veel van de cliënten hebben moeite met het voelen of aangeven van hun grens. Het thema grenzen kan onderverdeeld worden in verschillende subthema's. Ik heb ervoor gekozen om alleen het thema grenzen (en de subthema's daarvan) naar voren te laten komen omdat het anders een te groot en breed onderzoek zou worden.

5. Resultaten

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de deelvragen. Er wordt eerst beschreven hoe er resultaatgericht gewerkt kan worden binnen het thema grenzen met cliënten die een depressie, kortdurende psychose of een Borderline persoonlijkheidsstoornis hebben. Deze deelvragen worden beantwoord door te kijken waar bij deze doelgroep de problemen liggen met betrekking tot grenzen, welke attitude de PMT-er moet aannemen en welke interventies er gedaan moeten worden om resultaatgericht te kunnen werken. Als laatste wordt in dit hoofdstuk beschreven wat er in de literatuur bekend is over het werken met groepen waarin cliënten verschillende problematieken hebben.

5.1 Deelvraag 1: Hoe kan er binnen het thema grenzen resultaatgericht gewerkt worden door de PMT-er bij mensen met een depressie?

5.1.1 Problemen met betrekking tot het omgaan met grenzen bij cliënten met een depressie en doelen waaraan gewerkt moet worden.

Problemen m.b.t. assertiviteit en het aangeven van grenzen bij depressieve cliënten liggen op de volgende terreinen (*Albertsnagel, Emmelkamp & Hoofdakker, 1998*)

1. Niet op adequate wijze verzoeken van anderen kunnen weigeren.
2. Moeite met beslissingen nemen.
3. Met moeite iets vragen aan anderen. Depressieve cliënten zijn ook vaak onduidelijk over hun wensen of maken deze niet kenbaar omdat ze er bij voorbaat van uitgaan dat deze toch niet zullen worden ingewilligd.
4. Verkeerde interpretaties over weigeringen van anderen. Een afwijzing van een verzoek wordt vaak meteen geïnterpreteerd als een afwijzing van de persoon: 'Ze mogen me niet!'.

Zoals in de DSM-IV staat omschreven hebben mensen met een depressie vaak last van een gevoel van schuld, hulpeloosheid, bezorgdheid en/of vrees. Hulpeloosheid impliceert volgens de aangeleerde hulpeloosheidtheorie van Seligman (*van Son, 1996*) de habituele neiging om bij negatieve gebeurtenissen de oorzaak ervoor te zoeken in eigen, stabiele en globale eigenschappen. Doordat iemand met een depressie de oorzaak van een negatieve gebeurtenis heel snel bij zichzelf zoekt, zal hij niet snel iets gaan ondernemen om dingen te gaan veranderen. Hij gaat er al voorbaat vanuit dat het toch niets zal helpen. De stap om aan te geven dat er iets of iemand veranderd moet worden (een grens aangeven) zal dus niet snel genomen worden. In de behandeling kunnen er sociale vaardigheden geleerd worden waardoor de cliënt het idee zal krijgen dat hij meer controle op de situatie uit kan oefenen (*Depestele, 1979, p 145-171*).

Iemand met een depressie heeft vaak ook moeite met het adequaat interpreteren van lichaamssignalen. Door de negatieve, sombere kijk op het leven worden lichaamssignalen heel snel (te) negatief geïnterpreteerd. Hierdoor kan iemand nog verder doorschieten in een gevoel van schuld, hulpeloosheid, bezorgdheid en/of vrees. Iemand interpreteert de signalen verkeerd en heeft hierdoor een irreële basis of startpunt om zijn grens wel of niet aan te geven. Een doel in de behandeling is dan om te leren om lichaamssignalen weer adequaat te interpreteren.

5.1.2 Interventies bij cliënten met een depressie

Een depressieve cliënt is vaak passief. De PMT-er zal de cliënt moeten proberen te activeren. Dit kan bijvoorbeeld door hem onderzoeken te laten zien waarin het verband zichtbaar is tussen meer activiteit en een afname van de depressie. Een cliënt kan veel tegenstand geven als de PMT-er actieve oefeningen voorstelt omdat hij zich miskent voelt in zijn depressieve klachten en negatieve lichaamsbeleving. De PMT-er moet daarom een balans vinden tussen activiteit en erkenning van de inactiviteit van de cliënt.

Omdat een cliënt met een depressie vaak moeite heeft met het weigeren van verzoeken, het nemen van beslissingen en een vraag stellen aan anderen zal hiermee geoefend moeten worden. De PMT-er kan de cliënt vaardigheden leren. Bij het oefenen is het belangrijk dat de PMT-er veel positieve bekrachtiging geeft. Een cliënt met een depressie heeft zelf vaak een tekort aan positieve bekrachtiging en bekijkt zijn eigen prestaties negatief. De PMT-er zal daarom veel positieve feedback moeten geven en de nadruk leggen op de dingen die de cliënt goed doet.

De cliënt heeft ook vaak verkeerde interpretaties als iemand hem iets weigert. In de therapie kunnen deze gedachten uitgedaagd worden. Er kunnen redenen bedacht worden waarom iemand weigert waardoor de cliënt zal leren dat het niet zo hoeft te zijn dat de persoon weigert omdat hij de cliënt niet mag.

Lotgenotencontact is ook belangrijk in de behandeling van een depressie. Herstelverhalen van andere bieden een cliënt hoop en geven motivatie om door te gaan. Ook kan het een cliënt steun geven als hij merkt dat hij niet de enige is die dit overkomt (*Werkgroep Multidisciplinaire richtlijn Depressie bij volwassenen, 2007*).

5.1.3 Attitude van de PMT-er bij cliënten met een depressie

Een cliënt met een depressie denkt vaak negatief over zichzelf. De PMT-er moet de cliënt daarom accepterend benaderen. Hij moet naast de cliënt gaan staan de cliënt als mens benaderen met oog voor de gevolgen van de depressie in het leven van deze individuele patiënt. Als de cliënt gaat voelen dat de PMT-er hem serieus neemt kan hij gedachten gaan ontwikkelen als: 'als de PMT-er zo over mij denkt en handelt dan zal ik misschien toch een zekere betekenis en een zekere waarde bezitten'. Dit is een begin van een omslag in de negatieve cognities en een begin van enige zelfwaardering.

De PMT-er moet de cliënt ook directief begrenzen in zijn handelen en denken als de cliënt afglijdt naar meer somberheid en negativiteit. Ook kan de PMT-er helpen om op dat moment positievere gedachten (helpende gedachte) te formuleren.

Als er geoefend wordt met meer assertief gedrag moet de attitude van de PMT-er lerend, structurerend en stimulerend zijn (*Burgwal, 1999, p 8 -11*). De cliënt moet aangemoedigd worden om zelf verantwoordelijkheid voor de behandeling te nemen. De PMT-er moet zich waar mogelijk op stellen als deskundig adviseur. In crisissituaties, of wanneer patiënten niet mee willen of kunnen beslissen, moet de verantwoordelijkheid van de besluitvorming van patiënten overgenomen worden (*Werkgroep Multidisciplinaire richtlijn Depressie bij volwassenen, 2007*).

5.1.4 Samenvatting

De problemen met betrekking tot grenzen liggen bij mensen met een depressie vaak bij het niet op adequate wijze kunnen weigeren van verzoeken, moeilijk beslissingen kunnen nemen, moeite hebben om iets aan anderen te vragen en een verkeerde interpretatie hebben over weigeringen van anderen. De PMT-er zal de cliënt moeten activeren om te gaan oefenen met de vaardigheden en het uitdagen van de negatieve gedachten die de cliënt heeft. Hierbij is het belangrijk dat de PMT-er veel positieve bekrachtiging geeft, de cliënt accepterend benadert, negativiteit begrensd en een lerende, structurerende en stimulerende attitude heeft.

5.2 Deelvraag 2: Hoe kan er binnen het thema grenzen resultaatgericht gewerkt worden door de PMT-er bij mensen die uit de acute fase van een psychose zijn?

5.2.1 Problemen met betrekking tot het omgaan met grenzen bij cliënten met een psychotische stoornis en doelen waaraan gewerkt moet worden.

De behandeling van cliënten die net uit de acute fase van een psychose zijn richt zich op het verbeteren van het stressmanagement. Hierbij wordt gebruik gemaakt van lichaamsgerichte oefeningen en bewegingsactiviteiten (*Hattum, 2007, p 35*). Voorafgaand aan een decompensatie ervaren cliënten vaak vervreemding van eigen lichaam, beangstigende lichamelijke sensaties en vervaagde lichaamsgrenzen. Dit worden ook wel prodromen genoemd. In de behandeling moet een concrete profielschets gemaakt worden met daarin de situaties die stress opleveren, de signalen die daarbij van belang zijn (prodromen) en de manier hoe hiermee omgegaan kan worden. Dit is belangrijk omdat stress ervoor kan zorgen dat een cliënt opnieuw in een psychose komt.

Binnen de PMT kan er heel goed aan een dergelijke profielschets gewerkt worden. In de eerste plaats zal een cliënt alert moeten worden op lichamelijke signalen die wijzen op stress (en dus signalen die op hun eigen grens wijzen). Dit is voor cliënten die net uit de acute fase van een psychose zijn niet gemakkelijk omdat deze cliënten vaak geen realistische lichaamsbeleving hebben. Een eerste doel met betrekking tot grenzen zal dus zijn om een realistischere lichaamsbeleving te ontwikkelen. Hier kan aan gewerkt worden doordat de PMT-er bijvoorbeeld uitleg geeft over lichamelijk sensaties die bij inspanning horen.

Daarna kan er gewerkt worden aan het herkennen van lichamelijke signalen van overbelasting. Dit kan door actieve spelen te doen met daarbij de nadruk op lichamelijke signalen. De cliënt zal moeten leren om de voor hem kenmerkende klachten of verandering in lichaamsbeleving te herkennen als signalen van overbelasting die kunnen leiden tot een decompensatie.

Een cliënt zal naast de signalen van fysieke overbelasting ook moeten leren welke omstandigheden, emoties of gedachten veel spanning opleveren en hoe hij zich daartegen kan beschermen. Dit kan door zowel beweging- als lichaamsgerichte activiteiten te doen met de nadruk op signalen van spanning. Belangrijke vaardigheden om zich te beschermen tegen deze spanning is het leren stellen van grenzen en stop zeggen.

5.2.2 Interventies bij cliënten met een psychotische stoornis

Als de cliënt net uit de acute fase van de psychose is heeft de cliënt vaak nog veel last van depressieve klachten en negatieve symptomen. De interventies van de PMT-er zullen daarom gericht zijn op activatie en het verkennen van de sterke punten van een cliënt. Er zal hierover ook veel psycho-educatie gegeven moeten worden.

Als de cliënt meer gestabiliseerd is, is het belangrijk dat de cliënt actief met verschillende thema's aan het werk gaat. Omdat cliënten die een psychotische stoornis hebben vaak last hebben van cognitieve beperkingen en verminderde concentratie is het belangrijk dat de PMT-er een eenvoudige uitleg geeft en dingen regelmatig herhaald. Belangrijk is ook dat er evenwicht is tussen over –en onderstimulatie. Een te intensief programma is namelijk stressverhogend. Terwijl een programma met te weinig prikkels de cliënt zal bevestigen in zijn passiviteit.

5.2.3 Attitude van de PMT-er bij cliënten met een psychotische stoornis

Bij cliënten met een psychotische stoornis spelen gevoelens van angst, verwarring en krenking een grote rol. Daarom moet de PMT-er een positieve, steunende attitude aannemen. Net na de acute fase van de psychose zal de PMT-er veelal sturend moeten zijn over de invulling en doelen van de therapie. Er moet hierbij goed opgelet worden dat er niet teveel van de cliënt gevraagd wordt omdat teveel stress kan zorgen voor een terugval in een psychose.

Hoe meer de cliënt gestabiliseerd is hoe meer verantwoordelijkheid de PMT-er de cliënt kan geven. Ook kan de PMT-er, als de cliënt meer gestabiliseerd is, de cliënt confronteren met zijn gedrag en de consequenties daarvan en hem stimuleren om te oefenen met nieuw gedrag (*Everts, Fabius, Gouwerok & Mijster, 2002*).

5.2.4 Samenvatting

Binnen het thema grenzen kan er dus resultaatgericht gewerkt worden bij cliënten die net uit de acute fase van een psychose zijn door te richten op een realistischere lichaamsbeleving, het herkennen van signalen van overbelasting, het zoeken naar spanningsbronnen en het leren om hier adequaat mee om te gaan door bijvoorbeeld je grens aan te geven. Het is hierbij van belang dat de PMT-er een positieve, steunende en eventueel confronterende attitude heeft, psycho-educatie geeft en zorgt dat er een goed evenwicht is tussen over- en onderstimulatie.

5.3 Deelvraag 3: Hoe kan er binnen het thema grenzen resultaatgericht gewerkt worden door de PMT-er bij mensen met een Borderline persoonlijkheidsstoornis?

5.3.1 Problemen met betrekking tot het omgaan met grenzen bij cliënten met een Borderline persoonlijkheidsstoornis en doelen waaraan gewerkt moet worden.

Voor cliënten met een Borderline persoonlijkheidsstoornis is het vaak heel moeilijk om hun grenzen te voelen. Dit komt onder andere doordat ze zichzelf vaak moeilijk kunnen voelen, gemakkelijk kunnen vervloeien met anderen en heel moeilijk kunnen aarden (*Bloemenkamp, van Doorn, Kamp & Nissen, 2000*). Een ander aspect waardoor het voor mensen met een Borderline persoonlijkheidsstoornis moeilijk is om hun grenzen te voelen is dat ze zichzelf vaak opdragen om niet te voelen wat ze voelen of om helemaal niets te voelen (*Linehan, 1998, p 111*). Dit doen ze om zo hun emoties te reguleren. Het bewust worden van emoties en lichaamssignalen is vaak een eerste stap met betrekking tot het thema grenzen.

Mensen met een Borderline persoonlijkheidsstoornis hebben vaak wel goede vaardigheden om hun grens aan te kunnen geven. Het probleem is vaak dat ze die vaardigheden niet goed kunnen toepassen. Dit kan komen door vastgeroeste overtuigingen zoals 'ik heb geen recht om nee te zeggen', 'als ik nee zeg wordt iemand boos en daar kan ik niet tegen', 'als ik mensen iets weiger zullen ze denken dat ik ze niet mag' (*Spaans & Meekeren, 2004, p 178*). Een doel kan zijn om deze overtuigingen uit te dagen om zo meer reële overtuigingen te krijgen.

Het moeilijk kunnen toepassen van vaardigheden kan ook komen door oncontroleerbare emotionele reacties (*Linehan, 1998, p 95*). De keus tussen het vermijden van de confrontatie en de confrontatie aangaan wordt vaak gemaakt op basis van de emotionele toestand van dat moment en niet op basis van de behoefte van de cliënt.

Een ander probleem met betrekking tot grenzen voor mensen met een Borderline persoonlijkheidsstoornis is de moeite met het op een oordeelvrije manier in het hier en nu zijn. Door deze moeite is het moeilijk voor hen om in te schatten wat ze nu nodig hebben of wat er gedaan kan worden om een situatie te verbeteren (*Linehan, 1998, p 95*).

Doelen met betrekking tot het thema grenzen zijn dan ook het stilstaan bij de behoeftes van de cliënt op dat moment en het en stilstaan bij wat er nu nodig is om de situatie te verbeteren (zonder alles alleen maar zwart-wit te zien).

5.3.2 Interventies bij cliënten met een Borderline persoonlijkheidsstoornis

Cliënten met een Borderline persoonlijkheidsstoornis dragen zichzelf vaak op om niet te voelen wat ze voelen of om helemaal niets te voelen. Ze vinden het dan vaak ook heel spannend om te gaan voelen. Het is daarom vaak handig om te beginnen met het voelen van fysiologische lichaamssignalen zoals spierspanning, hartslag, zweten etc. Dit wordt namelijk vaak als minder spannend ervaren als het voelen van meer emotioneel getinte lichaamssignalen (*Bloemenkamp et al, 2000*).

Cliënten met een Borderline persoonlijkheidsstoornis zijn vaak opgegroeid in een omgeving waarin ze veel werden gestraft. Ze verwachten dan ook vaak veel negatieve bestraffende feedback van de PMT-er. Ook passen ze vaak zelfbestraffende strategieën toe om hun eigen gedrag te sturen. Door als PMT-er veel positieve bekrachtiging te geven kan het zelfbeeld van de cliënt positiever worden, kunnen de vaardigheden vergroot worden en kunnen cliënten het gevoel krijgen dat ze wat kunnen bereiken in het leven. (*Linehan, 1998, p 52*). Het zelfvertrouwen en het gevoel van controle van de cliënt worden zo bevorderd.

De PMT-er moet ook veel positieve bekrachtiging geven als de cliënt zelf verantwoordelijkheid neemt in de behandeling. Want om de autonomie van de cliënt te ontwikkelen moet de cliënt die verantwoordelijkheid steeds meer zelf gaan nemen (*Bloemenkamp et al, 2000*).

Een sessie kan voor een cliënt met een Borderline persoonlijkheidsstoornis heel emotioneel beladen zijn en voor veel verwarring zorgen. Het is daarom belangrijk om de intensiteit van de sessie te doseren door middel van het opbouwen en afbouwen van een sessie en het bieden van momenten van ontlasting tijdens de sessie. Een sessie kan bijvoorbeeld worden afgebouwd door terug te kijken op de sessie of door het doen van ontspannings- of ademhalingsoefeningen (*Linehan, 1998, p 36 & Bloemenkamp et al, 2000*).

De oefenvormen kunnen zowel bewegingsgericht als lichaamsgericht (groundingsoefeningen, ademhalingsoefeningen, body-awareness en Pesso-psycho-motor therapie) zijn en er kan zowel oefengericht-functioneel als ervaringsgericht-stimulerend gewerkt worden (*Bloemenkamp et al, 2000*).

5.3.3 Attitude van de PMT-er bij cliënten met een Borderline persoonlijkheidsstoornis

De PMT-er moet een structurerende, ondersteunende en empathische houding hebben. Vooral in het begin van de behandeling is dit belangrijk omdat de cliënt vertrouwen moet krijgen in de PMT-er. In het begin van de behandeling moet de PMT-er ook een heel actieve rol aannemen. De PMT-er moet veel instructies, positieve bekrachtiging en voorbeelden geven. Om te zorgen dat de cliënt niet afhankelijk wordt van de instructies en bekrachtiging van de therapeut moet de PMT-er geleidelijk een minder actieve rol aannemen (*Linehan, 1998, p 55*).

Een actieve en transparante attitude is nodig om te zorgen dat er weinig ruimte is voor vrije associatie. Zo worden illusionaire verwachtingen van de cliënt verminderd (*Bloemenkamp et al, 2000*).

Een cliënt kan heel bang zijn om te veranderen. Daarom moet de PMT-er geduldig zijn en kunnen accepteren dat er tijdelijk een gebrek aan vooruitgang is.

De PMT-er moet duidelijk en consequent zijn in het stellen van grenzen. Hierbij moet de PMT-er op blijven letten dat een 'negatieve reactie' van een cliënt op een door de PMT-er gestelde grens niet gelijk bestraft wordt. Als in de therapie namelijk net geleerd is dat een cliënt zijn grenzen aan mag geven en zijn emoties mag laten zien kan het zelfs goed zijn om een dergelijke 'negatieve reactie' te bekrachtigen (*Linehan, 1998, p 53*).

Een PMT-er moet flexibel om kunnen gaan met problemen. Hij moet hier verschillend op kunnen reageren. Soms zal hij paradoxaal, soms cognitief uitdagend en soms steunend moeten reageren.

Een cliënt kan het nodig hebben om zijn ongenoegens te uiten. De PMT-er moet deze projecties kunnen verdragen zonder erdoor vernietigt te worden (*Bloemenkamp et al, 2000*).

5.3.4 Samenvatting

Een eerste stap met betrekking tot het thema grenzen is bij cliënten met een Borderline persoonlijkheidsstoornis het leren voelen van lichaamssignalen en emoties. Vaak hebben ze goede vaardigheden om hun grens aan te geven maar is het probleem dat ze die vaardigheden niet goed kunnen toepassen door vastgeroeste overtuigingen of oncontroleerbare reacties. Het is belangrijk dat de PMT-er veel positieve bekrachtiging geeft en de intensiteit van de sessie doseert. De PMT-er moet een structurerende, ondersteunende en empathische attitude hebben. In het begin van de behandeling moet de PMT-er een actieve rol aannemen. De PMT-er moet verder geduldig, duidelijk, consequent en flexibel zijn.

5.4 Deelvraag 4: Wat is er in de theorie bekend over het werken met groepen waarin cliënten verschillende problematieken hebben?

Er is weinig tot geen literatuur over het werken met groepen waarin cliënten verschillende problematieken hebben. In de literatuur worden er wel veel verschillende meningen gegeven over het werken met groepen waarin cliënten verschillende problematieken hebben. Een aantal van deze argumenten worden hieronder uitgewerkt. Veel van deze argumenten zijn gebaseerd op ervaringen van mensen. Er is weinig tot geen wetenschappelijk onderzoek naar gedaan.

5.4.1 Argumenten **vóór** een heterogene groep

1. Als in een groep cliënten verschillende problematieken hebben is er bijna altijd wel iemand om geschikte, aangepaste gedragingen voor te doen voor iemand anders. (*Linehan, 1998, p 27*). Cliënten gaan zich met elkaar vergelijken en zien andere cliënten dingen anders doen dan dat zijzelf doen. Zo kunnen ze de behoefte krijgen om zelf te gaan veranderen. (*Jongerius & Eykman, 1993, p 58*)
2. Eén van de kenmerken van een problematiek kan leiden tot een bepaalde sfeer in de groep. Als bijvoorbeeld één van de kenmerken van een problematiek een moedeloze, depressieve stemming is, wordt er bij een homogene groep deze stemming snel overgenomen door de andere cliënten. In een heterogene groep heb je daar vaak minder last van. (*Linehan, 1998, p 27*)
3. Bij een heterogene groep kan één aspect van de problematiek storend zijn voor het groepsproces. Cliënten met een Borderline persoonlijkheidsstoornis zijn bijvoorbeeld meer dan anderen geneigd om de aandacht te trekken en deze neiging is storend voor het groepsproces. Hoe meer cliënten met een Borderline persoonlijkheidsstoornis je in één groep hebt, hoe meer je de kans hebt dat het groepsproces verstoord wordt (*Linehan, 1998, p 27*). In een heterogene groep spelen deze aspecten een minder grote rol.
4. Wolf en Schwarts waarschuwen voor enkele gevaren bij homogene groepen. Er kan een sfeer ontstaan van 'wij tegen de buitenwereld' en kan er een verhoogde weerstand ontstaan tegen confrontatie. Het gezamenlijke zwakke punt wordt een kracht. Ook kunnen bestaande vooroordelen versterkt worden. (*Jongerius & Eykman, 1993, p 57*)
5. Volgens Whitaker en Lieberman maken verschillende problematieken in een groep niet zoveel uit. Maar er moet wel homogeniteit zijn in ik-sterkte, kwetsbaarheid, angsttolerantie en identificatiemogelijkheden en het kunnen meevoelen. (*Jongerius & Eykman, 1993, p 58*).
6. Heterogene groepen wat betreft problematiek kan voor een instelling heel economisch zijn. Instellingen willen vanuit financieel oogpunt vaak een minimaal aantal mensen in één groep hebben. Soms zijn er maar weinig mensen met een bepaalde problematiek binnen een instelling waardoor het niet mogelijk is om een groep te maken. Door mensen met verschillende problematieken bij elkaar in één groep te doen kan er dan soms wel één groep gemaakt worden.

5.4.2 Argumenten tegen een heterogene groep

1. Bij een homogene groep kunnen de aangeboden vaardigheden en theoretische begrippen speciaal afgestemd worden op de problemen van de doelgroep. Bij een heterogene groep moeten de centrale problemen voor iedere cliënt apart uitgewerkt worden. De vaardigheden zullen ook veel algemener aangeboden moeten worden (*Linehan, 1998, p27*).
2. Bij een homogene groep is er veel meer lotgenotencontact en herkenning. Cliënten krijgen de kans om te gaan met een groep mensen die dezelfde problemen en zorgen hebben. Cliënten zullen elkaar beter begrijpen en dit kan voor cliënten een hele goede en fijne ervaring zijn (*Linehan, 1998, p27*).
3. Furst geeft aan dat men in een homogene groep sneller tot inzicht, identificatie en doorzicht komt. De attendance is groter en de destructieve acties zijn kleiner. De behandelduur is korter en er is een snelle symptoomgenezing (*Jongerius & Eykman, 1993, p 57*).
4. In het ontwikkelingsmodel van Levine (*Remmerswaal, 2006, p 205*) komt naar voren dat in de eerste fase van de groepsvorming de cliënten op zoek gaan naar gemeenschappelijkheden. Pas als men het gevoel heeft dat er dingen met elkaar gedeeld worden, worden cliënten persoonlijker. Cliënten moeten het gevoel hebben dat ze bepaalde problemen, gevoelens of ervaringen met elkaar delen voordat ze verder kunnen. In een groep waarin cliënten dezelfde problematiek hebben is de kans op het vinden van gemeenschappelijkheden groter en zal het proces sneller gaan.

5.4.3 Compromissen

1. Het ark-van-Noach-principe is een compromis tussen homogene en heterogene groepen. Dit principe gaat ervan uit dat er in elke groep van elke 'soort', elke problematiek, minstens twee cliënten moeten zijn (*Jongerius & Eykman, 1993, p 58*).
2. Een ander compromis is het weglaten van devianten (deelnemers die in hun eentje afwijken wat betreft leeftijd, sekse, sociale klasse of problematiek) (*Jongerius & Eykman, 1993, p 58*)

6. Conclusie

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de vraagstelling. Er wordt onderbouwd waarom je als PMT'er wel of niet zou kunnen werken met groepen waarin cliënten verschillende problematieken hebben.

6.1 Doelen met betrekking tot grenzen bij de verschillende problematieken.

Depressie

Voelen:

- De cliënt leert om lichaamssignalen te voelen en goed te interpreteren.

Denken:

- De cliënt krijgt reële interpretatie over wegeringen van anderen.
- De cliënt krijgt het idee dat hij situaties zelf kan veranderen.

Handelen:

- De cliënt leert om op adequate wijze verzoeken te kunnen weigeren.
- De cliënt leert om beslissingen te kunnen nemen.
- De cliënt leert hoe hij anderen iets kan vragen.

Psychose

Voelen:

- De cliënt ontwikkelt een realistischere lichaamsbeleving.
- De cliënt herkent lichamelijke signalen van overbelasting die kunnen leiden tot een decompensatie.

Denken:

- De cliënt leert welke omstandigheden, emoties of gedachten veel spanning opleveren.

Handelen:

- De cliënt leert vaardigheden om zich te beschermen tegen de spanning. Voorbeelden van vaardigheden zijn het stellen van grenzen en stop zeggen.

Borderline

Voelen:

- De cliënt leert om lichaamssignalen en emoties te voelen.
- De cliënt leert om stil te staan bij zijn behoeftes van dat moment.

Denken:

- De cliënt krijgt reële overtuigingen om zo vaardigheden met betrekking tot grenzen toe te kunnen passen.

Handelen:

- De cliënt leert stil te staan bij wat er nu nodig is om de situatie te verbeteren (zonder alles alleen maar zwart-wit te zien).

Als je de doelen m.b.t. grenzen bekijkt liggen de grootste leerpunten bij:

1. Voelen: Het leren voelen van lichaamssignalen.
2. Denken: Het veranderen van de cognities over het nut van het aangeven van grenzen en de toestemming om je grens aan te geven ('ik ben het waard' etc.).
3. Handelen: Leren hoe je concreet je grenzen aangeeft.

Over het algemeen kan je dus stellen dat de doelen met betrekking tot grenzen zijn om inzicht en vaardigheden te krijgen *wanneer* je een grens aangeeft, *waarom* je dat doet en *hoe* je dat doet.

Als je naar verschillende doelgroepen kijkt zie je een aantal overeenkomsten en een aantal verschillen met betrekking tot de doelen. Heel kort samengevat ligt de nadruk bij cliënten met een depressie vooral op het denken en het handelen met betrekking tot grenzen. Bij iemand met een kortdurende psychose ligt de nadruk vooral op het leren voelen en gaan handelen naar dat gevoel. En bij iemand met een Borderline persoonlijkheidsstoornis ligt de nadruk op het leren voelen (stilstaan bij het gevoel) en het anders gaan denken. De nadruk ligt bij elke doelgroep dus op twee facetten. Bij andere doelgroepen zal het waarschijnlijk ook zo zijn dat de nadruk van de behandeling m.b.t. grenzen op één of twee facetten zal liggen.

Om alle doelen aan de orde te laten komen zou je de sessies dus onder kunnen verdelen in drie subthema's. Eén subthema over het voelen, één over het denken en één over het handelen. Maar binnen de PMT kun je het subthema over het denken samen behandelen met het subthema over het handelen. Door in de zaal bijvoorbeeld te gaan oefenen met het aangeven van je grenzen kan een

cliënt namelijk vanzelf ook ervaren wat het effect ervan is. Door die ervaring worden de cognities als vanzelf aangepakt. Je zou dus kunnen zeggen dat je kunt werken met twee subthema's: het leren voelen van lichaamssignalen én het oefenen en ervaren van het aangeven van grenzen. Bij dit tweede thema speelt dan me hoe je grenzen aangeeft en welke cognities daarbij een rol spelen.

Bij het eerste subthema liggen vooral leerdoelen voor cliënten met een kortdurende psychose en cliënten met een Borderline persoonlijkheidsstoornis. Voor deze doelgroepen is het heel belangrijk dat ze gaan leren om zich bewust te worden van hun lichaamssignalen en deze te koppelen aan signalen van overbelasting, onrust, spanning etc. Kortom om signalen te leren herkennen die te maken hebben met een grens. Ook voor veel andere doelgroepen zal dit waarschijnlijk een eerste stap zijn met betrekking tot het thema grenzen.

Binnen dit thema is het voor cliënten met een depressie, en ook voor cliënten met andere stemmingsstoornissen, een gevaar om te blijven hangen in 'negatieve' gevoelens (zoals somberheid, angst, hulpeloosheid, spanning etc.). Bij deze doelgroep staan de 'negatieve' gevoelens vaak al op de voorgrond. Als er in de therapie alleen gefocust wordt op deze gevoelens kan een cliënt hierin blijven hangen en alleen nog maar verder afglijden in negativiteit. Het is voor een cliënt met een depressie daarom binnen dit subthema belangrijk om zich ook bewust te worden van positieve lichaamssignalen. Als een PMT-er merkt dat een cliënt afglijdt naar somberheid en negativiteit kan de PMT-er de cliënt helpen door het formuleren van positievere gedachten en door dingen te benoemen die een cliënt een positief gevoel geven. Ook kan er bij deze cliënten vrij snel de nadruk gelegd worden op het tweede subthema. Belangrijk is dus dat er binnen dit eerst hoofdthema gefocust wordt op zowel 'positieve' als 'negatieve' lichaamssignalen en emoties.

Bij het tweede subthema (het oefenen met het aangeven van grenzen en het ervaren van het effect en nut daarvan) moet zowel het 'hoe' als het 'waarom' van het aangeven van grenzen aan de orde komen. Voor cliënten met een depressie en een psychose is het belangrijk dat ze binnen dit subthema veel oefenen met hoe ze hun grens kunnen aangeven. Dit gaat dus vooral om de vaardigheden. Voor cliënten met een depressie is ook belangrijk dat ze ervaren dat het nut heeft om hun grens aan te geven. Ze moeten het idee krijgen dat ze een situatie zelf kunnen veranderen. Ook voor cliënten met een Borderline persoonlijkheidsstoornis is het belangrijk dat ze ervaren wat er gebeurd als ze hun grens aangeven. Ze hebben vaak allerlei irrealistische overtuigingen en verwachtingen. Deze kunnen in de zaal uitgedaagd worden. Zo kunnen er reële overtuigingen en verwachtingen voor in de plaats komen. Dit subthema biedt dus mogelijkheden voor alle doelgroepen om te oefenen. Het voordeel van een groep met verschillende doelgroepen is dat er binnen dit subthema veel van elkaar geleerd kan worden. Dit kan een PMT-er gebruiken. Zo kan iemand met een Borderline persoonlijkheidsstoornis vaak de vaardigheden goed voordoen terwijl iemand met kortdurende psychotische stoornis weer reële overtuigingen kan benoemen. Een voordeel hiervan is dat het goede gedrag nog eens extra bekrachtigd wordt. Het kan een cliënt ook een positief gevoel van competentie geven. Deze positieve bekrachtiging hebben de meeste cliënten nodig!

Een ander voordeel van de verschillende doelgroepen is dat als cliënten zich met elkaar vergelijken ze zien dat andere cliënten dingen anders doen dan dat zijzelf doen. Zo kunnen ze de behoefte krijgen om zelf te gaan veranderen. Dit kan vooral een groot voordeel zijn bij het veranderen van cognities. Als cliënten merken dat andere cliënten andere, meer helpende, cognities hebben is de kans groter dat ze hun eigen cognities gaan veranderen.

Voorbeeld:

De helft van de cliënten moeten in de zaal gaan hardlopen. Ze moeten hun grens aangeven als ze moe worden en willen stoppen. De overige cliënten proberen de cliënten te stimuleren om steeds maar door te gaan. Na afloop moeten de cliënten een G-schema* invullen over deze activiteit en dit in tweetallen bespreken. Cliënt A (met een Borderline persoonlijkheidsstoornis) vertelt dat hij wel merkte dat hij moe werd maar het niet durfde om zijn grens aan te geven omdat hij bang was dat de ander dan boos op hem zou worden en dat hij daar niet tegen zou kunnen. Cliënt B (met een kortdurende psychotische stoornis) zegt dat hij niet bang was dat iemand boos op hem werd want daar trekt hij zich niet zoveel van aan. Maar hij gaf zijn grens niet aan omdat hij zich niet bewust was van zijn lichaamssignalen. Beide zien zo waar hun werkpunt ligt maar krijgen tegelijkertijd ook een gevoel van competentie omdat ze ook zien wat ze al wel goed kunnen.

** In een G-schema worden de gedachten, gevoelens, gedragingen en gevolgen die bij een gebeurtenis een rol hebben gespeeld ingevuld. Door dit schema in te vullen wordt de relatie tussen*

Een gevaar is wel dat als cliënten zich niet herkennen in andere cliënten ze zich ook wel alleen kunnen voelen. Veel cliënten zijn gebaat bij lotgenotencontact. Een oplossing hiervoor kan zijn om van elke problematiek minimaal twee personen in de groep te hebben.

Bij een homogene groep wat betreft problematiek is de kans dat er van hun zwakke kant (bijv. de cognitie 'ik ben het niet waard') hun kracht wordt gemaakt. Cliënten kunnen elkaar hierin versterken. Het is dus goed om bij een heterogene groep wat betreft problematiek verschillende cognities aan bod te laten komen en cliënten op elkaars cognities te laten reageren.

Om cliënten resultaatgericht te laten werken moeten er doelen opgesteld worden. De cliënt kan aan het begin van de therapie zijn doelen met betrekking tot grenzen opschrijven. Naarmate er meerdere sessies zijn geweest kunnen de doelen concreter gemaakt worden.

6.2 Attitude van de PMT-er bij de verschillende doelgroepen

Depressie

De PMT-er moet veel positieve bekrachtiging geven, de cliënt acceptierend benaderen, en negativiteit begrenzen. Bij het oefenen van de vaardigheden moet de PMT-er een lerende, structurerende en stimulerende attitude aannemen.

Psychose

De PMT-er moet een positieve, steunende attitude aannemen. Later in de behandeling kan de PMT-er meer confronterend zijn.

Borderline

De PMT-er moet een structurerende, ondersteunende en empathische attitude aannemen. In het begin van de behandeling moet de PMT-er een actieve rol hebben. De PMT-er moet verder geduldig, duidelijk, consequent en flexibel zijn.

Zoals je in bovenstaand schema kan zien moet de attitude van de PMT-er bij de verschillende doelgroepen ongeveer hetzelfde zijn. De PMT-er moet in het begin vooral een positieve, steunende en structurerende attitude aannemen. De cliënt moet vertrouwen krijgen in de PMT-er en zich veilig voelen. De PMT-er moet in het begin een actieve rol aannemen. Naar mate een cliënt verder in de behandeling is moet de cliënt meer zelf verantwoordelijkheid gaan nemen zodat de autonomie van de cliënt bevorderd wordt. Ook kan de PMT-er later in de behandeling soms wat meer confronterend zijn.

6.3 Interventies van de PMT-er bij de verschillende doelgroepen

Depressie

- De cliënt activeren waarbij de balans tussen activiteit en erkenning van de inactiviteit van een cliënt goed in de gaten gehouden wordt.
- De cliënt veel positieve bekrachtiging geven.
- Irreële gedachten over waarom mensen iets weigeren uitdagen.
- De cliënt steeds meer verantwoordelijkheid laten nemen.
- Lotgenotencontact.

Psychose

- Cliënt activeren met daarbij een balans tussen onder en over stimulatie.
- De sterke kanten van cliënt verkennen en benoemen.
- Psycho-educatie over symptomen.
- De cliënt steeds meer verantwoordelijkheid laten nemen.

Borderline

- Bij het voelen van lichaamssignalen beginnen met fysiologische lichaamssignalen (= minder eng).
- De cliënt veel positieve bekrachtiging geven.
- De cliënt steeds meer verantwoordelijkheid laten nemen.
- De intensiteit van de sessie opbouwen en afbouwen en momenten van ontlading geven.

De PMT-er zal interventies moeten doen op denken-voelen-handelen. Afhankelijk waar bij de cliënt de nadruk op moet liggen zal de PMT-er de interventies meer richten op het denken, op het voelen of op het handelen. Bij het kiezen van een activiteit kan de PMT-er hier ook rekening mee houden. Het is handig om te kiezen voor activiteiten waar verschillende dingen aan de orde kunnen komen.

Voorbeeld:

Een PMT-er laat de cliënten een wedstrijdje badminton doen. Hierbij kan hij verschillende interventies doen zodat de cliënten allemaal wat leren:

Cliënt A (met een depressie) vindt het lastig om grenzen aan te geven. Hij krijgt de scheidsrechterrol zodat hij kan oefenen om duidelijk te zeggen wat hij wil.

Cliënt B (met een kortdurende psychotische stoornis) heeft moeite met het voelen van lichaamssignalen. Hij krijgt de opdracht mee om te stoppen op het moment dat hij merkt dat hij bij zijn fysieke grens komt.

Cliënt C (met een Borderline persoonlijkheidsstoornis) vindt het erg lastig om stil te staan bij zijn eigen behoefte. Hij krijgt de opdracht om een paar keer op te laten schrijven wat hij wel en niet prettig vindt aan de situatie. Samen met de PMT-er kijkt hij dan of hij zo door moet gaan of dat hij wat moet veranderen aan de situatie.

Wat verder belangrijk is, is dat de PMT-er zorgt voor een balans tussen activiteit en inactiviteit en een balans tussen spanning en ontspanning. Bij sommige doelgroepen is dit belangrijker dan bij andere doelgroepen maar eigenlijk is het voor alle doelgroepen voor alle doelgroepen belangrijk.

Verder is het belangrijk dat een PMT-er veel positieve bekrachtiging geeft aan de cliënten. Ook dit is voor elke doelgroep belangrijk.

Cliënten met verschillende problematieken in één groep hebben kan voor een instelling heel economisch zijn. Instellingen willen vanuit financieel oogpunt vaak een minimaal aantal mensen in één groep hebben. Soms zijn er maar weinig mensen met een bepaalde problematiek binnen een instelling waardoor het niet mogelijk is om een groep te maken. Door mensen met verschillende problematieken bij elkaar in één groep te doen kan er dan soms wel één groep gemaakt worden.

De conclusie is dus dat het mogelijk is om cliënten met verschillende problematieken in één groep te hebben. Hierbij kan er gewerkt worden binnen twee subthema's. Namelijk het leren voelen van lichaamssignalen en het leren aangeven van grenzen met de cognities die daarbij een rol spelen. Deze manier van werken kan vooral voor instellingen waarbij er maar weinig cliënten met een bepaalde problematiek zijn vanuit economisch oogpunt een voordeel zijn.

Aandachtspunten zijn:

- Cliënten kunnen van elkaar leren door zich met elkaar te vergelijken. De PMT-er kan dit door interventies aanmoedigen (bijvoorbeeld door cliënten hun G-schema in tweetallen te bespreken). De PMT-er moet hierbij opletten dat iedereen hierbij zijn eigen sterke en zwakke kanten blijft zien.
- Veel cliënt vinden het wel fijn om zich te herkennen in andere cliënten. Dit kan door het Ark van Noach principe: minstens twee mensen met dezelfde problematiek in de groep.
- De PMT-er kan kiezen voor algemene activiteiten waar veel dingen aan de orde kunnen komen. Voorbeelden hiervan zijn sportspelen. Door specifieke interventies te doen op denken, voelen en handelen, kan de PMT-er ervoor zorgen dat alle cliënten resultaatgericht kunnen werken.
- Bij het subthema 'leren voelen van lichaamssignalen' moet zowel het voelen van positieve als negatieve lichaamssignalen aan de orde komen.
- Om cliënten resultaatgericht te laten werken moeten er doelen opgesteld worden. De cliënt kan aan het begin van de therapie zijn doelen met betrekking tot grenzen opschrijven. Naarmate er meerdere sessies zijn geweest kunnen de doelen concreter gemaakt worden.
- In het begin van de therapie moet een PMT-er steunend en stimulerend zijn. Veiligheid en vertrouwen moeten voorop staan. Later kan de PMT-er meer confronterend zijn.
- In het begin moet de PMT-er een actieve rol innemen. Later moeten de cliënten meer zelf verantwoordelijkheid gaan nemen. Zo wordt de autonomie bevorderd.

7. Discussie

Binnen dit onderzoek zijn er een aantal punten die ter discussie gesteld kunnen worden. Deze punten wil ik hieronder beschrijven.

7.1 Methode

De conclusie van deze scriptie is gebaseerd op theorie en eigen ervaringen. Vanuit de theorie is onderzocht of het werken met groepen waarin cliënten verschillende problematieken hebben mogelijk is door drie verschillende problematieken met elkaar te vergelijken. De ervaringen zijn gebruikt in de voorbeelden. Maar op deze manier is er geen bewijs dat dit ook echt werkt. Er zou nog verder wetenschappelijk onderzoek gedaan worden (bijvoorbeeld aan de hand van vragenlijsten) om te kunnen bewijzen dat de manier van werken zoals beschreven is in deze scriptie ook echt werkt.

Een ander discussiepunt is het feit dat er maar drie problematieken met elkaar vergeleken zijn. Met deze problematieken is het mogelijk om een groep te maken die resultaatgericht aan het thema grenzen kan werken. Maar doordat er tussen verschillende problematieken heel veel verschillen zijn kan het in twijfel getrokken worden of dit ook mogelijk is met cliënten met problematieken die niet in deze scriptie naar voren zijn gekomen. Bij elke cliënt met een andere problematiek zal weer opnieuw gekeken moeten worden of hij/zij samen met de andere cliënten in één groep behandeld kan worden.

7.2 Resultaten en conclusie

Er was weinig tot geen onderzoek gedaan naar het werken met groepen waarin cliënten zitten met verschillende problematieken. Hierdoor was het niet mogelijk om de conclusie te onderbouwen met feiten over het werken met groepen met verschillende problematieken.

In de conclusie komen vooral de voordelen van het werken met groepen met verschillende problematieken aan de orde. Maar er zijn ook een aantal nadelen te noemen. Zo is het de vraag of op deze manier de vaardigheden en theoretische begrippen wel genoeg afgestemd zijn op de verschillende cliënten. Bij een homogene groep kunnen de aangeboden vaardigheden en theoretische begrippen speciaal afgestemd worden op de problemen van de doelgroep. Bij een heterogene groep moeten de centrale problemen voor iedere cliënt apart uitgewerkt worden. Dit kan ten koste gaan van de diepgang.

Deze manier van werken kan ook extra veel tijd kosten. De PMT-er is extra veel tijd kwijt met het voorbereiden en het aanpassen voor de verschillende doelgroepen. En de cliënt kan meer tijd kwijt zijn omdat de tijd die besteed wordt aan vaardigheden en theoretische begrippen die speciaal afgestemd zijn op één doelgroep niet altijd effectief is voor een cliënt van een andere doelgroep.

Een ander nadeel van deze manier van werken is dat er minder lotgenotencontact is. Veel cliënten vinden het fijn om met lotgenoten om te gaan. Ze vinden herkenning en steun bij elkaar. Dit helpt hen in het genezingsproces. Als er cliënten met verschillende problematieken in één groep zitten is er minder lotgenotencontact. Je mist hierdoor een helpende factor bij de therapie.

8. Aanbevelingen

In dit hoofdstuk geef ik aanbevelingen hoe je de structuurgroep van het Johannesbos vorm zou kunnen geven.

Binnen het thema grenzen kan er gewerkt worden met twee subthema's. Deze subthema's zijn het leren voelen van lichaamssignalen én het oefenen en ervaren van het aangeven van grenzen (met de cognities die daarbij een rol spelen).

Aanbevelingen hierbij zijn:

1. Cliënten kunnen van elkaar leren door zich met elkaar te vergelijken. De PMT-er kan dit door interventies aanmoedigen (bijvoorbeeld door cliënten hun G-schema in tweetallen te bespreken). De PMT-er moet hierbij opletten dat iedereen hierbij zijn eigen sterke en zwakke kanten blijft zien.
2. Veel cliënt vinden het wel fijn om zich te herkennen in andere cliënten. Dit kan door het Ark van Noach principe: minstens twee mensen met dezelfde problematiek in de groep.
3. De PMT-er kan kiezen voor algemene activiteiten waar veel dingen aan de orde kunnen komen. Voorbeelden hiervan zijn veel sportspelen. Door specifieke interventies te doen op denken, voelen en handelen, kan de PMT-er ervoor zorgen dat alle cliënten resultaatgericht kunnen werken.
4. Bij het subthema 'leren voelen van lichaamssignalen' moet zowel het voelen van positieve als negatieve lichaamssignalen aan de orde komen.
5. Om cliënten resultaatgericht te laten werken moeten er doelen opgesteld worden. De cliënt kan aan het begin van de therapie zijn doelen met betrekking tot grenzen opschrijven. Naarmate er meerdere sessies zijn geweest kunnen de doelen concreter gemaakt worden.
6. In het begin van de therapie moet een PMT-er steunend en stimulerend zijn. Veiligheid en vertrouwen moeten voorop staan. Later kan de PMT-er meer confronterend zijn.
7. In het begin moet de PMT-er een actieve rol innemen. Later moeten de cliënten meer zelf verantwoordelijkheid gaan nemen. Zo wordt de autonomie bevorderd.

Omdat er in deze scriptie maar drie verschillende problematieken met elkaar vergeleken zijn moet er bij een problematiek die niet vergeleken is opnieuw gekeken worden of deze ook te behandelen is binnen deze groep. Een PMT-er zal moeten kijken waar het doel met betrekking tot grenzen ligt, welke attitude aangenomen moet worden en welke interventies er gedaan moeten worden. Hij zal moeten kijken of dit kan binnen de bestaande groep.

Er liggen ook nog genoeg punten die verder onderzocht kunnen worden met betrekking tot dit thema. Zo kan er door middel van vragenlijsten en observaties in de praktijk onderzocht worden of deze manier van werken ook echt werkt. Ook kan er nog verder onderzoek gedaan worden of andere problematieken bij elkaar in een groep passen. En er kan nog onderzoek gedaan worden of het binnen andere thema's ook mogelijk is om cliënten met verschillende problematieken in één groep te behandelen.

9. Literatuurlijst

- Albertsnagel, F.A., Emmelkamp, P.M.G., Hoofdakker, R.H. (1998). *Depressie: theorie, diagnostiek & behandeling*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Bloemenkamp, H., van Doorn, Y., Kamp, L. & Nissen, I. (2000). *Psychomotorische therapie module Borderline Persoonlijkheidsproblemen: een kapstokmodel voor de behandeling van Borderline Persoonlijkheidsproblemen*. Utrecht: NVPMT.
- Burgwal, T. (1999). De 'state of art' van psychomotorische therapie bij ernstig depressieve mensen
In
Dijkstra, A. (1999). *Verslag studiedag bewegingsexpressie-therapie en depressie (pp 8-11)*. Rotterdam: Fontys Hogeschool voor de kunsten.
- Cuijpers, M. & Otte, T. (2003). *Werken aan resultaat: Richtlijnen voor resultaatgericht werken aan doorstroom naar werk*. Utrecht: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn.
- Depestele, F. (1979) Aanwijzingen voor de behandeling van depressie vanuit de gedragstherapie en de cognitieve therapieën. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 21, 145-171
- Everts, E.G., Fabius, M., Gouwerok, A., Mijster, C. (2002). *Psychomotorische therapie module psychotische stoornissen*. Utrecht: NVPMT.
- Fellinger, P.R.G., Maliepaard, G.A. & Tummers H.M.L. (1999). *Psycho-motorische Assertiviteitsmodule: een geprotocolleerde, individuele therapie met effectmeting*. Assen: N.V.P.M.T.
- Hattum, M van & Hutschemaekers, G. (2007). *In beweging: De ontwikkeling van producten voor psychomotorische therapie*. Utrecht: Trimbos instituut.
- Jongerius, P.J. & Eykman, J.C.B. (1993). *Praktijkboek groepspsychotherapie*. Amersfoort: Academische uitgeverij Amersfoort BV.
- Koster van Groos, G.A.S. (2002). *Beknopte handleiding bij de Diagnostische Criteria van de DSM-IV-TR*. Amsterdam: Nederlandse vertaling van Harcourt Assessment BV.
- Lange, J de & Bosscher R.J. (2005) *Psychomotorische therapie in de praktijk*. Nijmegen: Wetenschappelijke uitgeverij Cure & Care Publishers.
- Linehan, M. (1998). *Borderline persoonlijkheidsstoornis: Handleiding voor training en therapie*. Lisse: Swets & Zeitlinger publishers
- Remmerswaal, J. (2006). *Begeleiden van groepen: groepsdynamica in de praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Spaans, J & Meekeren, E van (2004). *Borderline Hulpboek: zelf leren omgaan met verschijnselen als impulsiviteit, heftige emoties en conflicten*. Amsterdam: Boom
- Son van, M.J.M. (1996). *Handboek Klinische Psychologie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Vandereycken, W. & Deth, R van (2004). *Psychiatrie: van diagnose tot behandeling*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Werkgroep Multidisciplinaire richtlijn Depressie bij volwassenen (2007). *richtlijn depressie*. Utrecht: Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ en het Trimbos Instituut.

Bijlage

Omschrijving van de doelgroepen volgens de DSM-IV

Omschrijving depressie volgens DSM-IV

A. Vijf of meer van de volgende symptomen zijn binnen dezelfde periode van twee weken aanwezig geweest en wijzen op een verandering ten opzichte van eerdere functioneren; ten minste een van de symptomen is ofwel (1) depressieve stemming, ofwel (2) verlies van interesse of plezier.

Bij deze twee criteria moet worden uitgesloten dat ze zijn veroorzaakt door een lichamelijke aandoening of stemmingsincongruente wanen of hallucinaties.

1. Depressieve stemming gedurende het grootste deel van de dag.
2. Duidelijke daling van belangstelling in aangename activiteiten.
3. Veranderende eetlust en duidelijke gewichtstoename of gewichtsverlies.
4. Verstoord slaappatroon of slapeloosheid of meer slapen dan normaal.
5. Veranderingen in activiteitsniveaus, rusteloosheid of zich beduidend langzamer bewegen dan normaal.
6. Vrijwel alle dagen vermoeidheid of energieverlies.
7. Gevoel van schuld, hulpeloosheid, bezorgdheid, en/of vrees.
8. Verminderde capaciteit om zich te concentreren of besluiten te nemen.
9. Het denken over dood of zelfmoord.

B. De symptomen voldoen niet aan de criteria voor een 'gemengde episode'.

C. De symptomen veroorzaken in significante mate lijden of beperkingen in het sociaal of beroepsmatig functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen.

D. De symptomen zijn niet het gevolg van directe fysiologische effecten van een middel (bijvoorbeeld drug, geneesmiddel) of een somatische aandoening (bijvoorbeeld hypothyreoïdie).

E. De symptomen zijn niet eerder toe te schrijven aan een rouwproces, dat wil zeggen na het verlies van een dierbaar persoon zijn de symptomen langer dan twee maanden aanwezig of zijn gekarakteriseerd door duidelijke functionele beperkingen, ziekelijke preoccupatie met gevoelens van waardeloosheid, suïcidale gedachten, psychotische symptomen of psychomotorische remming.

Omschrijving Borderline persoonlijkheidsstoornis DSM IV

Een diepgaand patroon van instabiliteit in intermenselijke relaties, zelfbeeld en affecten en van duidelijke impulsiviteit, beginnend in vroege volwassenheid en tot uiting komend in diverse situaties zoals blijkt uit vijf (of meer) van de volgende:

1. Krampachtig proberen te voorkomen om feitelijk of vermeend in de steek gelaten te worden.
N.B.: Reken hier niet het suïcidale of automutilerend gedrag toe, aangegeven in criterium 5
2. Een patroon van instabiele en intense intermenselijke relaties gekenmerkt door wisselingen tussen overmatig idealiseren en kleineren
3. Identiteitsstoornis: duidelijk en aanhoudend instabiel zelfbeeld of zelfgevoel
4. Impulsiviteit op ten minste twee gebieden die in potentie betrokkene zelf kunnen schaden (bijvoorbeeld geld verkwisten, seks, misbruik van middelen, roekeloos autorijden, vreetbuien).
N.B.: Reken hier niet het suïcidale of automutilerend gedrag toe, aangegeven in criterium 5.
5. Recidiverende suïcidale gedragingen, gestes of dreigingen of automutilatie.
6. Affectlabiliteit als gevolg van duidelijke reactiviteit van de stemming (bijvoorbeeld periodes van intense somberheid, prikkelbaarheid of angst, meestal enkele uren durend en slechts zelden langer dan een paar dagen).

7. Inadequate, intense woede of moeite kwaadheid te beheersen (bijv. frequente driftbuien, aanhoudende woede of herhaaldelijk vechtpartijen).
8. Chronisch gevoel van leegte.
9. Voorbijgaande, aan stress gebonden paranoïde ideeën of ernstige dissociatieve verschijnselen.

Omschrijving kortdurende psychotische stoornis DSM IV

A. aanwezigheid van een (of meer) van de volgende symptomen:

- (1) wanen
- (2) hallucinaties
- (3) onsamenhangende spraak (bijvoorbeeld frequent de draad kwijtraken of incoherentie)
- (4) ernstig chaotisch of katatoon gedrag

N.B. sluit een symptoom uit indien het een cultureel aanvaard reactiepatroon is.

- B. De duur van een episode van de stoornis is ten minste één dag maar niet lager dan één maand met uiteindelijk een volledige terugkeer naar het premorbide niveau van functioneren.
- C. De stoornis is niet eerder toe te schrijven aan een stemmingsstoornis met psychotische kenmerken, schizo-affectieve stoornis of schizofrenie, en is niet het gevolg van de directe fysiologische effecten van een middel (bijvoorbeeld drug, geneesmiddel) of een somatische aandoening.

Specificeer indien:

Met duidelijke stressveroorzakende factor(en):

Indien de symptomen optreden kort na en kennelijk in reactie op gebeurtenissen die, alleen of samen, bij vrijwel iedereen in de zelfde omstandigheden en binnen de eigen cultuur, uitgesproken stressvol zouden zijn

Zonder duidelijke stressveroorzakende factor(en):

Indien de symptomen niet optreden kort na en kennelijk niet voorkomen in reactie op gebeurtenissen die, alleen of samen, bij vrijwel iedereen in de zelfde omstandigheden en binnen de eigen cultuur, uitgesproken stressvol zouden zijn

Met begin post partum:

Indien begin binnen vier weken post partum.

Productomschrijving structuurgroep Johannesbos open

Doelgroep

Cliënten van het Johannesbos open (tussen de 18 en 65 jaar) die niet in het basisprogramma 'affectieve stoornissen' of het basisprogramma 'psychotische stoornissen' zitten en die moeite hebben met het aanbrengen van structuur in hun dagelijks leven. Cliënten zitten niet in het basisprogramma affectieve stoornissen of psychotische stoornissen, omdat ze ofwel geen depressie of psychose hebben of dat ze qua cognitief vermogen niet in deze groepen passen.

Contra-indicaties

- De cliënt heeft ernstige fysieke of lichamelijke problemen, die dermate beperkend zijn dat functioneren in groepsverband niet mogelijk is.
- De cliënt kan niet in een groep functioneren door ernstig acting-out gedrag of een psychose.
- De cliënt is ernstig gedemotiveerd, wat beperkend werkt t.a.v. zijn eigen functioneren en het groepsproces.

Doelen

Algemene doelen:

- De cliënt leert om zelfstandig structuur aan te brengen in het dagelijks leven.
- De omgeving van de patiënt krijgt door omgangadviezen, gegeven door de PMT-er, inzicht in hoe ze voor de cliënt structuur aan kunnen brengen.

Subdoelen:

- De cliënt krijgt inzicht hoe hij structuur in zijn leven aan kan brengen.
- De cliënt leert om stil te staan bij zijn eigen gevoel, zijn eigen grenzen aan te voelen, rekening te houden met zijn grenzen en om zijn grenzen aan te geven.
- De cliënt leert om eigen mogelijkheden in te schatten.
- De cliënt leert om hulp te vragen.
- De cliënt leert om zelf initiatief te nemen en zelf keuzes te maken.

Deze doelen kunnen zowel verkennend, herkenkend als erkennend aan de orde komen. Dit is onder andere afhankelijk van de opnameduur.

Rationale

Door in de zaal zowel bewegingsgericht als lichaamsgericht bezig te zijn, wordt door de patiënt aan de lijve ervaren, hoe hij structuur aan brengt, welk inzicht en vaardigheden hij heeft, hoe hij omgaat met zijn grenzen en hoe hij zijn eigen mogelijkheden inschat. Deze ervaringen worden gebruikt om bestaande (copings-) strategieën te versterken of uit te breiden. Ook kan de PMT-er op basis van zijn observaties en bevindingen, de omgeving omgangsadviezen geven, over hoe ze de cliënt kunnen helpen met het aanbrengen van structuur.

Behandelduur + frequentie

- Eén keer per week is er groepstherapie. De therapie duurt per keer één uur.
- De cliënt kan zolang hij is opgenomen en is geïndiceerd, deze therapie volgen.

Rol van PMT-er

De rol van de PMT-er is structurerend, steunend, bevestigend, inzichtgevend en waar mogelijk en nodig confronterend. De PMT-er geeft mogelijkheden tot het beleven en uitten van emoties en het verlenen van een betekenis aan deze emoties. Ook genereert de PMT-er succeservaringen.

Randvoorwaarden

- Een rustige, gesloten zaal. Tijdens de duur van de PMT moet deze zaal niet gebruikt worden voor andere activiteiten.
- HBO of WO geschoolde psychomotorisch PMT-er.
- Verpleegkundige medewerkers zorgen zo nodig voor, de per patiënt geïndiceerde structuur, zodat patiënten in staat zijn het programma en de therapie te volgen.
- Er vindt terugkoppeling plaats over de voortgang in de behandelplanbespreking.
- De psychomotorische therapeut wordt op de hoogte gehouden van programma en groepsveranderingen en heeft hier zelf ook een stem in.