
Een schop onder je kont, de manier voor een gedragsverandering?!

*De bijdrage van PMT aan de intrinsieke motivatie van een
depressieve cliënt voor vervolgbehandeling*

Naam:	Ellen Calot
Klas:	4C PMT – BA
Datum:	25 mei 2009
Begeleidend docent:	Paul Verschuur
Beoordelend docent:	Paul Hekking
Opleiding:	Bewegingsagogie & Psychomotorische Therapie, School of Human Movement and Sports, Hogeschool Windesheim, Zwolle

Voorwoord

Deze casestudy heb ik geschreven als afstudeeropdracht voor mijn opleiding Psychomotorische Therapie (PMT) en Bewegingsagogie. Tijdens mijn eindstage, op de PAAZ afdeling van het Röpcke Zweersziekenhuis in Hardenberg, ben ik tot het onderwerp van deze casestudy gekomen.

Tijdens mijn stage liep ik er tegenaan, dat ik soms moeilijk vond om met een depressieve cliënt om te gaan, die weinig intrinsieke motivatie had voor een (vervolg)behandeling. Als psychomotorische therapeut zag ik vele aangrijpingspunten voor behandeling, die naar voren kwamen in de observatieperiode. Maar vanuit de cliënten was er nog weinig beweging in te krijgen om een behandeling te gaan volgen. Vanuit hier is mijn vraagstelling ontstaan.

In dit voorwoord wil ik graag gebruik maken van de gelegenheid om mijn stagebegeleider Marco Mulder bedanken, die heeft geholpen met het oriënteren en het meedenken in deze scriptie.

Als tweede wil ik graag mijn scriptiebegeleider, Paul Verschuur, bedanken voor de handvatten die hij mij in het begin heeft aangereikt om overzicht te krijgen in wat er van mij verwacht werd in deze casestudy en zijn feedback op mijn casestudy tijdens maken van deze hiervan.

Als laatste wil ik mijn beoordelend docent Paul Hekking bedanken voor het meedenken in de vraagstelling en deelvragen, zodat het beantwoorden van de vraagstelling een goede kans van slagen kreeg.

Epse, mei 2009
Ellen Calot

Inleiding

Ik voel me prikkelbaar, somber al een langere tijd en kan al een langere tijd nergens meer van genieten. Ook heb ik steeds meer moeite om te me te concentreren en minder trek in eten... maar door mezelf een schop onder me kont te geven moet dit alles vast wel weer goed komen. Dat heeft tot nu toe altijd nog geholpen. Ik heb geen hulp nodig, ik moet het gewoon zelf doen.

Dit zijn een aantal woorden van de cliënt van mijn case- study. De woorden prikkelbaar, somber, langere tijd nergens meer van kunnen genieten, moeite met concentreren en minder trek in eten, zijn o.a. de symptomen die passen bij een depressie. Deze diagnose is ook gesteld bij de cliënt van mijn case- study. In de woorden 'ik heb geen hulp nodig, ik moet het gewoon zelf doen' en ook in zijn houding werd ook duidelijk dat de cliënt weinig intrinsieke motivatie heeft voor een vervolgenbehandeling. Maar door jezelf een schop onder je kont te geven, is het hoogstwaarschijnlijk, dat er op den duur een gedragsverandering zal plaats vinden.

Als psychomotorische therapeut vond ik het moeilijk om hier mee om te gaan, door vooral de woorden (o.a. "door mezelf een schop onder de kont gegeven, ik heb geen hulp nodig en ik moet het zelf gewoon doen",) en dat de cliënt weinig intrinsieke motivatie had. Ik had weinig handvatten hoe ik hier mee om moest gaan. Ik zag namelijk vele aangrijpingspunten voor een verdere behandeling, die naar voren kwamen in een observatieperiode bij de psychomotorische therapie.

Vanuit hier is mijn interesse om over deze cliënt mijn case- study te doen en is de volgende vraagstelling ontstaan:

<i>Hoe kan PMT bijdragen aan de intrinsieke motivatie voor vervolgbehandeling bij een depressieve cliënt?</i>

Om een antwoord op deze vraagstelling te krijgen, zijn de volgende deelvragen bedacht:

- Wat is een depressie en attributie?
- Wat is intrinsieke motivatie?
- Welk referentiekader hanteer ik ter beïnvloeding en waarom?
- Welke technieken en strategieën kan een PMT- er hanteren als bijdragen?

In het eerste hoofdstuk van deze scriptie wordt de casuïstiek beschreven van de cliënt uit deze casestudy vanuit de classificerende, hermeneutische en kritische invalshoek. Tevens wordt er in dit hoofdstuk ook de behandeling van de cliënt en het behandelkader van de PAAZ van mijn stageplek beschreven.

In het tweede hoofdstuk wordt de theorie beschreven van een depressie en een beschrijving hiervan gegeven vanuit 2 psychologische benaderingen. Ook staat in dit hoofdstuk wat een attributie is en de manier van attribueren van depressieve cliënten. Als laatste zal in dit hoofdstuk uitgelegd worden wat intrinsieke motivatie is.

In hoofdstuk 3 wordt beschreven welk referentiekader er gebruikt wordt als beïnvloeding en wordt er uitgelegd waarom er gekozen is voor dit referentie kader. De modaliteiten van de psychomotorische therapie worden ook beschreven en hoe er vanuit deze modaliteiten gewerkt kan worden in het gekozen referentiekader. Als laatste worden er ook strategieën en technieken beschreven die een psychomotorische therapeut kan gebruiken om een bijdrage te leveren in de intrinsieke motivatie van een depressieve cliënt voor een vervolgbehandeling.

Inhoudsopgave

VOORWOORD	2
INLEIDING.....	3
VERANTWOORDING VRAAGSTELLING	5
1. CASUÏSTIEK.....	6
1.1 Omschrijving van de casuïstiek.....	6
1.1.1 Anamnese.....	6
1.1.2 Classificerende invalshoek	6
1.1.3 Hermeneutische invalshoek.....	6
1.1.4 Kritische invalshoek	7
1.2 De behandeling	7
1.2.1 De behandeling van Dhr. Janssen op de PAAZ.....	7
1.2.2 Behandelkader van de PAAZ	8
2. THEORIE.....	9
2.1 Depressie	9
2.1.1 Stemming en emotie.....	9
2.1.2 Het begrip stemmingstoornis	9
2.1.3 Kenmerken bij een depressie	9
2.1.4 Depressie volgens de DSM – IV TR criteria	10
2.1.5 Etiologie	10
2.2 Beschrijving van depressie vanuit 2 psychologische benaderingen	11
2.2.1 Psychodynamische benadering.....	11
2.2.2 Cognitieve benadering.....	11
2.3 Attributie.....	11
2.3.1 Wat is attributie?	11
2.3.2 Attributie en depressie	12
2.4 Intrinsieke motivatie.....	12
3. METHODIEK	14
3.1 Welk referentiekader hanteer ik ter beïnvloeding en waarom?	14
3.1.1 Het cognitief gedragstherapeutisch kader	14
3.1.2 Waarom het cognitief- gedragstherapeutisch kader?.....	16
3.1.3 Welke modaliteit(en) van de PMT passen binnen het cognitief gedragstherapeutisch kader	17
3.2 Welke technieken en strategieën kan een psychomotorische therapeut hanteren?	19
3.2.1 Psycho- educatie geven over een depressie.....	19
3.2.2 Steunend en structurerende gesprekken	20
3.2.3 PMT modaliteiten: oefenen, ervaren en ontdekken.....	22
3.2.4 Cognitief gedragstherapeutische interventies	23
3.2.5 Interactioneel judo.....	24
CONCLUSIE.....	25
LITERATUUR.....	27
BIJLAGEN.....	28
Bijlage 1	29
Bijlage 2	30
Bijlage 3	31

Verantwoording vraagstelling

Mijn vraagstelling is:

Hoe kan PMT bijdragen aan de intrinsieke motivatie voor vervolgbehandeling bij een depressieve cliënt?

Binnen mijn stageperiode liep ik er tegen aan dat een depressieve cliënt weinig intrinsieke motivatie had voor een vervolgbehandeling. Hij was opgenomen op de PAAZ, omdat het vooral moest van zijn vriendin. Hierdoor heeft hij zich wel op laten nemen op de PAAZ van mijn stageplek.

Op mijn stageplek komen cliënten in eerste instantie in het basisprogramma. Het doel van het basisprogramma is structuur bieden en het gedrag van cliënten te observeren in de diverse activiteiten. Van cliënten wordt verwacht dat ze aan alle activiteiten meedoen. Gelijktijdig worden cliënten ook gezien door de psychiater en worden ze veelal op medicatie ingesteld.

Na 2 weken in het basisprogramma, kwam deze depressieve cliënt in de observatiegroep. In de observatiegroep worden cliënten door alle vaktherapeuten (psychomotorische therapie, dramatherapie en activiteitentherapie) uitgenodigd voor een observatie. De verschillende vaktherapieën bieden, 3 weken lang, verschillende activiteiten aan om observatiegegevens te verzamelen rondom de diagnostiek. Aan het einde van de observatie maakt elke discipline een observatieverslag die bijgevoegd wordt in het dossier van de cliënt.

Aan de hand van de observatie kwamen er vele aangrijpingspunten naar voren voor een vervolgbehandeling. Alleen de depressieve cliënt stond hier niet voor open. Hij moest het gewoon zelf doen en zichzelf maar een flinke schop onder de kont geven. Maar door jezelf een schop onder je kont te geven, is het hoogstwaarschijnlijk, dat er op den duur een gedragsverandering zal plaats vinden.

Als psychomotorische therapeut vond ik het moeilijk om hier mee om te gaan. Ik had ook weinig handvatten hiervoor. Op deze manier is mijn interesse gewekt om hier mijn scriptie over te schrijven, zodat ik in de toekomst meer handvatten voor heb. Vanuit hier is mijn zoektocht ontstaan om informatie te gaan zoeken hoe je binnen de PMT de intrinsieke motivatie van een depressieve cliënt kan vergroten.

In deze scriptie zijn een aantal strategieën en technieken die een psychomotorische therapeut kan gebruiken, naar mijn mening, om vanuit de psychomotorische therapie een bijdrage te kunnen leveren in het vergroten van de intrinsieke motivatie.

1. Casuïstiek

1.1 Omschrijving van de casuïstiek

1.1.1 Anamnese

Dhr. Janssen* is een normaal begaafde man van 47 jaar. Met depressieve klachten is dhr. opgenomen op de PAAZ, van het Röpcke Zweers ziekenhuis in Hardenberg. Voor zover bekend is er geen eerdere psychiatrische voorgeschiedenis.

Dhr. is opgegroeid in een groot gezin. Van zijn vader is bekend dat hij veel alcohol nuttigde. Zijn moeder was veelal op de achtergrond aanwezig.

Op dit moment woont hij samen met zijn vriendin. Ze hebben sinds 2004 een relatie. Sinds 2002 is hij gescheiden van zijn echtgenote. Samen hebben ze twee kinderen van 14 en 12 jaar oud. Dhr. is dakdekker, maar door rug- en schouderklachten zit hij nu twee jaar in de WW.

In het verleden heeft dhr. veel gedaan aan bodybuilding.

* Deze naam gefingeerd.

1.1.2 Classificerende invalshoek

DSM- IV

As I: depressieve stoornis met vitale kenmerken

As II: 799.9 diagnose op As II uitgesteld

As III: -

As IV: problemen in de primaire steungroep: problemen met ex- vrouw, onduidelijkheden over de herkomst van zijn kinderen

As V: GAF score 56- 60

1.1.3 Hermeneutische invalshoek

Dhr. is opgegroeid in een groot gezin. In de opvoeding is dhr. affectief verwaarloosd. Vader nuttigde veel alcohol. Er waren hierdoor veel spanningen thuis. Moeder was angstig voor zijn vader en verdween veelal op de achtergrond. Als hij in bed lag hoorde hij soms dat zijn moeder werd geslagen zijn door vader. Dit heeft hij ook wel eens voor zijn ogen zien gebeuren. Zijn moeder kon moeizaam in haar eentje zorgen voor de kinderen.

Het is een gesloten, introverte en iets wat mensenschuwe man. Hij is over het algemeen praktisch ingesteld. Het praten over gevoelens is hij niet gewend. Dhr. is gewend om zichzelf een schop onder de kont te geven en weer door te gaan. Het lijkt erop dat hij hierdoor is vastgelopen.

Dhr. heeft een breed gebouwd bovenlichaam, vooral zijn schouders en armen zijn bovengemiddeld gespierd. Zijn lichaam loopt in een trechtervorm naar beneden. In het verleden heeft hij aan bodybuilding gedaan. Tot voorkort deed dhr. ook nog veel aan fitness.

Dhr. heeft een erg gering zelfbeeld. Hij kan zichzelf moeilijk in de spiegel zien, hij vindt zichzelf er dan veel te oud uitzien. Wat hij altijd al heeft gehad.

Dhr. is werkzaam als dakdekker. Op dit moment zit hij met nek- en schouderklachten in de WW. Het is een harde werker. Hij heeft letterlijk teveel ballast op zijn schouders genomen, waardoor hij last heeft gekregen van de nek- en schouderklachten. Als de ander één rol op de schouders nam, nam hij er drie.

In 2002 is dhr. verlaten en het huis uitgezet door zijn echtgenote. Zijn ex- vrouw en hij leefden veelal een gescheiden bestaan. Hij was fulltime aan het werk en zij was 's avonds vaak weg naar vrienden of naar de kroeg. Hij accepteerde veel van het gedrag van zijn vrouw en hij ging bijna nergens tegen in, omdat hij dit lastig vond. Op dit moment ervaart hij nog steeds moeite om met haar om te gaan en om ergens tegen in te gaan. Samen met haar heeft hij twee kinderen, twee jongens van 14 en 12 jaar oud. De kinderen zijn elk weekend bij hem. Hij heeft twijfels of het wel werkelijk zijn kinderen zijn.

Na de scheiding is zijn leven ingestort. Sinds de scheiding voelt hij zich langzaam steeds prikkelbaarder en somberder. Op dit moment heeft hij moeite met zich te concentreren, kan hij nergens meer van genieten, zijn eetlust is verminderd en heeft dhr. suïcidale gedachten.

Sinds 2004 heeft hij een nieuwe vriendin, met haar woont hij samen. Hij heeft een irrationele, obsessieve angst op zijn huidige vriendin kwijt te raken.

1.1.4 Kritische invalshoek

Er zijn een aantal belangrijke ervaringen in de omgeving die een bijdrage kunnen hebben aan het ontstaan van de depressie.

In de opvoeding is dhr. affectief verwaarloosd. De thuissituatie was voor hem geen veilige omgeving. Zijn vader nuttigde veel alcohol en wapperde wel eens met zijn handjes. Hij heeft veel meegemaakt dat hij zag dat zijn vader zijn moeder sloeg. Zijn moeder was voor zijn vader angstig, waardoor ze op de achtergrond verdween.

Dhr. is in 2002 verlaten door zijn echtgenote. Samen hebben ze twee kinderen, twee jongens van 14 en 12 jaar. Er zijn onduidelijkheden of het wel werkelijk zijn kinderen zijn.

Zijn ex-vrouw was niet trouw aan hem. Ze had een aantal buitenechtelijke relaties met andere mannen. Tevens was ze veel in de kroeg en trok ze ook daar mannen tot zich aan.

Ze nam ook weinig verantwoordelijkheid voor het gezin, waardoor de zorg voor de kinderen vooral op dhr. Janssen terecht kwam. Er waren dagen dat zij nog niet terug was uit de kroeg en hij al naar het werk moest. Hij ging wel naar het werk, omdat hij het belangrijk vond om op tijd te verschijnen op zijn werk. De kinderen lagen dan alleen thuis in bed. In deze gehele situatie gaf hij weinig zijn eigen wensen en behoeften aan en bijna geen weerwoord naar zijn ex- vrouw. Op dit moment kan hij nog steeds moeilijk weerwoord bieden tegen haar.

Dhr. zit op dit moment in de WW. Het werk als dakdekker kan hij niet meer doen vanwege rug- en neklachten.

1.2 De behandeling

1.2.1 De behandeling van Dhr. Janssen op de PAAZ

De heer Janssen is 6 weken opgenomen geweest op de kliniek van de PAAZ. Dhr. was een gastplaatsing vanuit de GGZ Drenthe in Emmen.

De reden van opname was dat hij last had van sombere gevoelens, verdrietig was, negatieve gedachten had over zichzelf en suïcidale gedachten had. Het zou voor iedereen beter zijn om er niet meer te zijn, vond hij. Hij had nog geen plannen betreffende een zelfdoding. Voor zijn vriendin en twee kinderen wil hij wel nog graag verder leven. Het is een gesloten, introverte en mensenschuwe man.

Bij opname op de kliniek kwam hij terecht in het zogenoemde basisprogramma. Het doel van het basisprogramma is structuur bieden en het gedrag van cliënten te observeren in de diverse activiteiten. Van cliënten wordt verwacht dat ze aan alle activiteiten meedoen.

Gelijkertijd worden cliënten ook gezien door de psychiater en worden ze veelal op medicatie ingesteld.

De verschillende activiteiten die in het basisprogramma zitten zijn o.a. fitness (bij PMT), stem en expressie, het groepsgesprek, activiteitenbegeleiding en ontspanningsoefeningen (bij PMT). Vanwege zijn suïcidaliteit had dhr. elke dag met de verpleging een gespreksmoment. Dhr. Janssen werd ook door de psychiater gezien en werd medicamenteus behandeld voor zijn depressie.

Hoe was dhr. tijdens de uren van PMT? De uren waar ik dhr. zag was tijdens de fitness en het sport en spel uur. Vooral bij de sport- en speluur merkte je, dat je enige ingang kreeg bij dhr. Bij binnenkomst bij het sport en speluur, was hij vaak gesloten, gespannen, keek hij veel naar de grond en kwam er moeizaam een gesprek op gang. Tijdens het sporten merkte je dat zijn houding veranderde, je kreeg meer oogcontact, was hij minder gespannen en hij vertelde meer over zichzelf. Daarom werd er door het behandelteam gekozen om te kijken of wij bij de PMT ingangen kregen om meer in gesprek te komen met dhr.

Na 2 weken in het basisprogramma, kwam dhr. in de observatiegroep. In de observatiegroep worden cliënten door alle vaktherapeuten (PMT, dramatherapie en activiteitentherapie) uitgenodigd voor een

observatie. De verschillende vaktherapieën bieden, 3 weken lang, verschillende activiteiten aan om observatiegegevens te verzamelen rondom de diagnostiek. Aan het einde van de observatie maakt elke discipline een observatieverslag die bijgevoegd wordt in het dossier van de cliënt.

De hele observatieperiode voelde je weinig motivatie bij dhr. Janssen. De reden dat hij hier nog verbleef op de PAAZ was, omdat het moest van zijn vriendin. Hij mocht van haar nog niet naar huis komen.

Na 6 weken is dhr. met ontslag gegaan, op verzoek van dhr. Janssen zelf. Hij voelde zich niet thuis op de PAAZ, thuis voelde hij zich beter. Tevens begon de medicatie aan te slaan en was de situatie stabiel waardoor hij naar huis kon. De behandeling is weer overgenomen door de GGZ Drenthe in Emmen.

1.2.2 Behandelkader van de PAAZ

De PAAZ van Röpcke Zweers Ziekenhuis, werkt vanuit het biopsychosociaal model van Bronfenbrenner.

Het Biopsychosociaal model ziet de mens als een geheel; gezond van lichaam en geest. Om dat te bereiken dient er een eenheid te bestaan tussen de volgende drie aspecten:

- 1) De lichamelijke processen (bio)
- 2) Het gevoelsleven en de emoties (psycho)
- 3) Onze manier van denken (structureel)

Deze drie zijden werken continue samen, staan voortdurend met elkaar in verbinding en samen vormen ze ons handelen in wisselwerking met onze omgeving (sociaal- ecologisch). Dus een storing aan de éne zijde heeft invloed op de andere.

<http://www.praktijk-haagwinde.nl/biomodel.html>



Behandelvisie van de PMT

De PMT maakt deel uit van de vaktherapieën, zoals je hierboven leest. Binnen de vaktherapie wordt eclecticisch gewerkt. De keuze van de visie hangt af van het behandeldoel en wat de cliënt daarvoor nodig heeft. Voornamelijk wordt er gewerkt vanuit het cognitief- gedragstherapeutisch benadering, daarnaast wordt ook gewerkt vanuit psycho- analytisch benadering.

2. Theorie

In dit hoofdstuk wordt een stuk theorie beschreven van een depressie en een beschrijving hiervan vanuit 2 psychologische benaderingen, wat een attributie is en de manier van attribueren van depressieve cliënten. Als laatste zal uitgelegd worden wat intrinsieke motivatie is.

2.1 Depressie

Een depressie behoort tot de stemmingsstoornissen. Maar wat is een depressie nou precies? *'Ik ben vandaag een beetje down', ik voel me wat depri'* of *'ik zit in een dalletje'*. Dit zijn uitspraken die je hoort in dagelijkse gesprekken, maar ben je dan ook meteen depressief? Het zijn lichte stemmingswisselingen, die niet vergelijkbaar zijn met die van een depressie of andere stemmingsstoornissen. Bij mensen met deze stoornissen is de stemming zo verstoord, dat het hun belemmert in het dagelijks leven, zoals in sociaal contact, op het werk of in de relatie. (Vandereycken & van Deth, 2004)

In dit hoofdstuk wordt meer duidelijk wat een stemming, emoties, een stemmingstoornis en een depressie zijn.

2.1.1 Stemming en emotie

In de bovenstaande inleiding wordt een aantal keer het woord stemming beschreven, maar wat is een stemming?

Menselijke gevoelens zijn rijk geschakeld. Je kunt je bijvoorbeeld vrolijk, verlegen, onzeker, machteloos, boos, schuldig of eenzaam voelen. Dit gevoelsleven 'kleurt' je denken en handelen. Hierbij wordt het onderscheidt tussen stemming en emotie gemaakt.

Een stemming is een bepaalde gemoedstoestand van een zekere duur, die niet betrekking heeft op een specifieke ervaring. Niet alleen verschillen mensen onderling qua stemming, iedereen is vertrouwd met wisselende stemmingen, van opgewektheid tot neerslachtigheid.

Een emotie is een intens, overheersend gevoel van korte duur, dat te maken heeft met een specifieke ervaring. Een voorbeeld is het gevoel van blijdschap na het winnen van een voetbalwedstrijd. Stemmingen en emoties uiten zich in lichamelijke verschijnselen, gedrag en beleving. Vooral de beleving bepaalt of mensen zichzelf bijvoorbeeld als angstig of vrolijk beschouwen. De mate waarin je als persoon 'gevoelig' bent voor stemmingen en emoties kan gestoord zijn. Het is hierbij de vraag of het gevoelsleven gestoord is of de manier van uiten ervan. (Vandereycken & van Deth, 2004)

2.1.2 Het begrip stemmingstoornis

De stemmingsstoornissen betreffen stoornissen waarbij als belangrijkste kenmerk de stemming min of meer langdurig veranderd is, in de vorm van ernstige somberheid (depressie) of overdreven goede stemming (manie). Essentieel is dus de veranderde stemming, dit betekent echter niet dat elke stemming ook op een stoornis verwijst.

Bij een stemmingstoornis is de verstoring van de stemming diepgaand en niet een normale emotionele reactie op een tegenslag of voorspoed. Het onderscheid is vaak moeilijk uit te maken. Een normale emotionele reactie kan ook een langere tijd duren bijv. een rouwreactie, die kan ontstaan na het overlijden van een dierbare. De duur verstoring van de stemming bijv. somber duurt ook langer, tenminste een aantal dagen, weken en soms zelfs maanden. De stemmingsstoornissen zijn syndromen waarbij diverse symptomen gelijktijdig aanwezig zijn. De klachten en verschijnselen zijn ook niet vaak beperkt tot verstoring van de stemming.

Een depressie of een manie gaat (bijna) altijd weer over. Er wordt daarom gesproken over een depressie of manische *episode*, die te onderscheiden zijn periode waarin de betrokken geen of althans duidelijk minder symptomen heeft. (Vandereycken, Hoogduin & Emmelkamp, 2000)

2.1.3 Kenmerken bij een depressie

Het kernsymptoom van de depressieve episode is de sombere, gedaalde stemming. Ook een verminderende interesse of een verminderd vermogen om plezier te beleven aan zaken die je voorheen wel leuk vond, kun je als kernsymptoom beschouwen. Het interesseverlies of het verlies om plezier te kunnen beleven staat soms meer op de voorgrond dan de somberheid. Andere symptomen die ook kenmerkend zijn van een depressieve episode zijn een vermindering of juist een toename van de eetlust en gewicht, een verstoring van het slaappatroon, veranderingen in de psychomotoriek (remming of agitatie), vermoeidheid of verlies van energie, zelfverwilt en schuldgevoelens, een verminderd concentratievermogen, besluiteloosheid, gedachten aan dood en suïcide.

Om van een depressieve episode te kunnen spreken dienen diverse van deze symptomen ten minste twee weken te aanwezig zijn. De klachten moeten alle of bijna alle dagen aanwezig zijn, waarbij de

ernst wel over de dag kan variëren (bijv. 's morgens zijn er meer klachten dan 's avonds, dagschommelingen). (Vandereycken, Hoogduin & Emmelkamp, 2000)

2.1.4 Depressie volgens de DSM – IV TR criteria

Voor de diagnose van een depressie volgens de DSM- IV TR beschrijf ik de depressieve stoornis met een eenmalige episode, omdat dit de diagnose is die gesteld is bij dhr. Janssen uit mijn casus.

De diagnostische criteria voor een depressieve stoornis is als volgt:

DEPRESSIEVE STOORNIS

Eenmalige episode (major depressive episode, single episode)

- A. De aanwezigheid van een eenmalige depressieve episode*
- B. De depressie episode is niet eerder toe te schrijven aan een 'schizo- affectieve stoornis' en is niet gesuperponeerd op 'schizofrenie', 'schizofreniforme stoornis', 'waanstoornis', of 'psychotische stoornis NAO'.
- C. Er is nooit een manische episode, een gemende episode of een hypomane geweest. **N.B.** Deze uitsluiting kan niet worden gebruikt als alle manisch, gemengde of hypomane episodes zijn veroorzaakt door middelen of behandeling of het gevolg van de directe fysiologische effecten van een somatische aandoening.

Indien op dit moment aan de volledige criteria voor een depressieve episode wordt voldaan, *specificeer* de huidige klinische toestand en/ of kenmerken:

Licht, matig, ernstig zonder psychotische kenmerken/ ernstige met psychotische kenmerken

Chronisch

Met katatone kenmerken

Met vitale kenmerken

Met atypische kenmerken

Met begin post partum

* Zie bijlage 1

2.1.5 Etiologie

Het ontstaan van een depressie kan door verschillende factoren ontstaan zijn.

Biologische factoren

Er zijn biologische factoren die een rol kunnen spelen bij het ontstaan van een depressie. In de genen kan een genetische kwetsbaarheid van de genen een rol spelen bij het ontstaan van een depressie. (Vandereycken, Hoogduin & Emmelkamp, 2000) Tevens is met het oog op de biologische verklaring er veel onderzoek gedaan naar de mogelijke afwijking in de werking van de neurotransmitters. Bij een depressie is er in bepaalde hersendelen een tekort aan neurotransmitters serotonine en nor-adrenaline ontstaan of is de gevoeligheid voor deze stoffen in de hersenen verstoord. (Vandereycken & van Deth, 2004)

Omgevingsfactoren

Veel depressies ontstaan na een periode met stressvolle gebeurtenissen. Het kan daarbij gaan om acute gebeurtenissen, zoals een echtscheiding of verlies van baan. Ook kunnen langdurige gebeurtenissen en rol spelen, zoals slepende relatieproblemen of conflicten op het werk.

Daarnaast kunnen ook gebeurtenissen in het verleden een rol spelen bij het ontstaan van een depressie, zoals mishandeling of seksueel misbruik. (Vandereycken., Hoogduin & Emmelkamp, 2000)

Persoonlijkheidsfactoren

Naast levensgebeurtenissen en omstandigheden wordt ook van persoonlijkheidsfactoren vaak verondersteld dat zij een rol spelen bij het ontstaan van een depressie. Dit is alleen nog zeer onduidelijk.

Lichamelijke factoren

Diverse lichamelijke aandoeningen kunnen (mede) aanleiding zijn tot het ontstaan van een depressie. Onder deze aandoeningen vallen:

- neurologische aandoeningen (bijv. hersentumoren, vasculaire aandoeningen en de ziekte van Parkinson)
- endocriene ofwel hormonale aandoeningen (bijv. schildklierafwijkingen en aandoeningen aan de bijnier)
- infectieziekten (bijv. ziekte van Pfeiffer , AIDS, hepatitis)
- maligne aandoeningen en systeem-aandoeningen (bijv. immunologische aandoeningen). (Vandereycken., Hoogduin & Emmelkamp., 2000)

Gebruik van middelen

- Het kan ook het gevolg zijn van het gebruik van, of misbruik van middelen, zoals alcohol en drugs. Bij verslaafden komen veel vaak depressies voor. Ook geneesmiddelen kunnen een aanleiding zijn tot een depressie. (Vandereycken., Hoogduin & Emmelkamp., 2000)

2.2 Beschrijving van depressie vanuit 2 psychologische benaderingen

2.2.1 Psychodynamische benadering

De psychodynamisch of psychoanalytische benadering gaat terug op het werk van Freud. Zijn opvattingen over het ontstaan van een depressie kunnen worden samengevat in vier hypothesen. De eerste daarvan luidt dat de kans op het ontstaan van depressie verhoogd is bij mensen die zijn blootgesteld aan ingrijpende ervaringen, vooral vroege verlieservaringen. In de tweede plaats nam Freud aan dat de kwetsbaarheid voor depressie wordt verhoogd door neiging tot introjectie (gevoelens of gedachten van anderen onbewust aan jezelf toeschrijven). Freud veronderstelde dat mensen bij een verlieservaring de neiging hebben zich te identificeren met degene die ze verloren hebben, omdat de band daarmee ambivalent is (zowel bevredigend als frustrerend) zou de frustratiewoede op degene die men verliest, zich ook richten tegen de eigen persoon. Een derde bron die Freud zag voor kwetsbaarheid voor een depressie is de neiging om zichzelf streng te beoordelen. Ten slotte meende Freud dat een bepaald karaktereigenschap de kans op het krijgen van depressies zou vergroten. Een dergelijk karakter zou worden gekenmerkt door een stereotiep patroon met het krijgen en ontvangen, met afhankelijkheid en onafhankelijkheid en met nabijheid en afstand. (Vandereycken, Hoogduin & Emmelkamp, 2000)

2.2.2 Cognitieve benadering

De grondleggers van de cognitieve therapie zijn Albert Ellis en Aaron Beck. Zij waren beiden eerst werkzaam als psychoanalyticus, maar merkten bij veel patiënten inzicht in herbeleving van de oorsprong van hun problemen (in de kindertijd) niet voldoende waren. Patiënten waren ondanks hun inzicht in en verwerking van een jeugdtrauma geneigd hun ziekmakende manier van denken in stand te houden.

Vanuit hier ontwikkelde ze een cognitieve therapie waarbij Ellis (1962) vooral aandacht had voor allerlei irrationele gedachten en Beck (1979) zich aanvankelijk richtte op onderliggende cognitieve schema's bij een depressie. (Weerman, 2006).

De cognitief- psychologische benadering van depressie zijn dus vooral uitgewerkt door A. Beck. Zowel de theoretische anamnese als de eruit afgeleide therapeutische interventies zijn redelijk onderzocht. Centraal in deze benadering staan depressogene cognitieve schema's. Daarmee worden denk- en interpretatiepatronen bedoeld, die ten onrechte een verband leggen tussen neutrale gebeurtenissen en omstandigheden die een depressieve reactie wel degelijk zou rechtvaardigen. Zulke schema's kunnen bestaan uit algemene opvattingen en verwachtingen ten aanzien van de gevolgen van menselijk handelen, uit eenzijdige toeschrijven van de oorzaak van tegenslag aan eigen falen ('interne attributie') en dergelijke.

Bepaalde systematische denkfouten (bijv. generaliseren) dragen aan het ontstaan van depressogene schema's bij. Door hun invloed op het gedrag kunnen schema's vicieuze cirkels in stand houden, als dat gedrag een bevestiging oplevert van de depressogene verwachting. Willekeurige situaties blijven dan negatieve 'automatische gedachten' oproepen, die door verdere systematische denkfouten tot inadequate reactie (bijv. vermijding) en emoties (bijv. depressie) leiden. (Vandereycken, Hoogduin & Emmelkamp, 2000)

2.3 Attributie

2.3.1 Wat is attributie?

'Attributies' zijn oorzakelijke verklaringen die mensen geven voor gebeurtenissen die ze meemaken. Mensen gaan vooral op zoek naar verklaringen wanneer hen dingen overkomen die onverwacht en belangrijk zijn. Volgens de attributietheorieën bepalen attributies in belangrijke mate de emotionele en gedragsmatige gevolgen van een gebeurtenis.

Afhankelijk van de causale attributies kunnen verschillende emoties (somberheid of kwaadheid) en gedragingen (passiviteit, omscholen) het gevolg zijn. De gebeurtenissen die je meemaakt, kun je op veel verschillende manieren verklaren. Attributies bepalen dus in belangrijke mate hoe iemand zich voelt en wanneer het gaat om iemand attributie stijl, iemands attributies.

Bij een attributieproces worden drie dimensies onderscheiden:

1. stabiel versus instabiel

Er zijn gradaties in de mate waarin je de oorzaak kunt opvatten. Je kunt het als tijdelijk (instabiel) of als blijvend (stabiel) opvatten.

2. Intern versus extern

Je kunt de oorzaak van een gebeurtenis of situatie in min of meerdere mate zoeken bij jezelf (intern) of buiten jezelf of in de omgeving (extern).

3. globaal versus specifiek

Mensen kunnen in meer of mindere mate de oorzaak beschouwen als specifiek voor de ervaren gebeurtenis, of als een algemene factor (globaal), die ook in andere situaties van invloed zijn.

In de onderstaande tabel zie je een voorbeeld van verschillende attributies voor een gebeurtenis. De gebeurtenis is het zakken voor een tentamen statistiek.

	INTERN		EXTERN	
	<i>Stabiel</i>	<i>Instabiel</i>	<i>Stabiel</i>	<i>Instabiel</i>
GLOBAAL	Ik ben dom	Ik had even helemaal nergens zin in.	Alle toetsen zijn oneerlijk	Het was een ongeluksdag: vrijdag de dertiende
SPECIFIEK	Ik heb geen wiskunde aanleg	Ik had even helemaal geen zin in statistiek	Deze statistiekttoets was oneerlijk	Mijn toets had nummer 13

(van der Molen, Perreijn & van der Hout, 2007)

Voor elke gebeurtenis zijn verschillende combinaties van attributies mogelijk. De ene attributie is prettiger voor jezelf dan voor de ander. Als er iets vervelends gebeurt en je bent in staat dat toe te schrijven, te attribueren, aan instabiele specifieke oorzaken, biedt dat meer aanknopingspunten om er in de toekomst niet opnieuw mee te maken te krijgen dan als je dat op een globale, stabiele eigenschap van jezelf toeschrijft. Mensen hebben vaak kenmerkende manieren voor attribueren. Sommige mensen betrekken alles op zichzelf en attribueren vooral intern en anderen zoeken de oorzaak juist buiten zichzelf en attribueren dan extern. (Weerman, 2006)

Een voorbeeld hiervan is, als iemand de echtscheiding toeschrijft aan de doortraptheid van de vertrokken partner (extern en stabiel) zal zich eerder kwaad voelen (of misschien wel bevrijd). Wie vaker een interne en stabiele attributie hanteert ("*ik ben voor zulke partners te saai*"), zal zich eerder schuldig, wanhopig of verdrietig voelen. Het soort attributies die iemand maakt, bepaalt ook in belangrijke mate de bereidheid tot verandering. Wie zijn mislukkingen toeschrijft aan interne, stabiele factoren gaat al eerder bij de pakken naar neerzitten dan iemand die bij mislukking eerder denkt aan variabele, interne of externe factoren. Attributies zeggen in eerste instantie niets over de oorzaken. Er hoeft geen samenhang te zijn met de feitelijke oorzaken. (Korrelboom & ten Broeke, 2004).

Therapeutische vooruitzichten lijken, over het algemeen, het gunstigst te zijn voor mensen die hun falen toeschrijven aan instabiele en interne factoren, aan factoren dus die de cliënt zelf in principe kan veranderen. Wanneer mensen de oorzaken van hun narigheid anders attribueren, zal de therapeut diegene moeten motiveren om hierover een andere positie in te nemen. (Korrelboom & ten Broeke, 2004).

2.3.2 Attributie en depressie

Er is een speciale attributietheorie van depressie geformuleerd, die een herformulering is van het oorspronkelijke aangeleerde- hulpeloosheidmodel van Seligman (zie bijlage 1).

Deze theorie veronderstelt dat depressieve cliënten attribueren op een interne, stabiele en globale attributies over negatieve gebeurtenissen. Tevens attribueren ze positieve gebeurtenissen op een externe, instabiele en specifieke attributies.

Deze manieren van attribueren leiden tot somberheid, afnemende motivatie en vermindering van inspanningen om iets aan de situaties te doen. Door dat depressieve cliënten op deze manier attribueren, zou dit de ontstane depressie juist in stand houden. (van der Molen, Perreijn & van der Hout, 2007) In dit stuk zie je ook weer de kernsymptomen sombere, gedaalde stemming en een verminderde interesse of vermindert vermogen om plezier te beleven (zie hoofdstuk 2.1.4), weer terug. Depressieve mensen plaatsen dus successen meestal buiten henzelf, terwijl zij vervelende zaken voornamelijk op zichzelf betrekken. (Weerman, 2006)

2.4 Intrinsieke motivatie

Voordat beschreven wordt wat intrinsieke motivatie is, wordt eerst beschreven wat motivatie, algemeen gezien is.

Motivatie volgens de van Dale (2006):

Mo – ti – va- tie [de ~ v] 1. Enthousiasme voor een taak. *Drijfkracht, arbeidsmotivatie*. 2. (psych.) drijfveer.

Voor het begrip motivatie zijn vele begripsomschrijvingen. Vooropgesteld; het is blijkbaar onmogelijk om eenduidig te bepalen of motivatie op de juiste wijze wordt gedefinieerd of gehanteerd. Het loopt uiteindelijk allemaal via de gebruiker en die is en blijft subjectief. Het gaat vooral om duidelijkheid te scheppen in de wijze van gebruik. (R. Vinke, 2004)

Het begrip motivatie is van Latijnse oorsprong. Het betekent 'in beweging brengen'. Motivatie is dus de energie waardoor en waarmee we bewegen.

Het begrip motivatie is onder te verdelen in intrinsieke- (vanuit de persoon zelf) en extrinsieke (buiten de persoon komende) motivatie. Wat betekenen deze begrippen?

Intrinsieke motivatie

- o Mensen werken vanuit zichzelf
- o Mensen handelen zonder tussenkomst van andere personen of factoren
- o Mensen worden van binnenuit geprikkeld tot handelen (Vinke, 2004)
- o Motivatie voor een activiteit die geheel afhankelijk is van de aard van de activiteit, en niet te maken heeft met externe beloning of bekrachtiging. Intrinsieke motivatie wordt meestal gestuurd door gevoelens van tevredenheid en voldoening (Vinke, 1996: oorspronkelijk: Reber, woordenboek psychologie 1989)
- o In H.G. Schmidt (1982) staat het volgende beschreven over intrinsieke motivatie: door Deci wordt intrinsieke motivatie omschreven als een affect- theorie, omdat het uiteindelijk een emotie is de als drijvende kracht fungeert wanneer de intrinsieke gemotiveerde activiteit uitgevoerd wordt.

Intrinsiek volgens de Van Dale (2006): In- trin- siek [br., -er, -st] 1 wezenlijk, innerlijk

Extrinsieke motivatie

- o Mensen werken omdat ze door iets buiten henzelf worden aangezet
- o De bron van het handelen is gelegen in factoren die buiten de persoon liggen
- o Mensen worden van buitenaf geprikkeld (Vinke, 2004)

Motivatie die haar oorsprong vindt in factoren buiten het individu. Gedrag dat is gemotiveerd door van anderen afkomstige beloning en/of straf is extrinsiek gemotiveerd. (Vinke, 1996: oorspronkelijk: Reber, woordenboek psychologie 1989)

De motivatie voor dhr. Janssen om opgenomen te zijn en blijven op de PAAZ, was omdat het moest van zijn vriendin. Hij mocht van zijn vriendin voorlopig nog niet naar huis toe.

Er was binnen de casus duidelijk sprake van voornamelijk van extrinsieke motivatie, als je kijkt naar het bovenstaande schema. Hij werd van buiten zichzelf (zijn vriendin) aangezet op te verblijven op de PAAZ. De prikkeling was ook van buitenaf, anders wordt de relatie beëindigd.

3. Methodiek

In dit hoofdstuk wordt beschreven welk referentiekader er gebruikt wordt als beïnvloeding en wordt uitgelegd waarom er gekozen is voor dit referentiekader. De modaliteiten van de psychomotorische therapie worden ook beschreven en hoe er vanuit deze modaliteiten gewerkt kan worden in het gekozen referentiekader. Tevens worden er ook strategieën en technieken beschreven die een psychomotorische therapeut gebruikt om een bijdrage te leveren in de intrinsieke motivatie van een depressieve cliënt voor een vervolgbehandeling.

3.1 Welk referentiekader hanteer ik ter beïnvloeding en waarom?

3.1.1 Het cognitief gedragstherapeutisch kader

De wortels van de cognitieve gedragstherapie liggen in twee psychologische stromingen, namelijk het behaviorisme en de cognitieve psychologie. Het behaviorisme vormt het theoretische kader van de gedragstherapie, de cognitieve psychologie vormt het theoretische kader van de cognitieve therapie. (Weerman, 2006) Deze twee therapievormen zullen eerst apart beschreven worden en daarna weer worden samengevoegd in het cognitief- gedragstherapeutisch kader.

Gedragstherapie

De gedragstherapie is ontstaan, uit de psychologische stroming het behaviorisme, in de vorige eeuw rond de jaren vijftig. Het behaviorisme zette zich af tegen de psychoanalytische therapieën, waarvan ze vonden dat hun zich met vage, niet te controleren, zaken bezighield.

Gedragstherapeuten stellen dat iemand met problemen op de een of andere manier verkeerd gedrag heeft geleerd, of bepaald gedrag helemaal niet heeft geleerd. Dat geldt ook voor emotionele problemen, zoals angsten en depressies. Gedragstherapeuten zien emotionele problemen als gedragsproblemen: de cliënt gaat te veel zaken uit de weg, doet de verkeerd dingen of onderneemt te weinig. Hij moet iets afleren of iets aanleren. (Weerman, 2006)

Het teveel over pijnlijke gevoelens praten, houdt het probleem volgens de gedragstherapeuten in stand. Zij gaan juist veel doen met cliënten. In de vorm van denk-, en doeopdrachten en leren ze nieuwe vaardigheden aan. Ze gaan met cliënten veel dingen doen die zij niet kunnen, die zij vermijden, waar ze bang voor zijn of geen puf meer voor hebben, genoemd '*exposure*'. Door het stimuleren van exposure hopen dat het gedrag wat als moeilijk wordt ervaren, uiteindelijk gemakkelijker ervaren wordt.

Er zijn twee vormen van '*exposure*', namelijk *exposure in vivo* en *exposure in vitro*. Bij *exposure in vivo* leer je nieuw gedrag in een kunstmatige situatie. Bijv. last van hoogtevrees tijdens het ramen zemen. In de zaal kun je met de cliënt virtuele situaties maken met hoogten, waarbij de moeilijkheidsgraad, de mate van angst geleidelijk worden opgebouwd.

Bij *exposure in vitro* zoek je in het echte leven datgene op waar je bang voor bent. Bijv. bij straatvrees ga je juist de straat op. Ook dit wordt geleidelijk opgebouwd, in kleine stapjes. Er wordt een moeilijkheidsgraad gebracht in diverse situaties. Er wordt hierbij rekening gehouden dat het kleine stappen zijn, zodat succes verzekerd is.

De gedragstherapeuten hebben verschillende manier van leren onderzocht o.a. de klassieke conditionering, operante conditionering en model- leren.

Bij klassieke conditionering (Pavlov en Watson), gaat het om het reflexmatig associatief leren. Later kwam men er achter dat bij klassieke conditionering ook cognitieve processen werkzaam zijn. Hoe gaat dit kort in zijn werk? Er is een prikkel, op deze prikkel vind een automatisch reflexmatig proces plaats, waarbij automatisch nieuwe connecties ontstaan tussen het waarnemen van een bepaalde prikkel en een vaste reactie. Het gaat niet alleen om het reflexmatig leren, maar ook om het leren van betekenissen.

Bij het operantant conditioneren (Skinner) gaat het niet op het reflexmatig associatief leren, maar om gedrag dat in frequentie toeneemt afhankelijk van het gevolg van dat gedrag. Deze gevolgen, oftewel de consequenties, kunnen gedrag versterken (betrachting) of niet. Als op een bepaald gedrag een beloning volgt, neemt het gedrag toe. Als het genegeerd wordt, of als er een straf volgt, neemt het gedrag af.

Het model- leren werd als laatste toegevoegd door de gedragstherapeuten. Deze vorm is vooral uitgewerkt door Albert Bandura. Hij ontdekte dat mensen ook veel leren door imitatie. Een beloning is niet perse noodzakelijk. Mensen nemen ook gedrag over van anderen, vooral als die anderen aantrekkelijk zijn, status hebben of als ze zich met hen kunnen identificeren. (Weerman, 2006)

Cognitieve therapie

De cognitieve therapie ontwikkelde zich vooral vanaf de jaren zestig van de vorige eeuw. Het ontstond als een reactie op het behaviorisme. Het behaviorisme, wat hierboven beschreven is, hield zich vooral met gedrag bezig en negeerde wat er zich in het hoofd van iemand afspeelde.

In de cognitieve psychologie ontdekten dat cognitieve zaken als 'aandacht', 'geheugen' en 'waarneming' verschillend zijn bij mensen met verschillende problemen en dat zij bij hen tot eenzijdige cognities (gedachten) leiden. Ze ontdekten dat wat de gedragstherapeuten de 'stimulus' noemen, niet door iedereen hetzelfde wordt opgepikt, het wordt door iedereen op andere manieren geïnterpreteerd.

In paragraaf 2.2.2 staat al beschreven dat de grondleggers van de cognitieve therapie Albert Ellis en Aaron Beck zijn. Beiden waren eerst psychoanalyticus, maar merkten bij veel patiënten alleen het inzicht in herbeleving van de oorsprong van hun probleem (in de kindertijd) niet voldoende was. Alleen het inzicht in en verwerking van het jeugdtrauma bleef in stand door de ziekmakende manier van denken. Beiden gaan ervan uit dat foutieve of disfunctionele interpretaties ten grondslag liggen aan veel soorten pathologie. Adequate correctie van onderliggende disfunctionele interpretaties, impliceert volgens zowel Ellis als Beck cognitieve therapie, dat de betreffende emotionele stoornis is verholpen.

Zowel Ellis en Beck ontwikkelden hun eigen variant op de cognitieve therapie Ellis (1962) noemt zijn behandelmethode 'relationele emotionele therapie' (RET). Later werd RET nog aangepast in REBT. De B verwijst naar behaviour. De toelichting hiervan is dat het aanzetten tot gedragsverandering altijd al een belangrijk element is geweest. Beck noemde zijn therapie de 'cognitieve therapie en richtte zich voornamelijk op cognitieve basisschema's bij een depressie. (Korrelman & Ten Broeke, 2004). De beide ontwikkelde behandelmethoden, met zoekschema's en therapeutische procedures, om de disfunctionele interpretaties op te sporen en te corrigeren.

Op het niveau van het therapeutisch aangrijpingspunt bestaan geen duidelijke verschillen tussen de beide behandelmethoden. Een belangrijk verschil zit vooral op het niveau van de therapeutische context.

De manier van benaderen van cliënten verschilt vooral. Ellis maakte vooral gebruik van overreding en confrontaties om cliënten tot andere interpretaties van de denkfouten te komen. Terwijl Beck vooral de cliënten vooral gebruik maakte van een socratische dialoog, waarin de cliënt zelf disfunctionele gedachten in kaart moest brengen en moest bij stellen. Bovendien ziet Ellis zijn methode als een stijl van leven als een psychotherapeutische methode, voor Beck geldt dit niet. Een ander verschil is dat Beck vooral zich aansloot bij de cognitieve wetenschap en Ellis hield hier juist veel afstand van. Dit heeft ertoe geleid dat beide behandelmethodes een andere ontwikkeling hebben doorgemaakt.

Door de vele onderzoeken die zijn gedaan met Becks behandelmethode, zijn er vele helder beschreven geprotocolleerde interventies ontwikkeld en is er meer gecontroleerd effectenonderzoek. Hierdoor is Beck's cognitieve therapie in Nederland de meest invloedrijke, cognitief therapeutische stroming geworden. Deze stroming sluit ook goed aan bij de gedragstherapie.

Binnen de cognitieve visie wordt er gewerkt vanuit het cognitieve model. Er wordt sterk de nadruk gelegd op de invloed van cognities (gedachten, beelden en opvattingen) op het handelen en voelen. Het model stelt ook dat emotionele reacties in sterke mate afhangen van de wijze waarop gebeurtenissen en situaties worden geïnterpreteerd (attributie). Het gaat daarbij zowel om de aard (woede of angst) als de intensiteit (beetje of heel erg) van de emotionele reactie. De emotionele reactie komt tot uitdrukking in lichamelijke reacties en gedrag.

Cognitief- gedragstherapeutisch kader

Drie zaken hebben ertoe geleid dat de cognitieve- en gedragstherapie steeds meer met elkaar zijn geïntegreerd namelijk:

- o De therapeutische praktijk
 - o De recente ontwikkelingen in de fundamentele theorievorming over cognities en gedrag
 - o Het feit dat uit effectonderzoek is gebleken dat men bij de cognitieve therapie en gedragstherapie dikwijls vergelijkbare effecten worden bereikt
- (Korrelboom & ten Broeke, 2004)

De therapeutische praktijk

Zowel de gedragstherapeuten als de cognitieve therapeuten maakten al langer gebruik van elkaars interventies. Cognitieve therapeuten maakten gebruik van gedragsveranderingen om te komen tot een cognitieve verandering en de gedragstherapeuten maakten ook al langer gebruikt van cognitieve interventies. Ze beschreven dit niet in hun theorieën, maar gebruikten het wel tijdens therapieën.

Recente ontwikkelingen over cognities en gedrag

De gedragstherapie is zich meer gaan openstellen voor cognitieve opvattingen. Voornamelijk in de klassieke conditionering wordt tegenwoordig niet meer beschouwd als een reflexmatig proces waarbij automatische nieuwe connecties ontstaan tussen het waarnemen van een bepaalde prikkel en een vaste reactie. Men gaat er nu van uit dat het waarnemen van een (geconditioneerde) prikkel de cognitieve representatie oproept van datgene waarmee die prikkel is geassocieerd. (Korrelboom & ten Broeke, 2004)

Tevens heeft ook de wijze waarop men, in de psychologie, tegenwoordig cognities en emoties voorstelt. Gedrag neemt binnen die opvattingen ook steeds een belangrijke plaats in. Gedrag wordt niet alleen gezien als uitkomst van een emotie (emoties dienen ertoe om gedrag te initiëren in situaties die betekenisvol zijn voor de betreffende persoon), een gedragsverandering wordt ook steeds meer gezien als een effectieve methode om cognities en emoties te veranderen.

Integratie vanuit effectonderzoek

In de afgelopen jaren is veel onderzoek gedaan naar de effectiviteit van cognitieve- en gedragstherapie. In het onderzoek komt naar voren dat beide therapieën vergelijkbare therapeutische effecten behalen. De klachten zijn dikwijls niet alleen vergelijkbaar in de mate van algemene klachtreductie; effectieve gedragstherapie blijkt ook te leiden tot cognitieve veranderingen, en effectieve cognitieve therapie leidt op haar beurt tot gedragsveranderingen. Dergelijke bevindingen hebben geleid tot de veronderstelling dat zowel cognitieve therapie als gedragstherapie, zij het langs verschillende wegen, uiteindelijk dezelfde pathologische mechanismen beïnvloeden. (Korrelboom & ten Broeke, 2004)

Door de integratie van beide stromingen heeft ertoe geleid dat de meeste cognitieve gedragstherapeuten een groot aantal gezamenlijke kenmerken heeft. Ze maken bij hun manier van werken even gemakkelijk gebruik van cognitieve als gedragstherapeutische interventies. Ze werken bij voorkeur met protocollen, richtlijnen of stappenplannen. Ze werken directief en zien therapeutische veranderingen eerder buiten de behandelkamer plaatsvinden d.m.v. huiswerk, dan in de therapie door de therapeutische relatie.

Binnen het cognitief gedragstherapeutisch kader ziet men de mens als een informatieverwerkend systeem, een soort computer met hardware (de hersenen) en software, de denkprogramma's die iemand tijdens zijn leven in geprogrammeerd heeft en die meer of minder functioneel zijn. De denkprogramma's bevatten schema's, cognitieve schema's, die de binnenkomende informatie ordenen. Emotionele problemen, gedragsproblemen en stoornissen ontstaan volgens deze visie uit slecht aangepaste, disfunctionele cognitieve schema's. Een schema is een gedachte, een idee dat je steeds gebruikt om dingen die je meemaakt te begrijpen.

Een veelkomend disfunctioneel idee of schema is bijvoorbeeld: *ik moet door iedereen aardig gevonden worden*. De dingen die je meemaakt, orden je dan met dit schema of je evalueert ze vanuit de irrationele gedachte. Als bijv. een collega wat chagrijnig is en kortaf op een vraag van jou reageert, denkt iemand met dit schema als snel: *oh, help, ze vindt me niet meer aardig*, of je denkt: *ik moet extra mijn best gaan doen, dan doet ze straks weer aardig*. Je bekijkt wat er gebeurt vanuit de vraag of je wel of niet aardig wordt gevonden. Maar misschien heeft deze betekenis daar wel helemaal niets mee te maken. Misschien heeft deze chagrijnige persoon wel gewoon slecht geslapen.

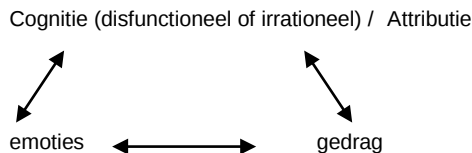
Het informatieverwerkend systeem bestaat uit een groot aantal cognitieve schema's, die zich tijdens ons leven gevormd worden en die geactiveerd (triggeren) worden door wat er in het hier – en – nu gebeurt. (Weerman, 2006)

3.1.2 Waarom het cognitief- gedragstherapeutisch kader?

De manieren waarop depressieve cliënt attribueren (de oorzakelijke verklaringen die mensen geven voor gebeurtenissen die ze meemaken) en in belangrijke mate hoe bepalend attributies zijn voor emotionele en gedragsmatige gevolgen van een gebeurtenis, heeft er toe geleid dat ik kies voor cognitief gedragstherapeutisch kader. Naar mijn idee sluit deze het beste aan.

De oorzakelijke verklaringen die mensen geven voor gebeurtenissen (attributie), kan naar mijn idee gezien worden, als een cognitief aspect. Je geeft cognitief een verklaring voor de gebeurtenis. Binnen het cognitief gedragstherapeutisch kader, staat dit cognitieve aspect, de (irrationele of disfunctionele) gedachten centraal. Emotionele problemen en gedragsproblemen ontstaan volgens deze visie uit slecht aangepaste disfunctionele gedachten.

Om het bovenstaande stuk nog duidelijke te maken wordt dit schematisch weergegeven.



Hoe kan dit bovenstaande schema toegepast worden bij een depressieve cliënt? De manieren van attribueren (cognitie) bij een depressieve cliënt leidt tot somberheid (emotie), afnemende motivatie (gedrag en denken) en vermindering van inspanningen om iets aan de situaties te doen (gedrag). In de paragraaf 2.3.2 is beschreven op welke manier depressieve cliënten attribueren.

3.1.3 Welke modaliteit(en) van de PMT passen binnen het cognitief gedragstherapeutisch kader?

De psychomotorische therapie werkt globaal genomen met drie cyclisch samenhangende behandelstrategieën, ook wel modaliteiten genoemd. De drie modaliteiten zijn: oefenen, ervaren en ontdekken.

Binnen elke modaliteit doet een cliënt lichaamservaringen op en neemt hij deel aan bewegingssituaties die passen bij de problematiek van de cliënt. De cyclische samenhang is te vinden in het verloop van het therapeutisch proces.

Aan de hand van de problematiek en de hulpvraag wordt een cliënt geplaatst binnen één van de drie modaliteiten. Dit is een zogenaamde algemene behandellijn. Deze zogenaamde behandellijn kan ook worden aangepast, waardoor het therapieproces vanuit een andere modaliteit wordt voortgezet. Dit gebeurt in overleg met de cliënt en wordt vaak ook binnen een behandelteam overlegd. Tevens is het ook mogelijk om binnen de verschillende sessies vanuit meerdere modaliteiten te werken. De overgangen tussen de verschillende modaliteiten zijn meestal flexibel. (NVPMT, 1995)

Als eerst worden de verschillende modaliteiten nader toegelicht en vervolgens wordt beschreven vanuit welke modaliteit(en) er binnen het cognitief gedragstherapeutisch kader gewerkt kan worden.

Oefenen

De modaliteit oefenen komt voort vanuit de gedragstherapie. Het gaat binnen deze modaliteit om het eigen maken van nieuw gedrag. Binnen deze modaliteit wordt op een duidelijke gestructureerde manier gewerkt, waarbinnen de cliënt oefenent geconfronteerd wordt met lichaamservarings- en bewegingssituaties. Al oefenende werkt de cliënt aan het vergroten van het waarnemings-, belevingsvermogen en het gedragsrepertoire.

Centraal binnen deze modaliteit staat dat de cliënt contact krijgt en in contact blijft met zijn omgeving en/ of lichaam, binnen de gestructureerde aangeboden manier van de psychomotorische therapeut. Tevens moet je als psychomotorische therapeut veiligheid creëren waarbinnen de cliënt kan oefenen. Op deze manier leert een cliënt om te gaan met zijn psychiatrisch of psychosociale problematiek. Gaandeweg ontstaat er de mogelijkheid dat de cliënt de aangeboden structuur internaliseert. Als het voor de cliënt haalbaar is, kan de cliënt ook zelf de situatie gaan structureren. (NVPMT, 1995)

Ontdekken

De modaliteit ontdekken komt voort uit de psychoanalytische benadering. Binnen de modaliteit ontdekken staan onverwerkte, verdrongen herinneringen, emoties en intrapsychische conflicten centraal die verwijzen naar een traumata. Deze conflicten kunnen het huidige leven van de cliënt zodanig negatief beïnvloeden (Sietsema, 2001), dat het functioneren van de cliënt in sociale verbanden beperkt of zelfs onmogelijk maakt.

In deze modaliteit krijgt de cliënt de gelegenheid deze intrapsychische conflicten te ontdekken, er over te leren praten, te leren benoemen en te plaatsen in het huidige bestaan. Binnen deze modaliteit kan een psychomotorische therapeut de cliënt helpen bij het bewustmaken van zijn afweer en/ of overlevingsstrategieën in de sociale context. Je maakt de cliënt hier steeds meer bewust van het langzaam gegroeide inadequate gedrag in de sociale context. Vervolgens leg je linken, naar het traumata, waardoor de cliënt inzicht krijgt in de mogelijke aanleidingen van zijn huidige gedrag. Je geeft de cliënt de gelegenheid zijn conflicten te uiten en deze op een geïntrigeerde manier op te nemen in zijn huidige bestaan. Dit op een voor hem en zijn sociale contexten adequate wijze van doen. (NVPMT, 1995)

Ervaren

De ervaringsgerichte modaliteit ligt ten grondslag aan de ideeën van de humanistische benadering, o.a. ontwikkeld door Rogers.

De modaliteit ervaren staat voor het ervaringsproces waarin de cliënt verschillen gaat ervaren in het opdoen van allerlei gedragsalternatieven en wat de effecten zijn van deze alternatieven op zijn

gedrag, in de relatie tot zijn omgeving. Deze alternatieven hebben de aspecten van het denken, voelen en handelen van de cliënt in zich. Deze aspecten zijn altijd onderling verworven en zijn niet te zien als op zich staande aspecten.

Door een psychomotorische therapeut zal er een globale structuur worden aangeboden in de zaal, waarin de cliënt met zijn gedrag leert te experimenteren. Gaandeweg dient de cliënt dit zelf te leren te structureren in de zaal, zodat de cliënt niet afhankelijk blijft van de globale structuur die een psychomotorische therapeut aanreikt. De volgende stap is dat de cliënt ook in het dagelijkse leven zijn gedrag leert te structureren en kan toepassen.

Het is de taak van een psychomotorische therapeut om veiligheid en uitdaging te scheppen tijdens de therapie. Op deze manier zal de cliënt de ruimte krijgen om met zijn gedrag te experimenteren. Eveneens dient een psychomotorische therapeut het gedrag van de cliënt, zijn eigen gedrag en de situatie, zodanig te structureren dat de cliënt zicht krijgt op zijn eigen gedrag en relatie tot zijn omgeving. Als laatste is het van belang dat je als psychomotorische therapeut, het gedrag van de cliënt focust dat gericht is op de hulpvraag.

Ondanks dat het accent ligt op het leren structureren van het gedrag binnen de aangeboden bewegingssituaties, kan het gebeuren dat de activiteit voor een cliënt een ontdekkend karakter krijgt. Hiermee wordt bedoeld dat een cliënt tijdens de activiteiten een verdrongen trauma beleeft. Als dit niet gewenst is of de cliënt het niet aankan, kan je als psychomotorische therapeut het gedrag van de cliënt structureren, om te voorkomen dat de cliënt de traumatische ervaring opnieuw beleefd. Je doet dit door gebruik te maken van taal en door de waarneming van de cliënt te richten op de omgeving.

In dit stuk wordt beschreven, vanuit welke modaliteiten er binnen het cognitief gedragtherapeutisch gewerkt kan worden. Ook wordt uitgelegd waarom er vanuit deze modaliteiten binnen het cognitief gedragtherapeutisch kader gewerkt kan worden.

Allereerst komt er in de modaliteit 'ervaren' een stuk van de werkwijze terug die ook te vinden is binnen het cognitief gedragtherapeutisch kader. In het bovenstaande stuk over de modaliteit 'ervaren' is te lezen, dat het binnen deze modaliteit gaat om het ervaringsproces, waarin de cliënt verschillende ervaringen zal opdoen van allerlei gedragsalternatieven. Vervolgens zal hij ervaren wat de effecten zijn van deze alternatieven op zijn gedrag in de relatie tot zijn omgeving. Deze alternatieven hebben de aspecten van het denken, voelen en handelen van de cliënt in zich.

Gedragstherapeuten werken veel met cliënten, in de vorm van denk- en doeopdrachten en het leren van nieuwe vaardigheden. De denk- en doeopdrachten komen terug in de gedragsalternatieven 'denken' en 'handelen' van de modaliteit 'ervaren'. Het opdoen van nieuwe ervaringen binnen de gedragstherapie, sluit ook aan bij de modaliteit ervaren. Ook komt het denken, wat vooral kenmerkend is voor de cognitieve therapie, in de modaliteit ervaren terug.

Op deze manier kan er mijns inziens in het cognitief gedragtherapeutisch kader gewerkt worden vanuit de modaliteit ervaren.

Ten tweede kan de vraag gesteld worden: hoe is de modaliteit oefenen toepasbaar binnen het cognitief gedragtherapeutisch kader? De modaliteit oefenen komt voort vanuit de gedragstherapie, waardoor deze modaliteit goed toepasbaar is binnen het cognitief gedragtherapeutisch kader. Centraal staat binnen deze modaliteit het oefenen van nieuw gedrag binnen de zaal. Het oefenen van het nieuwe gedrag kan worden gezien als het leren van nieuwe vaardigheden, zoals dit wordt beschreven in paragraaf 3.1.1.

Als laatste kan er ook vanuit de modaliteit ontdekken gewerkt worden. Er kan vanuit de modaliteit ontdekken gewerkt worden op de volgende manier; binnen het cognitief gedragtherapeutisch kader wordt er door de therapeut terug gekeken naar het verleden. De therapeut zal geen vervelende herinneringen ophalen, maar gaat heel concreet kijken naar gebeurtenissen in het verleden en zoeken naar aangrijpingspunten voor een andere interpretatie van die gebeurtenissen (Weerman, 2006). In dit stuk komt de link naar het verleden, zoals deze centraal staat binnen de modaliteit ontdekken, naar voren. Je geeft de cliënt alleen niet de mogelijkheid om de conflicten te uiten en te integreren in zijn huidige bestaan, maar geeft er ook een andere interpretatie aan. Vanuit het ontdekkend kader wordt er maar minimaal door de cognitieve gedragstherapeuten gewerkt.

Concluderend binnen het cognitief gedragtherapeutisch kader kan er vanuit elke modaliteit worden gewerkt.

3.2 Welke technieken en strategieën kan een psychomotorische therapeut hanteren

In deze paragraaf worden een aantal technieken en strategieën beschreven die een psychomotorische therapeut kan hanteren, op het moment dat je als psychomotorische therapeut merkt dat een cliënt weinig intrinsieke motivatie heeft voor een (vervolg)behandeling.

De technieken en strategieën, zijn zo gekozen dat ze zoveel mogelijk passen in het cognitief gedragtherapeutisch kader die wordt gebruikt ter beïnvloeding.

3.2.1 Psycho- educatie geven over een depressie

Wat is psycho- educatie?

Psycho- educatie (ook wel patiëntenvoorlichting genoemd) is een wezenlijk onderdeel van de behandeling van depressie (wet geneeskundige behandelovereenkomst, WGBO, 1995). Het is van groot belang dat de cliënt, en de omgeving van de cliënt, goed op de hoogte is van de verschijnselen die horen bij het ziektebeeld, de complexiteit en het wisselende beloop van depressie, de behandelmogelijkheden, het belang van therapietrouw bij de behandeling en de risico's op terugval of herhaling van de depressieve episode. (Meeuwissen & Weeghel, 2003)

Door het geven van psycho- educatie krijgt de cliënt meer kennis over de stoornis waar hij aan lijdt, zoals hierboven beschreven staat. Dat vergroot de controle. Depressieve cliënten hebben de neiging om ook de depressieve symptomen te zien als bewijs van persoonlijk falen en tekortschieten. Ze voelen zich vaak schuldig over hun stoornis. Dat maakt hun lijden extra zwaar: zij lijden aan de stoornis en aan het schuldgevoel over het feit dat zij de stoornis hebben. (Weerman, 2006)

Psycho- educatie heeft verschillende doelen:

- informatie geven over het ziektebeeld, diagnostiek en behandelmogelijkheden inclusief alternatieven (informatieplicht volgens de WGBO)
- komen tot een weloverwogen behandelovereenkomst (geen behandeling zonder toestemming volgens het WGBO)
- bevorderen van begrip van en inzicht in het ziektebeeld bij de cliënt en diens omgeving
- bevorderen van acceptatie van de ziekte en kwetsbaarheid bij de cliënt en diens omgeving en daarmee van een grote autonomie van de cliënt
- bevorderen van de therapietrouw van de cliënt

(Meeuwissen & Weeghel, 2003)

Hoe zal psycho- educatie er uit zien in de zaal?

Zoals in de bovenstaande tekst beschreven staat is het geven van psycho- educatie een wezenlijk onderdeel van de behandeling bij een depressie. Allereerst staat beschreven dat de cliënt moet weten wat van de verschijnselen, complexiteit en het wisselende beloop die passen bij een depressie zijn.

Als psychomotorische therapeut moet je dus op de hoogte zijn van de verschijnselen, de complexiteit, het wisselende beloop, risico van terugval bij een depressie (zie voor meer informatie over een depressie paragraaf 2.1), zodat je de cliënt hierover kan informeren. Op het moment dat je merkt dat iemand last heeft van een depressie en is voor het eerst of tijdens het begin van de opname in de zaal bij psychomotorische therapie, is het raadzaam als psychomotorische therapeut psycho-educatie te geven. Het vergroot de controle bij de cliënt, zoals staat beschreven in het bovenstaande stuk. Door de cliënt goed te informeren kan dit een bijdragen in de herkenning en de onderkenning van het ziektebeeld.

Bij mensen met een depressie leg je als psychomotorische therapeut uit, dat het negatieve denken (attribueren) de belangrijkste in stand houdende factor van de depressie is. Het gaat hierbij niet alleen om gedachten, maar ook om gedrag. Mensen die lijden aan een depressie zijn geneigd zich terug te trekken en dit houdt de depressie in stand. De cliënt onderneemt veelal steeds minder activiteiten en kan daardoor negatieve opvattingen (*het wordt nooit wat, ik ben waardeloos, ik kan niets*) ook steeds minder aan de praktijk toetsen. (Weerman, 2006)

Naast het geven van informatie over het ziektebeeld en de diagnose is het ook van belang om een goede uitleg te geven over de verschillende behandelmogelijkheden, die mogelijk zijn bij psychomotorische therapie. Door het geven van de verschillende behandelmogelijkheden kan het de cliënt in staat stellen om te komen tot een weloverwogen behandelovereenkomst, aldus de bovenstaande tekst.

Om een overzicht te geven van een aantal behandelmogelijkheden binnen de psychomotorische therapie voor een depressie, wordt er gebruik gemaakt van producten, zoals deze beschreven zijn in het boek '*In Beweging*' van M. Hattum en G. Hutschemaekers.

De behandelmogelijkheden binnen de PMT voor een depressie zijn:

- Producten uit 'In beweging': (Voor de uitwerking van deze producten zie bijlage 3)
 - Steunend**
 - o *Bewegingsonderhoud voor langdurig zorgafhankelijke cliënten met stemmingstoornissen*
 - Pragmatisch- structurerend**
 - o *Bewegingsactivering voor cliënten met chronische psychiatrische stoornissen met een depressief stemmingsbeeld*
 - o *Bewegingsrehabilitatie voor cliënten met chronische psychiatrische stoornissen met depressief stemmingsbeeld*
 - Directief- klachtgericht**
 - o *Bewegingstherapie voor cliënten met een depressie in engere zin*
 - o *Bewegingstherapie voor mensen met een depressieve in 'ergere' zin: partiële of volledige remissie.*
 - Focaal- inzichtgevend**
 - o *Genderspecifieke psychomotorische therapie voor vrouwen met een depressie*
 - Inzichtgevend- plus**
 - o *Inzichtgevende psychomotorische therapie: een algemene omschrijving*
- Runningtherapie

Voordat je al deze behandelmogelijkheden met de cliënt gaat bespreken, is het naar mijn idee, al belangrijk hierin een nuancering te maken als psychomotorische therapeut. Bespreek niet alle producten met de cliënt, alleen die passend zijn bij de problematiek op dat moment. Bijv. het inzichtgevend plus product kan op de langere termijn een doel zijn, maar niet in de beginfase van een (vervolg)behandeling van een depressie.

Neem in de bespreking de lange termijnvoordelen van de behandeling mee bijvoorbeeld van runningtherapie, tegenover de korte termijnhinder. Vaak is dit al genoeg om therapietrouw te winnen, aldus Meeuwissen & Weeghel.

Doordat de cliënt door het geven van de psycho – educatie weet wat er werkelijk aan de hand is en daardoor meer controle krijgt en weet welke behandelmogelijkheden, zal dit een bijdrage kunnen hebben op de intrinsieke motivatie van een depressieve cliënt.

3.2.2 Steunend en structurerende gesprekken

Een ander manier die bij kan dragen aan het vergroten van de intrinsieke motivatie voor een vervolgbehandeling is door steunende en structurerende gesprekken aan te gaan met een cliënt in het beginstadium van een behandeling. Binnen de psychomotorische therapie is het ook goed mogelijk om zulke gesprekken te hebben met een cliënt. Allereerst zal verteld worden wat de steunende en structurerende gesprekken zijn en vervolgens wordt aan de hand van een voorbeeld duidelijk hoe dit bruikbaar is binnen de psychomotorische therapie.

In het beginstadium van het behandelen, kan je steunende– structurerende gesprekken hebben met een cliënt, dit is ook mogelijke tijdens de psychomotorische therapie. Deze gesprekken hebben een begeleidend en ondersteunend karakter. De gesprekken zijn gericht op structurering en leefstijladviezen. Het doel van de steunende– structurerende begeleiding is een betere hantering (coping) van de depressieve klachten door de cliënt. Eventueel kunnen de begeleidende gesprekken worden ingezet om de cliënt te motiveren voor een behandeling bij psychomotorische therapie of een andere behandelvorm. (Meeuwissen & Weeghel, 2003)

Wanneer heb je met iemand steunende en structurerende gesprekken?

Met cliënten die (nog) onvoldoende kunnen profiteren van een psychotherapeutische behandeling, bijvoorbeeld door gebrek aan motivatie, inzicht, affiniteit met behandeling of een onvoldoende stabiele omgeving, kun je steunende en structurerende gesprekken voeren.

Bij een milde depressie hangt de begeleiding af van de behoefte van de patiënt, als er geen behoefte is aan verdere begeleiding wordt dit gerespecteerd. Bij ernstige depressie wordt meer aangedrongen op vervolcontact, aangezien terugtrekken bij de depressie kan horen en de cliënt de ernst wellicht niet overziet.

Behandelinhoud tijdens de steunend- structurerende begeleiding

In steunende- structurerende begeleiding staat het aanbrengen van structuur en regelmaat op de voorgrond. Leefstijladviezen over het belang van dagstructuur, een goede slaapgewoonte, voldoende

lichaamsbeweging, vermijden van overmatig alcoholgebruik en voldoende sociale contacten kunnen het herstel ondersteunen. De inhoud van de begeleiding kan bestaan uit:

- Het evalueren van de klachten, het beloop en het suïciderisico eventueel met behulp van zelfregistratie van depressieve klachten
- Een combinatie met farmacotherapie: motiveren tot therapietrouw
- Besprekingen van emoties die met depressie kunnen samenhangen, zoals teleurstelling, verdriet, krenking of woede.
- Instructies geven voor hoe met klachten om te gaan. Een voorbeeld hiervan is dat je de cliënt de instructie geeft zich te gaan concentreren op de gevolgen in plaats van de oorzaken en het bijhouden van een dagboek.
- Bespreken van het functioneren thuis, op het werk of in de opleiding. Samen opstellen van korte termijn doelen, met inachtneming van de haalbaarheid en samen nagaan of de cliënt deze doelen heeft kunnen verwezenlijken. Complimenteren voor successen en stellen van nieuwe doelen.
- Aanspreken op wat de cliënt nog wel kan met als doel dit te behouden en te versterken.
- Stimuleren tot het verbeteren van de dagbesteding en sociale contacten.
- Time- management advies ('eerst de boodschappen en dan pas verder tobben').
- Een programma om gestructureerd weer bepaalde activiteiten te ondernemen, bijvoorbeeld met behulp van het registreren van depressieve klachten, activiteiten en een dagschema.
- Nader exploreren van de achtergrond van de depressie om meer zicht en controle op de toestand te geven. Steunen in het verwerken van ingrijpende gebeurtenissen in het verleden. (Meeuwissen & Weeghel, 2003)

Hoe is deze behandelinhoud bruikbaar in de psychomotorische therapie?

Aan de hand van een praktijkvoorbeeld, zal een voorbeeld gegeven worden hoe je de bovenstaande behandelinhoud kan toepassen tijdens de psychomotorische therapie.

In een behandeling, is het goed mogelijk om tijdens psychomotorische therapie gebruik te maken van steunende – structurerende gesprekken. Hoe je dit kunt toepassen, wordt verteld aan de hand van een praktijkvoorbeeld.

Dhr. Janssen, was opgenomen op een PAAZ. Tijdens de opname op de PAAZ, wordt van cliënten verwacht deel te nemen aan verschillende activiteiten, zo ook het sport- en speluur van een psychomotorische therapeut. In het sport- en speluur werden verschillende spelvormen gedaan, zoals basketbal, blokjesvoetbal, tamponhockey en badminton.

Bij binnenkomst bij het sport- en speluur was dhr. Janssen vaak gesloten, gespannen, keek hij veel naar de grond en kwam er moeizaam een gesprek op gang. De psychomotorische therapeut en dhr. Janssen gingen samen badmintonnen. Tijdens het badmintonnen zag je zijn houding veranderen, je kreeg meer oogcontact, hij was minder gespannen en kwam er meer een gesprek op gang. De attitude bij het sport- en speluur was uitnodigend, steunend en gestructureerd.

Doordat de houding van dhr. veranderde tijdens het badmintonnen, kwam er meer een gesprek op gang. Op dat moment is het goed mogelijk om als psychomotorische therapeut, een steunend– gestructureerd gesprek met dhr. aan te gaan en ondertussen gewoon verder te badmintonnen. De bovenstaande punten kunnen worden gebruikt als behandelinhoud tijdens het steunende- gestructureerde gesprek. Een voorbeeld hiervan is, het stimuleren tot verbeteren van de dagbesteding.

Th: Hoe vind je het om weer te sporten?

J.: Ach, ik vind het wel even geinig om zo samen over te slaan.

Th: Doe je thuis nog iets aan sport?

J: Nee even helemaal niet meer, heb er geen puf voor

Th: Ik vind het heel positief dat je hier al komt en ik je kunt uitnodigen tot een potje badminton, wat je zelfs al geinig vind om te doen. Een hele vooruitgang met het begin van je opname. Ik kan mij voorstellen dat het je veel energie kost, maar volgens mij levert het je ook wel iets op het sporten. Als ik kijk naar het sporten hier op de PAAZ, je wordt er minder gespannen van en ik zie zelfs af en toe een glimlach op je gezicht, dat klopt toch?

J: Nou, ja, het heeft wel iets effect maar niet heel veel hoor

Th: Het is toch juist al prettig dat het iets effect heeft of niet? Voor het herstel van een depressie kan bewegen en ook een dagritme bijdragen aan je herstel. Wist je dat?

J: Nee.

Th: Je was toch altijd zo fanatiek aan het fitnesssen?

J: Ja, dat klopt.

Th: Waarom ben je daar mee gestopt?

J: Ik kreeg een blessure, waardoor ik daar mee moest stoppen.

Th: Kan je nu nog steeds niet fitnesssen.

J: Jawel, maar het is er nog niet van gekomen.

Th: Het lijkt mij goed, om samen te gaan kijken hoe je week eruit ziet nu en hoe we een keer extra fitnessuur voor jou kunnen inpassen in het programma van de PAAZ. Dat we samen een keer extra individueel gaan fitnesssen.

J: mm, ja wel een goed idee.

Th = de therapeut

J = dhr. Janssen

In de bovenstaande tekst staat beschreven dat je met cliënten steunende en structurerende gesprekken aangaat bijvoorbeeld door gebrek aan motivatie, inzicht, affiniteit met de behandeling of een onvoldoende stabiele omgeving. Door met een cliënt tijdens de psychomotorische therapie, steunende en gestructureerde gesprekken te voeren, streef je erna dat de cliënt zijn depressieve klachten beter kan hanteren. De gesprekken vonden in het voorbeeld plaats, tijdens het badmintonnen. De cliënt had nog een gebrek aan affiniteit met de behandeling. De cliënt merkte dat hij zich door het sporten als iets beter ging voelen. Door inspanning volgde ontspanning. Hij ervaarde het al meteen letterlijk aan den lijve. Het kan dan ook een goede ingang om met de cliënt te hebben over een vervolgbehandeling bij psychomotorische therapie.

3.2.3 PMT modaliteiten: oefenen, ervaren en ontdekken

In paragraaf 3.1.3 staat welke modaliteiten er zijn binnen de psychomotorische therapie, wat de modaliteiten zijn en hoe er vanuit deze modaliteiten gewerkt kan worden binnen het cognitief gedragstherapeutisch kader. In het cognitief gedragstherapeutisch kader kan er vanuit alle modaliteiten gewerkt worden.

In dit stuk zal de nadruk liggen op, vanuit welke modaliteiten je de cliënt lichaamservaringen op laat doen en je hem laat deelnemen aan bewegingssituaties, zodat dit een bijdrage heeft aan de intrinsieke motivatie voor een vervolgbehandeling. Alle modaliteiten worden beschreven. Per modaliteit wordt beschreven of deze bruikbaar is of niet. Als de modaliteit bruikbaar is, wordt dit toegelicht aan de hand van praktijkvoorbeelden

Oefenen

Het gaat binnen deze modaliteit om het eigen maken van nieuw gedrag. Op het moment dat je nieuw gedrag je eigen gaat maken, ben je al bezig met gedragsveranderingen. Wat je kunt zien dat je al bezig bent met een (vervolg)behandeling. Een voorbeeld hiervan is het aanleren van ontspanningsoefeningen bij een cliënt met veel spanningsklachten.

Doordat je al aan het behandelen gaat, is het niet mogelijk om deze modaliteit te gebruiken om de intrinsieke motivatie voor een vervolgbehandeling te vergroten.

Ervaren

De modaliteit ervaren staat voor het ervaringsproces waarin de cliënt verschillen gaat ervaren in het opdoen van allerlei gedragsalternatieven en wat de effecten zijn van deze alternatieven op zijn gedrag, in de relatie tot zijn omgeving.

Deze modaliteit kan een bijdrage hebben voor het vergroten van de intrinsieke motivatie voor een vervolgbehandeling. Om dit duidelijk te maken wordt er gebruik gemaakt van een aantal praktijkvoorbeelden waarin het werken vanuit de modaliteit ervaren in de psychomotorische therapie centraal staat. De cliënt doet letterlijk de ervaring op wat hij aan de psychomotorische therapie heeft.

Dhr. Janssen is opgenomen op een PAAZ. Tijdens de opname op de PAAZ komt hij in een observatiegroep. Het doel van de observatiegroep is verschillende observatiegegevens te verzamelen rondom de diagnostiek. In de observatiegroep, bij de psychomotorische therapie, worden verschillende oefenvormen aan de cliënt aangeboden aan de hand van verschillende thema's. Deze oefenvormen worden vanuit de modaliteit ervaren aangeboden.

Dhr. Janssen en de psychomotorische therapeut deze samen de oefenvorm "stoklopen", waarbij het thema volgen en leiden in naar voren komt.

Wat is de bedoeling van het stoklopen?

2 personen staan naast elkaar en houden beiden de stok vast. Beiden gaan lopen door de zaal. 1 persoon heeft het initiatief en bepaalde route in de zaal, de ander volgt. Na enige tijd worden de rollen omgewisseld.

Samen liepen ze door de zaal met de stok, en ervoerden ze beide rollen. Na het ervaren van beide rollen, werd de oefenvorm na besproken aan de hand van de beide rollen:

- *Hoe vond je het gaan?*
- *Welke rol vond je het prettigst en herken je het meeste van jezelf?*
- *Ben je hier tevreden over?*

Dhr. Janssen herkende zich het meest in de volgende rol. De leidende rol vond hij onwennig. In de volgende rol ervaart hij ook nadelen in het dagelijks leven bijv. in de relatie met zijn ex- vrouw, waarin hij te volgzaam was en zij alle vrijheid nam. Ook nu is hij naar het contact naar haar volgzaam, hij is hier niet tevreden over en gaf aan dit in de toekomst graag anders zou willen. Maar dit zou hij toch zelf moeten doen en kwam er zelf wel uit.

De psychomotorische therapeut benoemde dat het mogelijk was binnen de psychomotorische therapie hiermee aan het werk te kunnen gaan, door verschillende oefenvormen, waarin hij ervaringen gaat opdoen met een leidende rol. Op deze manier hoop ik dat de cliënt het idee te geven aan psychomotorische therapie heb ik iets.

Clënten op de PAAZ van mijn stageplek, hebben in het basisprogramma 3 keer per week fitness. De fitness is een circuitvorm met 12 verschillende oefenen met zowel spierversterkende oefeningen en cardioapparatuur (bijv. een crosstrainer en een hometrainer). Elke oefening duurt 50 sec. daarna wordt er doorgedraaid naar een volgende oefening. Alle oefeningen worden in totaal 2 keer gedaan.

Het activiteitsniveau bij een depressieve cliënt is veelal laag. Depressieve cliënten komen vaak moeilijk op ideeën om iets te doen. Zelfs activiteiten die zij vroeger plezierig vonden, zijn ze nogal eens uit het oog verdwenen. (Weerman, 2006)

Door de deelname (d.m.v. de modaliteit ervaren) aan de fitness, kan een cliënt ervaren 'letterlijk' weer in zijn of haar kracht komen. Doordat de fitness 3 keer per week is, wordt de conditie geleidelijk weer opgebouwd. Een cliënt kan meer energie ervaren en wellicht ook in het dagelijkse leven merken dat ze weer meer energie krijgen.

Bij dhr. Janssen had dit ook effect. Hij ervaaarde letterlijk dat hij weer meer kracht kreeg.

Dhr. Janssen komt tijdens de opname op de PAAZ, bij het sport- en speluur die wordt aangeboden door een psychomotorische therapeut. In het sport- en speluur worden cliënten uitgenodigd tot bewegen in verschillende arrangementen, zoals badminton, basketbal, waarbinnen ze ervaringen op kunnen doen.

Tijdens het sport- en speluur zie je dat er naast de sombere mimiek van dhr. er ook af en toe een glimlach op het gezicht te zien is van hem. De psychomotorische therapeut geeft hem terug, dat je af en toe ook een glimlach op zijn gezicht ziet, met het idee er achter dat de cliënt zicht krijgt op dit 'gedrag'.

Kennelijk door hem in de ervaring te zetten van het sporten, gaat hij verschillen ervaren in zijn stemming. Hij ervaart dat hij naast de overheersende neerslachtige gevoelens ook plezier kan beleven.

Ontdekken

Binnen de modaliteit staan onverwerkte, verdrongen herinneringen, emoties en intrapsychische conflicten centraal die verwijzen naar een trauma. In deze modaliteit krijgt de cliënt deze intrapsychische conflicten te ontdekken, er over te leren praten, te leren benoemen en te plaatsen in het huidige bestaan.

Als je wel met iemand d.m.v. deze modaliteit te werk gaat met weinig intrinsieke motivatie, zal de cliënt in ieder geval afhaken. Als je vanuit deze modaliteit te werk gaat moet je al een behandelovereenkomst hebben met een cliënt,

3.2.4 Cognitief gedragtherapeutische interventie

Binnen het cognitief gedragtherapeutisch kader, staat het cognitieve aspect, de (irrationele of disfunctionele) gedachten centraal. Emotionele problemen en gedragsproblemen ontstaan volgens deze visie uit slecht aangepaste disfunctionele gedachten. Zoals al beschreven is in paragraaf 3.1.2, sluit het cognitief gedragtherapeutisch kader het beste aan bij de manier waarop depressieve cliënten attribueren.

Er zijn verschillende technieken in het cognitief gedragtherapeutisch kader om disfunctionele of irrationele gedachten (attributies) op te sporen, uit te dagen en bij te stellen. In dit hoofdstuk zal ik ingaan op het G- schema die gebruikt kan worden om irrationele gedachten bij te stellen. Zodat ze de gedachten veranderen waardoor het bij kan dragen aan het vergroten van de intrinsieke motivatie voor een vervolgbehandeling bij een depressieve cliënt.

Het G-schema

Een manier om problemen uiteen te rafelen is door gebruik te maken van een G- schema. Het G- schema bestaat uit 5 G's: gebeurtenis, gedachten, gevoelens, gedrag en gevolg. Door deze 5 uit te werken ontdek je waarom je in bepaalde situaties iets doet, denkt of voelt. In situaties waarin je je onprettig voelt kan deze werkmethode je helpen om je angst of onprettige gevoelens te verminderen.

Je begint bij de eerste G: gebeurtenis. Je kijkt eerst naar wat de feitelijke gebeurtenis was. Daarna wordt er gekeken wat de gevoelens en het gedrag waren, en uiteindelijk wordt nagegaan welke gedachten er in het spel waren.

Hoe kan dit toegepast worden? Als je een depressieve cliënt in de zaal krijgt tijdens de fitness en diegene voelt zich alleen maar slechter door de fitness, kan je het G- schema met diegene gaan invullen. Op mijn stage zou het mogelijk zijn, om de cliënt na de fitness hiervoor uit te nodigen.

Het is de vraag dan waarom voelt diegene zich minder goed. De manier van attribueren van een depressieve cliënt is hierbij bepalend, volgens de attributietheorie van een depressie. Depressieve cliënten attribueren op een interne, stabiele, globale attributies over negatieve gebeurtenissen. Tevens attribueren ze over een positieve gebeurtenis op een externe, instabiele en specifieke attributies. Door het invullen van het G- schema kan je de cliënt inzicht geven in, op welke manier de cliënt attributeert.

Voordat je het G- schema met de cliënt gaat invullen leg je uit dat de gevoelens meestal te herleiden zijn naar de 4 basisgevoelens: boos, blij, bang, bedroefd. Je legt dit uit, omdat veel cliënten de

gevoelens en gedachten met elkaar verwarren. Ze zeggen dan bijvoorbeeld op de vraag hoe ze zich voelden: “ik dacht: dit gaat niet goed”.

Na het invullen van het G- schema, kan je samen met de cliënt gaan kijken of de gedachten kloppen en of de gevolgen echt zo rampzalig zijn als zij dachten. Na het uitdagen van de gedachten, bedenk je samen met de cliënt helpende, gezonde gedachten. (Weerman, 2006)

Door het invullen van het G- schema met de cliënt, laat je zien dat deze werkmethode voor een cliënt helpend kan zijn om de angst of onprettige gevoelens te verminderen. Doordat het voor cliënten inzichtelijk wordt, dat hun gedachten (attributie) bepalend zijn voor hun depressie en het gevoel hebben dat ze hier zelf een aandeel in hebben, kunnen cliënten ervaren dat ze er zelf invloed op uit kunnen oefenen en kan het een bijdrage hebben dat ze gaan kiezen voor een vervolgbehandeling.

3.2.5 Interactioneel judo

De laatste vorm die bruikbaar is om de intrinsieke motivatie voor vervolgbehandeling te kunnen vergroten bij een depressieve cliënt is interactioneel judo.

Bij interactioneel judo zorgt de therapeut ervoor dat hij niet gaat ‘trekken of duwen’ aan de cliënt. Het risico bij trekken en duwen is nu eenmaal dat de cliënt even hard (of harder) gaat terugtrekken en duwen. Bij een judohouding doet de therapeut juist het omgekeerd van wat je normaal zou verwachten. Bij terughoudende cliënten gaat de therapeut niet zozeer aansporen en overtuigen, maar juist mee in die terughoudendheid.

Een voorbeeld hoe je dit kan toepassen in een gesprek met een cliënt:

Ik begrijp heel goed dat u grote aarzelingen heeft of u wel of niet aan een behandeling moet beginnen. Sterker nog, ik zou in uw plaats waarschijnlijk hetzelfde hebben. Later we vooral niets forceren of overhaasten. Ik heb alle tijd, er zijn genoeg andere cliënten die al wel tot een beslissing zijn gekomen. Denkt u er eerst nog maar eens rustig over na en neem weer contact met mij op als u iets besloten hebt. Afhankelijke van uw besluit kunnen we dan wel of geen nieuwe afspraak maken. (Korrelboom & Ten Broeke, 2004)

Door mee te gaan met weerstanden van de cliënt, hoopt de therapeut te bewerkstelligen dat de cliënt vanuit zijn verzet tegen de therapeut, het goede spoor vindt en deze vasthoudt. Judo wordt dan ook vooral toegepast bij cliënten die zich niet graag schikken in de volgende rol, maar die wel moeten worden overgehaald om bepaalde therapeutische stappen te doen. De therapeut hoopt te bereiken dat deze cliënten juist in beweging komen wanneer ze niet de indruk krijgen dat het van de therapeut ‘moet’. (Korrelboom & Ten Broeke, 2004)

Het gevaar bij deze vorm vind ik zelf echter wel, dat een cliënt die vermijdend is ook de mogelijkheid krijgt om te kunnen vermijden i.p.v. dat je bewerkstelt dat de cliënt vanuit zijn verzet tegen de therapeut het goede spoor vindt en vasthoudt. Het is dus raadzaam om als therapeut goed in te schatten wanneer je gebruik maakt van deze vorm.

Conclusie

De vraagstelling:

Hoe kan PMT bijdragen aan de intrinsieke motivatie voor vervolgbehandeling bij een depressieve cliënt?

De conclusie is dat de psychomotorische therapie een bijdrage kan hebben aan de intrinsieke motivatie voor een vervolgbehandeling bij een depressieve cliënt. De strategieën en technieken waardoor de PMT een bijdrage kan hebben aan de intrinsieke motivatie voor een vervolgbehandeling zijn: het geven van psycho-educatie over een depressie, door steunende en structurerende gesprekken, vanuit de PMT-modaliteit ervaren, het G-schema en interactioneel judo.

De technieken en strategieën, passen allemaal in het cognitief gedragstherapeutisch kader die wordt gebruikt ter beïnvloeding. Er is voor het cognitief gedragstherapeutisch kader gekozen omdat de manieren waarop depressieve cliënten attribueren (de oorzakelijke verklaringen die mensen geven voor gebeurtenissen die ze meemaken) en in belangrijke mate hoe bepalend attributies zijn voor emotionele en gedragsmatige gevolgen van een gebeurtenis.

De oorzakelijke verklaringen die mensen geven voor gebeurtenissen (attributie), kan naar mijn idee gezien worden, als een cognitief aspect. Je geeft cognitief een verklaring voor de gebeurtenis. Binnen het cognitief gedragstherapeutisch kader, staat dit cognitieve aspect, de (irrationele of disfunctionele) gedachten centraal. Emotionele problemen en gedragsproblemen ontstaan volgens deze visie uit slecht aangepaste disfunctionele gedachten.

Het geven van psycho-educatie bij een depressieve cliënt is een wezenlijk onderdeel van de behandeling. Bij psycho-educatie geef je meer informatie over de stoornis (verschijnselen, complexiteit, en het wisselende beloop die bij een depressie passen) en welke behandelmogelijkheden er zijn bij de psychomotorische therapie. Het geven van psycho-educatie vergroot de controle, van de depressieve cliënt.

Bij mensen met een depressie leg je als psychomotorische therapeut uit, dat het negatieve denken (attribueren) de belangrijkste in stand houdende factor van de depressie is. Het gaat hierbij niet alleen om gedachten, maar ook om gedrag. Mensen die lijden aan een depressie zijn geneigd zich terug te trekken en dit houdt de depressie in stand. De cliënt onderneemt veelal steeds minder activiteiten en kan daardoor negatieve opvattingen (*het wordt nooit wat, ik ben waardeloos, ik kan niets*) ook steeds minder aan de praktijk toetsen.

Doordat de cliënt door het geven van de psycho-educatie weet wat er werkelijk aan de hand is, daardoor meer controle krijgt en weet welke behandelmogelijkheden er voorhanden zijn, zal dit een bijdrage kunnen hebben op de intrinsieke motivatie van een depressieve cliënt.

De steunende en structurerende gesprekken hebben een ondersteunend karakter. Je gaat met cliënten steunende en structurerende gesprekken aan die nog onvoldoende kunnen profiteren van een psychotherapeutische behandeling bijvoorbeeld door gebrek aan motivatie, inzicht, affiniteit met de behandeling of een onvoldoende stabiele omgeving. De gesprekken zijn gericht op structureren en leefstijladviezen. Het doel van de steunende en structurerende gesprekken is een betere hantering van de depressieve klachten door de cliënt.

In de psychomotorische therapie zijn deze steunende en structurerende gesprekken toepasbaar, zoals in het praktijkvoorbeeld in paragraaf 3.2.2 beschreven staat. De gesprekken vonden in het praktijkvoorbeeld plaats, tijdens het badmintonnen. De cliënt had nog een gebrek aan affiniteit met de behandeling. De cliënt merkte dat hij zich door het sporten al iets beter ging voelen. Hij ervaarde het al meteen letterlijk aan den lijve.

In de steunende en structurerende gesprekken is het goed mogelijk om het uiteindelijk met een depressieve cliënt te hebben over een vervolgbehandeling. Door de steunende en structurerende gesprekken hoop je dat cliënten de depressieve klachten beter kunnen hanteren. Op het moment dat de cliënten de klachten beter kunnen hanteren kan er meer motivatie zijn ontstaan, meer inzicht zijn, meer affiniteit met de behandeling zijn ontstaan en de omgeving kan ondertussen stabiel zijn.

De modaliteit ervaren staat voor het ervaringsproces waarin de cliënt verschillen gaat ervaren in het opdoen van allerlei gedragsmatige alternatieven en wat de effecten zijn van deze alternatieven op zijn gedrag. Door een cliënt, vanuit de modaliteit ervaren, lichaamsservaringen op te laten doen en je hem laat deelnemen aan bewegingssituaties, doet de cliënt letterlijk de ervaring op wat hij aan de psychomotorische therapie kan hebben. Door het letterlijk opdoen van verschillende ervaringen, kan dit een bijdrage hebben aan de intrinsieke motivatie voor een vervolgbehandeling.

Een manier om problemen uiteen te rafelen is door gebruik te maken van een G- schema. Het G- schema bestaat uit 5 G's: gebeurtenis, gedachten, gevoelens, gedrag en gevolg. Door deze 5 uit te werken ontdek je waarom je in bepaalde situaties iets doet, denkt of voelt. In situaties waarin je jezelf onprettig voelt kan deze werkmethode je helpen om je angst of onprettige gevoelens te verminderen. Door het invullen van het G- schema met de cliënt, laat je zien dat deze werkmethode voor een cliënt helpend kan zijn om de angst of onprettige gevoelens te verminderen. Doordat het voor cliënten inzichtelijk wordt, dat hun gedachten (attributie) bepalend zijn voor hun depressie en het gevoel hebben dat ze hier zelf een aandeel in hebben, kunnen cliënten ervaren dat ze er zelf invloed op uit kunnen oefenen. Vooral het ervaren dat ze er zelf invloed op uit kunnen oefenen, kan het een bijdrage hebben dat ze gaan kiezen voor een vervolgbehandeling.

De laatste vorm die bruikbaar is om de intrinsieke motivatie voor vervolgbehandeling te kunnen vergroten bij een depressieve cliënt is interactioneel judo. Door mee te gaan met de weerstanden van de cliënt, hoop je als therapeut te bewerkstelligen dat de cliënt vanuit zijn eigen verzet tegen de therapeut, het goede spoor vindt en deze vasthoudt.

Literatuur

Boeken

Hattum M. & Hutschemeakers G. (2003), *In beweging: de ontwikkeling van producten voor psychomotorische therapie*. Utrecht: Trimbo's Instituut

Korrelboom K, Broeke E. ten (2004), *Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie: handboek voor theorie en praktijk*. Bussum: Coutinho

Meeuwissen J.A.C. & Weeghel J. (2003), *Modulenboek bij het stepped care-programma voor depressie*, Utrecht: Trimbo's instituut

Molen H. T. van der, Perreijn S, Hout M.A. van den (2007), *Klinische psychologie: theorieën en behandeling*. Groningen/ Houten: Wolters- Noordhoff

Schmidt H.G. (1982) *Activatie van voorkennis intrinsieke motivatie en de verweking van tekst*. Apeldoorn: Van Walraven bv

Vandereycken W., Hoogduin C.A.L., Emmelkamp P.M.G. (2000), *Handboek psychopathologie deel 1 basisbegrippen*, Houten: Bohn Stafleu van Loghum

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

Vinke R. (1996), *Motivatie en belonen, de mythe van intrinsieke motivatie*. Deventer: Kluwer Bedrijfsinformatie

Vinke R. (2004), *Zoeken naar intrinsieke motivatie*. 's Gravenhage: Reed Business Information

Van Dale (2006), *Groot woordenboek hedendaags Nederlands*, Utrecht/ Antwerpen: Van Dale Lexicografie BV

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

Artikelen

NVPMT (1995), *Beroepsprofiel psychomotorische therapeut (versie 1995)* speciale uitgave A.L.V. maart 1995

Sietsma L.W. (2001) , *Congres Sport en Santé Mentale Luik. Sport en psychiatrie*. In: Reader G006, bewegingsagogie en psychomotorische therapie

Internet

<http://www.praktijk-haagwinde.nl/biomodel.html> (21 mei 2009)

www.yvonnevantuijn-lukken.nl (21 mei 2009)

Bijlagen

Bijlage 1

De aangeleerde- hulpeloosheidstheorie

De aangeleerde- hulpeloosheidstheorie werd ontwikkeld door Seligman. In onderzoek naar effecten van onontkoombare eclecticische schokken merkte Seligman dat de proefdieren (honden) verschijnselen vertoonde die sterk op een menselijke depressie leken.

Kort gezegd dat het onderzoek het als volgt uit:

Er waren drie groepen met honden. Ze kregen een bedieningspaneeltje op hun neus die ze konden bedienen. De eerste groep honden kreeg elektrische schokken toegediend en konden ontsnappen door de knop van het in de drukken op hun neus. De tweede groep honden kreeg ook schokken toegediend, maar konden de schokken niet stoppen en de derde groep bleef vrij van schokken.

De honden werden in een ander hok geplaatst, met 2 gedeelten, en kregen wederom schokken toegediend in 1 gedeelte. Ze konden ontsnappen door naar het andere te springen.

De honden van groep uit de eerste groepen bleven apathisch zitten, wachtend op de volgende schok, ook toen ze de mogelijkheid kregen om aan de schokken te ontkomen. De honden in groep 3 deden er alles aan om aan de schok te ontsnappen. Seligman concludeerde dat de eerste twee groep honden hadden aangeleerd, dat geen enkele actie of respons van hun kan effect had, ze waren zoals Seligman het noemde 'aangeleerd hulpeloos'.

Later werd dit fenomeen 'aangeleerd hulpeloosheid' onderzocht bij mensen. Een groep studenten werd in 3en gedeeld. De eerste groep kreeg een hard geluid te horen, wat ze konden stoppen door 4 keer op een knop te drukken. De tweede groep kon geen invloed uitoefenen op het geluid. De derde groep kreeg het geluid niet te horen. De proefpersonen werden vervolgens in ruimte gezet, waar zij het geluid eenvoudig konden stoppen door een hendel over te halen.

De personen uit de eerste en derde groep leerden snel om de hendel over te halen, maar de leden van de tweede groep bleven in meerderheid passief zitten. Zij hadden geleerd, volgens Seligman, dat er geen meer bestaat tussen hun acties en bepaalde gewenste uitkomsten, en ze vertoonde verschijnselen die sterk aan een depressieve stoornis deden denken, zoals somberheid, teleurstelling en twijfel aan eigen vaardigheid.

Er was binnen deze groep wel verschil te zien tussen mensen. Er waren ook mensen die vrolijk reageerden i.p.v. depressieve symptomen. Dit leidde tot een herformulering van de aangeleerde hulpeloosheidstheorie. Volgens deze herformulering is de manier waarop de proefpersoon de 'oncontroleerbare' gebeurtenis uitlegt van belang. Deze uitleg wordt een (causale) attributie genoemd. Deze theorie wordt de 'attributiegeoriënteerde aangeleerde hulpeloosheidstheorie'.

Aan causale attributie worden 3 dimensies onderscheiden:

- intern/ extern
- globaal/ specifiek
- stabiel/ instabiel

Zoekt de persoon de oorzaak van de oncontroleerbare gebeurtenis niet bij anderen personen of de situatie (externe attributie) of bij zichzelf (interne attributies), dan zullen vooral depressieve verschijnselen ontstaan die worden gekenmerkt door een lage zelfwaardering. Schrijf de persoon de oorzaak toe aan relatief onveranderlijke factoren (stabiele attributies) en niet aan veranderlijke factoren (instabiele attributies), dan zullen de depressieve verschijnselen langdurig zijn. Wanneer iemand de oorzaak zoekt in factoren die aanwezig zijn in een verscheidenheid van situaties (globale attributies) in plaats van in factoren die slecht gelden in een beperkt aantal situaties (specifieke attributies), dan zullen de depressieve verschijnselen een groot gebied bestrijken.

Deze herformulering van de aangeleerde hulpeloosheid is duidelijker cognitiever georiënteerd dan de aanvankelijke theorie van Seligman. (van der Molen, Perreijn en van der Hout, 2007)

Bijlage 2

Depressieve episode

Bij punt A van de depressieve stoornis spreekt men over de aanwezigheid van een eenmalig depressieve episode. Ook hier zijn criteria voor beschreven in de DSM –IV TR, namelijk:

DEPRESSIEVE EPISODE (major depressive episode)

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

N.B. Sluit symptomen uit die duidelijk het gevolg zijn van een somatische aandoening, of stemmingsincongruentie wanen en hallucinaties.

- 1) depressieve stemming gedurende het grootste deel van de dag, bijna elke dag, zoals blijft uit ofwel subjectieve mededelingen (bijvoorbeeld voelt zich verdrietig of leeg) ofwel observatie door anderen (bijvoorbeeld lijkt betraand). **N.B.** kan bij kinderen of adolescenten ook prikkelbare stemming zijn
 - 2) duidelijk vermindering van interesse of plezier in alle of bijna alle activiteiten gedurende het grootste deel van de dag, bijna elke dag) zoals blijft uit subjectieve mededelingen of uit observatie door anderen)
 - 3) duidelijke gewichtsvermindering zonder dat dieet gehouden wordt of gewichtstoename (bijvoorbeeld meer dan 5 procent van het lichaamsgewicht in één maand, of bijna elke dag afgenomen of toegenomen eetlust. **N.B.** Bij kinderen moet gedacht worden aan het niet bereiken van de te verwachten gewichtstoename
 - 4) insomnia of hypersomnia, bijna elke dag
 - 5) psychomotorische agitatie of remming (waarneming door anderen, en niet alleen maar subjectief gevoel van rusteloosheid of vertraagheid), bijna elke dag
 - 6) moeheid of verlies van energie, bijna elke dag
 - 7) gevoelens (die waanachtig kunnen zijn) van waardeloosheid of buitensporige of onterechte schuldgevoelens (niet alleen maar zelfverwijten of schuldgevoelens over het ziek zijn), bijna elke dag
 - 8) verminderd vermogen tot nadenken of concentratie of besluiteloosheid (ofwel subjectief vermeld ofwel geobserveerd door anderen), bijna elke dag
 - 9) terugkerende gedachten aan de dood (niet alleen de vrees dood te gaan), terugkerende suïcidegedachten zonder dat er specifieke plannen gemaakt zijn, of een suïcidepoging of een plan specifiek suïcide te plegen
- B. de symptomen voldoen niet aan de criteria voor een 'gemende episode'
- C. de symptomen veroorzaken in significantie 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 de 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 die symptomen langer dan twee maanden aanwezig of zijn zij gekarakteriseerd door duidelijke functionele beperkingen, ziekelijke preoccupatie met gevoelens van waardeloosheid, suïcide gedachten, psychotische symptomen of psychomotorische remming.

Bijlage 3

Producten uit 'In beweging' van M. van Hattum en G. Hutschemeakers

Steunend

o **Bewegingsonderhoud voor langdurig zorgafhankelijke cliënten met stemmingstoornissen**

Rationale

Het activeren van langdurig zorgafhankelijke cliënten met chronische symptomen is wenselijk en noodzakelijk, omdat zij anders uit zichzelf (steeds) minder in bewegingen komen er secundaire mobiliteit ontstaat, met name op het gebied van het bewegingsapparaat en de algehele conditie. Bodem kan bewegingsarmoede eventuele (comorbide) depressieve verschijnselen onderhouden of versterken en zal van bewegingsonderhoud ook op dit gebied een preventieve werking uitgaan.

Indicatie

Chronische. Psychiatrische symptomatologie

Zorgafhankelijk

Contra- indicaties

Voldoende eigen initiatief tot bewegen

Acute crisis met ernstige symptomatologie

Doelen

Onderhouden van de bewegingsmogelijkheden

Voorkomen van psychomotorische retardatie en daarmee verbonden schade aan het bewegingsapparaat en vitale functies

Interventies

Motiveren tot deelname bewegingsactiviteiten

Met de cliënt zoek naar passende bewegingsactiviteiten

Aanbieden van deze bewegingsactiviteiten (groep/ individueel)

Contextmanipulaties

Ondersteunend begeleiden bij deze bewegingsactiviteiten

Randvoorwaarden

Gymzaal

MBO/ HBO opgeleide bewegingsagoog of activiteitenbegeleider met scholing op het gebied van bewegen

Onder begeleiding/ supervisie van HBO/WO + VO- opgeleidde psychomotorische therapeut

Behandelduur en frequentie

Langdurig doorlopend

Minimaal tweemaal per week

Minimaal twintig tot 30 minuten

Subtypen

Groep

Individueel

Eindtermen

De cliënt krijgt voldoende beweging om de kant op motorische retardatie en secundaire mobiliteit te minimaliseren. Wanneer de cliënt in staat is zelf te voorzien in het bewegingsonderhoud vervalt de noodzaak tot deelname

Pragmatisch- structurerend

Bewegingsactivering voor cliënten met chronische psychiatrische stoornissen met een depressief stemmingsbeeld

Rationale

Cliënten met ernstige psychiatrische stoornissen, gepaard gaande met depressieve symptomen, hebben ondersteuning nodig bij het in actie komen en zicht te oriënteren op zinvolle tijdsbesteding en rehabilitatie, ook op het gebied van sport en bewegen

Indicatie

De cliënt ondervindt verhinderingen bij het (gaan) deelnemen aan (al of niet georganiseerde) sport- en bewegingsactiviteiten door

- depressieve stemming, gebrek aan energie, verlies aan zelfwaardering
- zak ontwikkeld motorisch competentiegevoel
- negatieve lichaamsattitude

De cliënt wil bewegingservaring opdoen ter oriëntatie op maatschappelijke deelname aan bewegingsactiviteiten.

Contra- indicaties

De cliënt is (momenteel) niet in staat tot deelname aan sport- en bewegingsactiviteiten omdat hij/ zij te zeer begeleidingsbehoefstig is

De cliënt verkiest andere activiteiten ter rehabilitatie dan bewegen.

Ernstige fysieke beperkingen

Doelen

Voorbereiden op en bijdragen aan rehabilitatie

Verbeteren van motorisch competentiegevoel

Verbeteren van de ADL, met name lichaamsverzorging en hygiëne

Positief beïnvloeden lichaamsattitude

Bijdragen aan stemmingsverbetering, fitheid, zelfwaardegevoel

Interventies

Onderzoeken van en experimenteren van diverse bewegingsmogelijkheden

Begeleiden bij het planmatig verbeteren van conditie en vaardigheid

Genereren succeservaringen

Aandacht tot lichaamsverzorging

Leren omgaan met succes en mislukking (coping)

Verminderen van vermijdingsgedrag

Stimuleren tot deelname aan sociale bewegingsactiviteiten binnen en buiten de setting

Randvoorwaarden

Sportzaal

HBO- opgeleide bewegingsagoog of (junior) psychomotorische therapeut

Begeleiding/ supervisie door senior psychomotorische therapeut

Behandelduur en frequentie

Langdurig doorlopend aanbod

Minimaal eenmaal per week

75 min per keer

Subtypen

Groep van acht tot tien deelnemers

Eindtermen

Cliënt kan een individueel gericht bewegingstraject starten (zie Bewegingsrehabilitatie voor cliënten met chronische psychiatrische stoornissen met depressief stemmingsbeeld)

Verbeterd motorisch competentiegevoel

Voldoende niveau van lichaamsverzorging en hygiëne

Ontwikkelde positieve lichaamsattitude

Aantoonbare vermindering van depressieve klachten

Bewegingsrehabilitatie voor cliënten met chronische psychiatrische stoornissen met depressief stemmingsbeeld

Rationale

Cliënten met ernstige chronische psychiatrische stoornissen, gepaard gaande met depressieve symptomen, hebben individuele ondersteuning nodig bij zinvolle tijdsbesteding en rehabilitatie, ook op het gebied van sport en bewegen, omdat zij uit zichzelf of in groepsverband hieraan in eerste geen vorm kunnen geven.

Indicatie

De cliënt ondervindt moeilijkheden bij het deelnemen aan (al of niet georganiseerde) sport- en bewegingsactiviteiten door

De cliënt geeft aan hierbij gebruik te willen maken van individuele ondersteuning

Cliënt is te motiveren tot en te begeleiden bij een belevingsactiviteit die bij hem/ haar past

Contra- indicaties

De cliënt is (waarschijnlijk) blijvend begeleidingsbehoefstig en daarom niet in staat tot reguliere sport- en bewegingsactiviteiten

De cliënt verkiest andere activiteiten ter rehabilitatie dan bewegen

Doelen

De cliënt leer zelfstandig deel te nemen aan bewegingsactiviteiten buiten de GGZ, of in instituties die hiermee zijdeling zijn gelieerd, zoals een dagactiviteiten centrum

Het verbeteren van motorische vaardigheden en conditie voor de gekozen bewegingsactiviteit

Interventies

Voorlichting geven over mogelijkheden op het gebied van recreatiesport en bewegingsactiviteiten in de regio.

Keuzen helpen maken voor een specifieke bewegingsactiviteit

Samen met de cliënt plannen van de te nemen stappen voor deelname aan de gewenste bewegingsactiviteit.

Voorwaarden tot deelname realiseren, specifiek conditietraining, fitness, running. Trainingsvormen aanbieden die de conditie en motorische vaardigheid verbeteren.

Sociale vaardigheden trainen die zelfstandige deelname aan (bewegings)activiteiten buiten de GGZ mogelijk maken.

Cliënt begeleiden naar sportverenigingen

Terugvalpreventie door terugkomsessies

Randvoorwaarden

Een rehabilitatiegerichte setting

Gymzaal

HBO- opgeleide bewegingsagoog of (junior) psychomotorisch therapeut

Begeleiding/ supervisie door senior psychomotorische therapeut

Behandelduur en frequentie

Gemiddeld twee uur per week, afhankelijk van het individueel geformuleerde doel

Extensivering in de loop van de tijd

Subtypen

Individueel

Eindtermen

Verbetering van lichamelijke conditie en motorische vaardigheid om de gekozen bewegingsactiviteit te realiseren

Zelfstandige deelname aan bewegingsactiviteiten buiten of zijdelings gelieerd aan de GGZ

Directief- klachtgericht

Bewegingstherapie voor cliënten met een depressie in engere zin

Rationale

Motorische inactiviteit behoort tot de meest voorkomende symptomen van een depressie in engere zin. Deze bewegingsarmoede leidt tot een verslechtering van de lichamelijke conditie, gebrek aan energie, verslechtering van de vitaliteit en een snellere vermoeidheid bij geringe inspanning. Deze symptomen complementeren, versterken en continueren het depressieve stemmingsbeeld. Het visuele karakter van deze cyclus kan doorbroken worden door bewegingsactivering waarin gewerkt wordt aan een systematische verbetering van de lichamelijke fitheid en het prestatievermogen

Indicatie

Depressieve stemming, inactiviteit, initiatiefloosheid, vermoeidheid of gebrek aan energie

De klachten zijn mild of matig ernstig van aard

Bewegingsactiviteit kan weliswaar zwaar op de cliënt overkomen, maar wordt fysiek en motivationeel haalbaar geacht.

Contra- indicaties

Symptomatologie wordt gekleurd door gevoelens van ernstige waardeloosheid, schuld, ernstige concentratiestoornis en suïcidaliteit

Ernstige fysieke beperkingen

Hoge doseringen antidepressiva die aritmieën kunnen uitlokken

Doelen

Motiveren tot fysieke activiteit

Bevorderen van lichamelijke conditie

Opdoen van fysieke succeservaringen die toegeschreven worden aan persoonlijke inzet (re-attributietraining)

Interventies

De therapeut geeft voorlichting, stimuleert en motiveert de cliënt, treedt op als trainer en begeleider

Voorlichten over relatie tussen inactiviteit, fysieke klachten en depressie

Formuleren van meetbare fysieke doelen op korte termijn

Leren waarnemen van fysieke signalen die met lichamelijke inspanning samengaan

Afhankelijk van de basisconditie en de motivatie van de cliënt: wandelen, hardlopen, zwemmen of fietsergometertraining; afzonderlijke of in combinatie

Voorbereiden op het kunnen voortzetten van het programma zonder begeleiding

Terugvalpreventie door terugkomsessies

Randvoorwaarden

Sportzaal met fitnessapparatuur, sintelbaan of zwembaan, afhankelijk van het type activiteit

Senior psychomotorische therapeut

Behandelduur en frequentie

Twaalf tot zestien weken

2 keer per week, 45 – 60 min per keer (vermindering van frequentie in het kader van zelfstandige uitvoering)

Subtypen

Groep, acht tot zestien deelnemers, gemend qua sekse en leeftijd

Op indicatie ook sekse- specifieke groepen

Individueel

Eindtermen

Reductie van depressieve stemming

Verbetering lichamelijke conditie

Verbetering lichamelijke competentiegevoelens

Verhoogd energieniveau

Continueren van lichamelijke activiteit, al dan niet in georganiseerd verband aangeboden

Bewegingstherapie voor mensen met een depressieve in 'ergere' zin: partiële of volledige remissie.

Rationale

Psychofysiologisch onderzoek wijst uit dat een verbeterde lichamelijke fitheid beschermt tegen de negatieve aspecten van stressvolle situaties of omstandigheden. Hier kan een programma dat de lichamelijke fitheid bevordert, bijdragen aan een vermindering van het risico van terugval of aan het voorkomen van het heroptreden van een depressie.

Indicatie

Depressie in "ergere" zin: partiële en volledige remissie

Contra- indicaties

Ernstige fysieke beperkingen

Doelen

Bevorderen van sportieve activiteit

Leren inpassen van sportieve activiteit in het dagelijkse leefpatroon

Plezierbeleving

Ervaren van ontspanning door inspanning

Herkennen van relatie tussen inactiviteit en depressie

Interventies

Voorlichten over relatie tussen inactiviteit, fysieke klachten en (terugval in of het heroptreden van) depressie

Programma met wandelen, fietsen, fietsergometertraining, hardlopen, zwemmen afzonderlijk of in combinatie

Randvoorwaarden

Sportaccommodatie

Junior psychometrische therapeut

Behandelduur en frequentie

Drie tot twaalf maanden

Eens per week 75 min.

Afnemende contactfrequentie op geleide van verder herstel of uitblijven van heroptreden

Invoegen van boostersessies van afloop van deelname aan het bewegingsprogramma

Subtypen

Doorlopende groep, acht tot zestien deelnemers

Groepen zijn gemend qua sekse en leeftijd

Op indicatie worden sekse- specifieke groepen samengesteld

Individueel

Eindtermen

Preventie van terugval of heroptreden van depressieve episode

Verbeteren lichamelijke conditie

Continueren van lichamelijke activiteit, al dan niet in georganiseerd verband aangeboden

Focaal- inzichtgevend

Genderspecifieke psychomotorische therapie voor vrouwen met een depressie

Rationale

Depressie komt vaker voor bij vrouwen dan bij mannen. Dit verschil is niet alleen biologisch te verklaren. Waarschijnlijk spelen psychosociale factoren een belangrijke rol. Vanuit de genderspecifieke hulpverlening wordt gewezen op de invloed van de socialisatie tot vrouw in deze maatschappij. Met name het gevoel van onmacht, dat zo kenmerkend is bij depressieve stoornissen, is aangrijpingspunt voor psychomotorische behandeling. In de genderspecifieke hulpverlening wordt dit gevoel van onmacht gedefinieerd als verinnerlijkte onderdrukking. Dit valt ten dele samen met het concept van de gelegenheid tot het beleven van eigen (fysieke) kracht en het doorbreken van de gevoelens van onmacht. Aangrijpen bij de lichaamsbeleving geeft de mogelijkheid thema's als macht en onmacht te concretiseren en het patroon van verinnerlijkte onderdrukking inzichtelijk maakt.

Indicatie

Vrouwen met een relatief milde depressie (of een depressie die in remissie is), bij wie socialisatie-invloeden aan te wijzen die (mogelijk) medebepalend zijn voor het ontstaan van de depressie.

De cliënte is gemotiveerd de invloed van haar socialisatie te onderzoeken.

Bereidheid tot lichaams- en bewegingsgerichte therapie.

Contra- indicaties

Cognitieve beperkingen of stoornissen

Ernstige beperking van bewegingsmogelijkheden

Andere psychiatrische toestandsbeelden bepalen voor een groot gedeelte het beeld (borderline, psychose)

Doelen

Toename van het gevoel van autonomie en autonoom handelen

Ontdekken van eigen kracht en assertiviteit

Leren aangeven van grenzen, assertiviteit, uiten van agressie

Ervaren dat activiteit kan leiden tot deelname van energie in plaats van tot uitputting

Interventies

De rol van de therapeut is structurerend, ondersteunend, bevestigend, waarnodig confronterend. Therapeute stelt zich transparant op; ook zij heft socialiserende invloeden ondergaan en het werkt op basis van deze ervaring.

Psycho – educatie geven over de invloed van socialisatie, zoals de invloed van de socialisatie op het leren omgaan met irritatie en agressie.

Bewegings- en lichaamsgerichte oefeningen gericht op het beleven van eigen kracht, het gebruik van stem. Psychomotorische activiteiten worden afgewisseld met gesprekken en psycho- educatie (begeleid door psycholoog, psychotherapeut of sociaal psychiatrisch verpleegkundige).

Randvoorwaarden

Sfeervolle zaal, gericht voor lichaamsgericht werk

HBO-/ WO + VO opgeleide vrouwelijke psychomotorische therapeut met affiniteit voor en opleiding in genderspecifieke hulpverlening

Wanneer deze vorm van PMT in combinatie met andere behandelingen wordt toegepast, is bij alle teamleden een positieve attitude tegenover genderspecifieke hulpverlening noodzakelijk.

Behandelduur en frequentie

Tien tot twaalf sessies

Individuele sessies: 45 minuten

Groepssessies: 75 minuten

Subtypen

Individueel

Groep. Dit verdient de voorkeur, gezien de mogelijkheid tot onderliggende herkenning en erkenning, en de mogelijkheid tot oefenen

Eindtermen

Toename van gevoelens van autonomie en autonoom handelen

Toename assertiviteit

Inzicht in het patroon van verinnerlijkte onderdrukking
Onderbreking van het patroon van de verinnerlijkte onderdrukking
Eigen kracht wordt beleefd en positief gelabeld
Depressieve gevoelens zijn verminderd.

Inzichtgevend- plus

Inzichtgevende psychomotorische therapie: een algemene omschrijving

Rationale

Mensen die belemmerd worden in hun functioneren door emotionele problemen die samenhangt met hun persoonlijke ontwikkeling op persoonlijkheidstrekken, kunnen geholpen worden om met een inzichtgevende psychomotorische therapie een veranderingsproces in gang te zetten.

Bij het verkrijgen van dit inzicht spelen ervaren en verbaliseren van lichamelijke signalen en het ook lichamelijke kunnen uiten van gevoelens een belangrijke rol. Lichamelijke sensaties, impulsen, en spanningen, en ook de lichaamshouding en de motoriek geven inzicht in het lichamenlijk beleven en handelen en de samenhang met het emotionele en cognitieve niveau van klachten.

Cliënten die deze vorm van inzichtgevende therapie kiezen, ervaren lichamelijke gerichtheid als een meerwaar naast of in plaats van een verbale inzichtgevende psychotherapiegroep.

Indicatie

Psychische en/of psychosomatische klachten waardoor de cliënt is vastgelopen in zijn werk en/ of relaties en ervoor kiest meer inzicht te krijgen in zijn persoonlijkheidsontwikkeling door psychomotorische therapie.

Motivatie om lichaamsgericht- en bewegingsgericht te werken

Traumatische episoden en/ of ontwikkelingsbelemmerende factoren die samenhangen met lichamelijke ervaringen

Rationaliseren als te sterke overlevingsstrategie

Vermogen tot conflicthantering en introspectie

Doelen

Emotionele groei en ontwikkeling

Veranderingen van gedrag tegenover zichzelf en de omgeving, waarbij meer geluisterd wordt naar lichamelijke gewaarwordingen en signalen, opdat de cliënt emotioneel in balans blijft

Doorwerken en verwerken van traumatische ervaringen en ontwikkelingsbelemmerende factoren

Interventies

De rol van therapeut is openend en confronterend, maar ook steunend en begrenzend als basis voor verandering

Aanbieden van lichaamsgerichte situaties en bewegingssituaties die inzicht geven in het functioneren van de cliënt

Mogelijkheid geven tot het beleven van emoties, om ze te kunnen onderzoeken en er betekenis aan te verlenen

Aanbieden van nieuwe, eventuele correctieve, lichamelijke ervaringen

Randvoorwaarden

Ruimte met genoeg bewegingsruimte

HBO-/ WO- + VO opgeleide psychomotorische therapeut

Behandelduur en frequentie

Therapie is een persoonlijk proces en is afhankelijk van de beleving van de persoonlijke veranderingen. De therapeut is mede verantwoordelijk voor de begrenzing van de therapie

De frequentie kan variëren van eens per week tot eens per maand

Subtypen

Setting kan zowel ambulante als (dag) klinisch zijn

Product is toepasbaar voor groepsbehandeling en individuele behandeling

Eindtermen

De cliënt heeft cognitief en lichamenlijk- gevoeld inzicht verworven in het ontstaan en onderhouden van zijn probleem. Hij heeft geleerd anders om te gaan met voor hem moeilijkere interacties.

Er is meer voldoening en plezier in het leven.