

Volwassenen met
hechtingsproblemen in
de PMT

“Luister alsjeblieft
naar wat ik NIET zeg”



Tatjana Dubbeldam - S1015347

Scriptiebegeleider: Annelee Mataheru

Scriptiebeoordelaar: Fred Dijk

Hogeschool Windesheim

School of Human, Movement and Sport

Psychomotorische therapie



Please Hear What I'm NOT Saying

Don't be fooled by me.
Don't be fooled by the face I wear
for I wear a mask, a thousand masks,
masks that I'm afraid to take off,
and none of them is me.

Pretending is an art that's second nature with me,
but don't be fooled,
for God's sake don't be fooled.
I give you the impression that I'm secure,
that all is sunny and unruffled with me,
within as well as without,
that confidence is my name and coolness my game,
that the water's calm and I'm in command
and that I need no one,
but don't believe me.
My surface may seem smooth but my surface is my mask,
ever-varying and ever-concealing.
Beneath lies no complacence.
Beneath lies confusion, and fear, and aloneness.
But I hide this. I don't want anybody to know it.
I panic at the thought of my weakness exposed.
That's why I frantically create a mask to hide behind,
a nonchalant sophisticated facade,
to help me pretend,
to shield me from the glance that knows.

Charles C. Finn, september 1966



Voorwoord

Voor u ligt een afstudeeropdracht (AO) met een literatuuronderzoek over behandeling van volwassenen met hechtingsproblemen. Met de AO zal ik de opleiding Psychomotorische Therapie afronden.

Gedurende mijn vorige opleiding Centraal Instituut Opleiding Sportleiders (CIOS) heb ik een interesse ontwikkeld voor hechtingsproblematiek. Gedurende mijn stages en lessen ben ik in aanraking gekomen met hechtingsproblematieken. Daarbij hebben wij binnen de familie ook te maken met hechtingsproblemen. Ik heb deze kinderen gedurende jaren volwassen zien worden. Naarmate ze ouder worden, zijn er steeds minder specifieke behandelvormen.

Vanuit deze interesse heb ik als AO gekozen voor volwassenen met hechtingsproblemen. Ik heb specifiek voor de doelgroep volwassenen gekozen, omdat er minder behandelaanbod is voor deze groep. Hechtingsproblemen wordt vaak geassocieerd met kinderen. Ik wilde mij daarom verdiepen over de behandel mogelijkheden bij volwassenen met deze problematiek.

Bij het starten van mijn AO kon ik mij moeilijk voorstellen, hoe mijn AO zou verlopen en wat voor AO ik wilde inleveren. Na verloop van tijd met ondersteuning van mijn AO begeleider Annelee Mataheru heb ik een beter beeld kunnen vormen over mijn AO. Mijn dank voor de ondersteuning. Ik wil ook specifiek mijn broer Joy bedanken voor zijn ondersteuning bij het schrijven van mijn AO.

Tenslotte wil ik ook mijn familie, vrienden en medestudenten bedanken voor de steun tijdens het maken van dit AO.

Veel plezier bij het lezen van dit afstudeeropdracht.

Tatjana Dubbeldam
Juni 2012



Samenvatting

“Luister alsjeblieft naar wat ik NIET zeg” is een literatuuronderzoek naar mogelijkheden van PMT in de behandeling van volwassenen met gehechtheidsproblematiek.

De theoretische achtergrond over gehechtheidsproblematiek is vooral gebaseerd op de hechtingstheorie van mw. Dr. A. Thoomas-Vreugdenhill (Thoomes-Vreugdenhill, 2006). In het PMT onderdeel wordt het themagericht werken (Hekking en Fellingier) en de gefaseerde benaderingswijze, verkennen, herkennen, erkennen, transfer en stabiliseren (Blink en Hekking) gehanteerd.

Op basis van de bevindingen uit de literatuur is er een kapstokmodel ontworpen. Het kapstokmodel is een aanzet om richtlijnen te geven om hechtingsproblemen bij volwassenen binnen de PMT te kunnen bewerken.



Inhoudsopgave

VOORWOORD	3
SAMENVATTING.....	4
INHOUDSOPGAVE	5
INLEIDING	6
HOOFDSTUK 1 THEORETISCH KADER	7
1.1 INLEIDING	7
1.2 GEHECHTSPROBLEMATIEK	7
1.2 BASISTHERAPIE.....	8
1.4 PSYCHOMOTORISCHE THERAPIE THEMA’S	10
1.5 PMT FASES IN THERAPEUTISCHE PROCESSEN	11
HOOFDSTUK 2 METHODE	12
HOOFDSTUK 3 RESULTATEN	13
HOOFDSTUK 4 DISCUSSIE	17
HOOFDSTUK 5 CONCLUSIE	18
HOOFDSTUK 6 AANBEVELINGEN	19
LITERATUUR	20
BIJLAGEN.....	21
BIJLAGE 1: GEDICHT: “PLEASE HEAR WHAT I’M NOT SAYING”	21
BIJLAGE 2: FIGUUR 1.....	23
BIJLAGE 3: FIGUUR 2.....	24
BIJLAGE 5: KAPSTOKMODEL.....	25



Inleiding

De titel van dit afstudeeropdracht is: “Luister alsjeblieft naar wat ik NIET zeg”. Deze titel is gebaseerd op het gedicht van Charles C. Finn. De titel en het gedicht sluiten aan bij het afstudeeropdracht.

Het gedicht is geschreven vanuit het perspectief van een persoon met een hechtingsstoornis. Het gedicht is een smeekbede en een vraag aan anderen om niet op te geven. De buitenkant, wat de persoon toont en zegt, is niet alles wat er van binnen afspeelt.

De titel “Luister alsjeblieft naar wat ik NIET zeg” sluit ook aan bij psychomotorische therapie (PMT). Binnen de PMT worden onder andere lichaamsgerichte activiteiten geobserveerd. Soms kan een cliënt niet altijd zijn eigen gedrag verwoorden. Er is meer waar te nemen met observeren dan alleen luisteren naar woorden van de cliënt.

Aanleiding

Er is weinig bekend over hechtingsproblemen bij volwassenen en mogelijke behandelvormen. Tijdens het zoeken naar informatie is er verschillend materiaal van mw. dr. A. Thoomes-Vreugdenhil gevonden. Ze heeft verschillende behandelvormen voor kinderen, jongeren en volwassenen ontwikkeld. Daarom viel de basistherapie van mw. dr. A. Thoomes-Vreugdenhil op.

Probleemstelling

De eerste vragen die in mij op kwamen waren: “Kan PMT een bijdrage leveren aan de behandelvorm ‘basistherapie’ bij mensen met hechtingsproblemen?” Basistherapie van mw. dr. A. Thoomes-Vreugdenhil heeft verschillende succeservaringen in de praktijk. Kan een themagericht PMT aanbod een bijdrage leveren aan de effectiviteit van basistherapie.

Doelstelling

Door middel van een literatuurstudie wil ik gegevens verzamelen over volwassenen met hechtingsproblemen en het behandelingsaanbod. Hierdoor kan ik een PMT kapstokmodel schrijven met richtlijnen voor de behandeling van volwassenen met hechtingsproblemen.

Vraagstelling

“Kan een PMT themagericht aanbod bij volwassenen met hechtingsproblemen aansluiten bij de drie behandelperiodes van de basistherapie van mw. dr. A. Thoomes-Vreugdenhil?”

Leeswijzer

In hoofdstuk 1, het theoretische kader wordt gehechtheid en de doelgroep beschreven. De behandelvormen basistherapie en PMT zullen ook nader worden toegelicht.

In hoofdstuk 2 is de methode van het literatuuronderzoek beschreven. Er wordt teruggeblikt op het verloop van de literatuurstudie, het theoretisch kader en de keuze van PMT en basistherapie.

In hoofdstuk 3 bevinden zich de resultaten van het literatuuronderzoek. In de resultaten is een beschrijving weergegeven over de verbinding tussen basistherapie en de aansluitende PMT-thema's. In hoofdstuk 4 is de discussie. Hierin worden discussiepunten over de werkwijze van het onderzoek beschreven.

In hoofdstuk 5 is de conclusie. Er zal hier antwoord worden gegeven op de vraagstelling en deelvragen.

In hoofdstuk 6 zullen de aanbevelingen worden gedaan over een mogelijk gevolg van dit literatuuronderzoek.



Hoofdstuk 1

Theoretisch kader

1.1 Inleiding

Voor dit literatuuronderzoek is gekozen voor de specifieke behandeling ‘basistherapie’ voor volwassenen met hechtingsproblematiek van mw. dr. A. Thoomes-Vreugdenhil als theoretische achtergrond.

De basistherapie gaat uit van gehechtheid gedurende de gehele levensloop. Gehechtheid en gehechtheidsvormen verlopen in verschillende ontwikkelingsfasen, volgens Bowlby. (Thoomas-Vreugdenhill, 2005)

Bowlby is de grondlegger, als het gaat over attachmenttheorie. Zijn studies zijn gericht op kinderen met afwijkend gedrag. Zijn aanname gaat over de periode van kinderlijke hulpeloosheid, bijvoorbeeld te huilen of nabijheid van vaste verzorgers te zoeken. Op den duur wordt deze relatie, een langdurige en liefdevolle band waarbij de ander uniek is en niet inwisselbaar. Deze relatie wordt gehechtheid wordt genoemd.

In vele gevallen zijn behandelingswijze ontworpen voor kinderen en/of jongeren met gehechtheidsproblematiek. Dit is vaak doordat de gehechtheid ontstaat tijdens kinderjaren. Het is moeilijk om specifieke behandelvormen te vinden voor hechtingsproblematieken bij volwassenen. De behandelvorm basistherapie is specifiek voor volwassenen. Volwassenen met hechtingsproblemen vereist een andere aanpak en een andere bewerking. (Thoomas-Vreugdenhill, 2006)

1.2 Gehechtingsproblematiek

In vele gevallen wordt er binnen de geestelijke gezondheidszorg de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV-TR (DSM IV-TR; American Psychiatric Association, 2006) gebruikt voor verheldering van diagnoses en symptomen.

In de DSM-IV TR wordt er één stoornis genoemd met betrekking tot gehechtheid: de reactieve hechtingsstoornis op zuigelingen leeftijd of vroege kinderleeftijd. Deze kent twee varianten; de geremde en het ontremde type.

Mw. dr. A. Thoomes-Vreugdenhill maakt een andere onderscheiding bij gehechtheidsproblematiek dan de DSM-IV TR. Ze maakt onderscheid tussen relationeel gestoord gedrag en hechtingsgestoord gedrag bij verwaarlozing.

De problematiek van ‘relationeel gestoord’ wordt gekenmerkt door:

- Onvermogen relaties vorm te geven,
- nabijheid wensen, nabijheid weren,
- weinig tot geen contact met leeftijdsgenoten,
- negatief zelfbeeld,
- aanklampgedrag,
- angsten,
- gevoelens van eenzaam- en verlatenheid, verdriet, wantrouwen, depressiviteit, passiviteit en
- teruggetrokken gedrag.

Hechtingsgestoord wordt gekenmerkt door;

- allemansvriendgedrag,
- inwisselbaar zijn van volwassenen,
- onverschilligheid voor mensen, kleding en voorwerpen,
- geringe gewetensfunctie,
- vluchtig speelgedrag,
- weinig contact met leeftijdsgenoten en
- negatief aandacht vragen.



Het gemeenschappelijke van deze verschijnselen zijn, het niet bekijken en niet hechten. Het niet bekijken en niet hechten is in relatie met de ander en met vaardigheden. (zie bijlage 2)

1.2 Basistherapie

In deze paragraaf zal een korte beschrijving worden weergegeven van de ‘basistherapie’ van mw. Dr. A. Thoomas-Vreugdenhill (Thoomes-Vreugdenhill, 2006).

Mw. dr. A. Thoomes-Vreugdenhill heeft een behandelvorm ontwikkeld voor relationeel gestoord gedrag bij volwassenen, de basistherapie. Deze behandelvorm richt zich vooral op de gevolgen van hechtingsproblematiek en niet zozeer op het bewerken van de hechtingsproblematiek zoals bij hechtingsgestoord gedrag. Het gemis van een opvoeder/ouder is niet meer op te vullen bij een volwassenen, maar je kunt wel leren om te gaan met dit gemis.

De behandelvorm is ontstaan uit de ander behandelvormen van hechtingproblemen voor kinderen en jongeren van mw. Dr. A. Thoomas-Vreugdenhill. De verschillende behandelvormen staan in teken van begrenzing en het opbouwen van veiligheid en/of differentiëren tussen gehechtheidsfiguren. Bij de ontwikkeling van basistherapie zijn eerst de verschijnselen geanalyseerd. Bij verschillende cliënten is nagegaan hoe problemen zich uiten, welke achtergrond er was en wat de overeenkomsten daarbij waren.

Volwassenen met relationele gestoordheid, ervaren moeite met relatievorming.

Om het gehechtheidspatroon bij volwassenen te kunnen bepalen is de adult attachment interview (AAI) ontwikkeld. In het semi-gestructureerde interview wordt gereflecteerd op de hechtingsrelatie uit de kindertijd. De ervaringen uit de kindertijd hebben invloed op de persoonlijkheid en gedrag. De concrete ervaring is niet zozeer van belang, maar de manier waarop een volwassene praat over zijn ervaringen (Main, George & Kaplan, 1984).

Bij volwassenen zijn de volgende vier hechtingspatronen te onderscheiden:

- Autonom (veilige hechting); zij kunnen op een genuanceerde manier naar hun verleden kijken en hun verhalen zijn intern consistent.
- Gepreoccupeerd; ze geven alleen korte antwoorden. Elke vraag roept weer de affecten op die bij de vroegere ervaringen van woede of verdriet horen. Of ze worden overspoeld door fragmenten van traumatische aard.
- Gereserveerd; zij brengen een geïdealiseerd ontkennend verhaal, ze zijn alles vergeten of ze wijzen hun ouders af.
- Gedesorganiseerd; de manier van spreken of redeneren is gedesorganiseerd. Er kunnen extreme reacties worden beschreven die verband houden met het verlies of trauma.

Dit semi-gestructureerde interview wordt afgenomen door therapeuten die een training ‘afname van het Gehechtheidsbiografisch Interview’ hebben gevolgd. (zie bijlage 3)

In de AAI is het gepreoccupeerde hechtingspatroon te vergelijken met relationeel gestoord gedrag. De AAI is zinvol om de symptomen, het ontstaan van de symptomen en de symptomen die het gedrag in stand houden een totaalbeeld te schetsen. Vanuit het totaalbeeld kunnen de symptomen bewerkt worden.

De therapievorm is een systematische behandeling, die zich richt op de ontwikkeling van relationele vaardigheden, dat betekent het aankunnen van intimiteit.

Basistherapie probeert basis in jezelf te maken. Dit gebeurt via inzichtgevende gesprekken, uitleg en oefeningen. Er wordt geprobeerd zoveel mogelijk de afstemming met jezelf te versterken.

Het referentiekader waaruit basistherapie ontwikkeld is, is de cliëntgericht psychotherapie.

Cliëntgerichte psychotherapie is persoonsgericht, procesgericht en pragmatisch.

Persoonsgericht betekent in de eerste plaats dat de cliënt als persoon centraal staat. In de tweede plaats betekent het dat de cliënt zelf bepaalt wat hij of zij wel en niet in de therapie aan de orde wil stellen, wat hij met de therapie wil bereiken, hoe ver hij of zij daarin wil gaan, etc.



Procesgericht wil zeggen dat de therapie een proces is dat erop gericht is het denken, voelen en handelen te (her)integreren. Pragmatisch houdt in dat de therapeut niet aan één manier van werken vastzit, maar meerdere benaderingswijzen kent (Nederlandse vereniging voor Psychotherapeuten).

De basistherapie is verdeeld in drie behandelperiodes.

Behandelperiode 1

De beginfase. Er wordt gewerkt aan een werkrelatie, wat ook een vertrouwensrelatie is. Cliënten met relationele gestoordheid hebben veel wantrouwen en geloven vaak niet meer in genezing door de vele verschillende behandelingen die ze hebben ondergaan. Soms is het voldoende om dit te accepteren en soms moet er gelijk iets mee worden gedaan.

Als er iets mee gedaan moet worden, wordt het ‘tien minuten zitten’ geïntroduceerd. Dit betekent iedere dag tien minuten op een speciale manier zitten, zoals ontspannen, buikademhaling, gedachten laten gaan. Het is een begin van het ‘bij jezelf zijn’.

De problematiek wordt vanuit de anamnese besproken en in een theoretisch kader (gehechtheidstheorie) geplaatst. Het theoretisch kader biedt de cliënt structuur. Structuur is belangrijk omdat de gevoelens, in het bijzonder verlatenheid, te bewerken.

Behandelperiode 2

De basisbehandeling. Dit is de kern van de basistherapie en deze kent 3 onderdelen. De cliënt bepaalt de volgorde van werken van de 3 onderdelen.

Onderdeel 1, in de introductie van de basisbehandeling wordt er een theoretische uitleg gegeven van de basisbegrippen. De theoretische uitleg biedt structuur, waarbij luisteren en empathisch reageren de interactie bepalen.

Onderdeel 2: de basisbegrippen worden stapsgewijs bewerkt. De basisbegrippen zijn:

- Verlatenheid; dit wordt ervaren als ‘alleen-op-de-wereldgevoel’. De bewerking van dit gevoel bestaat uit benoemen en wegsturen.
- Tekorten; hiermee wordt bedoeld het gemis aan geborgenheid en veiligheid. Dit gevoel komt vaak naar voren als een behoefte naar aandacht. Deze gevoelens moeten worden afgesloten.
- De gevolgen van tekorten; de gevoelens van twijfel en onzekerheid hebben grote invloed op het dagelijks leven en geven vaak veel lijdensdruk. Deze gevoelens zullen worden bewerkt.
- Destructiviteit; de cliënt heeft het gevoel dat het wel weer fout zal gaan, waardoor het handelen zo beïnvloed wordt dat het ook fout gaat.
- Gevoel van waardeloosheid; voor de bewerking voor dit gevoel is belangrijk om het gevoel te concretiseren en het gevoel in het lichaam te ervaren.

Onderdeel 3 is de veiligheid in zichzelf gaan ervaren. De afwezigheid van veiligheid geeft angst. Angst is bij hechtingsproblemen altijd aanwezig. Veiligheid ervaren focust zich op angstbeheersing en op het zich veilig voelen.

Om de eerste stap van veiligheid in zichzelf te ervaren is begrenzing nodig. De tweede stap is om de leegte die wordt gevoeld bij onveiligheid een plek te geven. De derde stap is de angst bewerken, beredeneren en door te focussen op de angst.

Behandelperiode 3

Dit is de opbouwfase en bestaat uit een vervolgbehandeling met het accent op stabilisering en een vervolgbehandeling met het accent op vertrouwen op het eigen gevoel en kunnen. Deze periode kenmerkt zich door golfbewegingen, het opgebouwde vertrouwen in zichzelf is soms duidelijk aanwezig of afwezig. Het teruggrijpen naar de tweede behandelperiode komt regelmatig voor.

Attitude en vaardigheden van de psychotherapeut

Voorwaarden die worden gesteld is dat een therapeut ervaring heeft met langdurende psychotherapeutische processen.



Een langdurige behandeling geeft een zekere afhankelijkheid van de cliënt aan de therapeut. Daar moet de therapeut mee om kunnen gaan. De cliënt kan een bepaald gevoel van gemis willen opvullen door middel van gesprekken met de therapeut. Het effect van deze opvulling zal de cliënt afhankelijk gaan maken van de therapeut.

Om volledige afhankelijkheid te voorkomen, is het belangrijk om dit te bespreken. De therapeut zal meer dan gemiddeld afstand & nabijheid als methode dienen te hanteren.

Een belangrijk element van de attitude van de therapeut is om betrokken en beschikbaar te zijn. Van de therapeut wordt bij basistherapie om een andere beschikbaarheid gevraagd. Bij de basistherapie wordt met beschikbaarheid bedoeld dat een cliënt kan bellen en/of mailen als dat nodig is, ook al is dit buiten therapie uren. De cliënt krijgt daarmee naast acute hulp ook de ervaring wat beschikbaarheid betekent. Beschikbaarheid is een gehechtheidsfactor.

1.4 Psychomotorische therapie thema's

Het doel bij de psychomotorische therapie is om iemand met psychosociale klachten, van zijn klachten af te helpen of in ieder geval te verminderen. Om het psychosociale schematisch te beschrijven, en alle mogelijk psychosociale problemen, hulpvragen en doelen te ordenen, zijn er binnen PMT zeven verschillende thema's geformuleerd. Deze zeven thema's overkoepelen een groot deel van het psychosociale gebied. Alle andere psychosociale gerelateerde problematieken, kunnen worden afgeleid van de zeven bewegingsthemas. (Fellinger en Hekking)

De zeven PMT-thema's zijn:

1. Motorische instrumentele sensibiliteit

Motorische instrumentele sensibiliteit (M.I.S.) betekent de gevoeligheid van iemand voor het materiaal en het andere om hen heen. Bijvoorbeeld sommige mensen stoten of botsen zich gemakkelijk. Ze zijn minder goed in contact met hun omgeving.

2. Motorische sociale sensibiliteit

Motorische sociale sensibiliteit (M.S.S.) betekent de gevoeligheid die iemand heeft voor de sociale context om hem heen. Zoals mensen die niet aanvoelen in de persoonlijke ruimte van de ander te stappen. Ze gaan te dichtbij de ander staan. Ze zullen niet opmerken wanneer de ander een stap naar achter zal zetten.

Afgeleide thema's van het M.S.S. kunnen zijn:

- Contact maken met anderen
- Samenwerken met anderen
- Afstand & nabijheid
- (Sociale) grenzen
- Assertiviteit
- Leiding nemen, geven en volgen
- Rekening houden met elkaar
- Luisteren naar elkaar
- Verdragen van elkaar

3. Ruimte

Bij ruimte gaat het om het (durven) innemen van ruimte, het delen van ruimte, het bewegen door de ruimte, het maken van een eigen plek. Een voorbeeld is iemand die tijdens een spelactiviteit door de hele zaal heen beweegt en elke bal wil afmaken op het doel. Iemand neemt veel ruimte in.

4. Kracht

Het thema kracht staat in teken van het doseren van kracht, het leveren van kracht, het (durven) inzetten van kracht of juist het bewegen met minder kracht.



Zoals het rekening houden met de tegenstander tijdens een stoeiactiviteit. Iemand heeft controle over zijn kracht en kan deze inzetten als het nodig is.

5. Lichaamsbeleving

Het gaat bij lichaamsbeleving om het beleven, voelen, waarnemen en betekenis geven aan en van je lijf, tijdens je bewegen en handelen. Het kan hierbij gaan op negatieve lichaamsbelevingen of over onbekende lichaamssignalen.

Bijvoorbeeld emoties gaan herkennen en daarbij nuances aanbrengen. Emoties kunnen in elke situatie een verschillende intensiteit hebben.

6. Vertrouwen

Bij vertrouwen gaat het om het vertrouwen in jezelf, in de ander en/of het materiaal. Het vertrouwen dat je hebt in jezelf en in de ander en/of het materiaal kan te veel zijn. Wantrouwen hoort ook binnen dit thema. Zoals vertrouw je de ander om je te begeleiden, te helpen terwijl je niks kunt zien? Maar vertrouw je jezelf dat je de ander goed kan begeleiden en helpen zonder hij ergens tegenaan loopt? Dit zijn voorbeelden bij vertrouwen in jezelf en in de ander.

7. Relaxatie

Relaxatie betekent letterlijk ontspanning. Dit thema heeft te maken met het wel, niet, meer en minder ontspannen zijn. Het kunnen ontspannen en ervaren van spanning en/of ontspanning. Het toepassen van ontspanningstechnieken en het controle hebben over je eigen spanning en/of ontspanning.

Voor elk individu verschilt het wat ontspannend kan werken. Bijvoorbeeld voor de één is een wedstrijdje tennissen ontspannend en voor de ander kan een sauna ontspannend zijn. Er is geen goed of fout als het maar ontspannend werkt.

1.5 PMT fases in therapeutische processen

In de PMT kunnen cliënten verschillende fases doorlopen in de therapeutische processen. Deze verschillende fases zijn verkennen, herkennen en erkennen.

Verkennen zal in teken staan van kennismaking binnen de PMT. Binnen verkennen gaat het om wat de persoon doet in een bepaalde situatie. Er wordt naar mogelijkheden gekeken van de persoon. Is het gedrag dat de cliënt laat zien contextueel of habitueel. Ook wordt er stil gestaan bij het kennismaken met de vorm van therapie, therapeut en/of medecliënten.

Bij herkennen gaat het om hoe de cliënten zich gedragen in een andere context. Er wordt gevraagd van de cliënt om zichzelf en de last te gaan herkennen binnen verschillende activiteiten. Door gerichte vragen en betekenis verlenen aan gedrag kan herkenning worden gestimuleerd.

Bij erkennen gaat het om de last die iemand ondervindt aan zijn gedrag. Bij herkennen wordt er gekeken naar het gedrag dat opvalt. Daarvanuit wordt er samen met de cliënt gekeken naar het desbetreffende gedrag.

Aan de hand van de last die de cliënt niet of wel ervaart, wordt er geprobeerd om gedragsverandering aan te brengen. (Blink, 2009-2010)

Naast verkennen, herkennen en erkennen is de transfer naar dagelijksleven belangrijk. De cliënt moet de geleerde vaardigheden en verandering gaan toepassen in het dagelijksleven. Om de transfer effectief te laten verlopen moet er een wisselwerking zijn in de therapie van ervaringen uit de zaal en uit het dagelijksleven. Dus de problematieken uit het dagelijksleven moeten in de therapie kunnen worden behandeld. De ervaringen uit de therapie moet naar het dagelijksleven komen. (Hekking, 2007)



Hoofdstuk 2

Methode

Literatuuronderzoek

Het onderzoek heeft betrekking op hechtingsproblemen bij volwassenen. Dit onderzoek is uit persoonlijke interesse begonnen. Kan PMT een bijdrage leveren bij de ‘basistherapie’ voor volwassenen met hechtingsproblemen.

Om antwoord te kunnen geven op de vraagstelling heb ik geschreven materiaal van mw. dr. A. Thoomes-Vreugdenhil en het lesmateriaal gebruikt van P.R.G. Fellingner, P.J.A.M. Hekking en M. van den Blink. Dit laatste betreft zeven thema’s die het psychosociale gebied overkoepelen en de fases in therapeutische processen.

Theoretisch kader

In het theoretisch kader is de gehechtheidproblematiek, behandeling basistherapie, de PMT-thema’s en de fases beschreven. Er is voornamelijk het boek “Behandeling van hechtingsproblemen” gebruikt als informatiebron voor het benoemen van de problematiek en de behandeling basistherapie. In het boek staat uitgebreid de ontwikkeling van de behandelvorm beschreven. Er worden verschillende theorieën belicht in het boek.

Bij de 7 PMT-thema’s is het lesmateriaal gebruikt van mw. P.R.G. Fellingner en P.J.A.M. Hekking. De beschrijving van deze thema’s zijn overzichtelijk en overkoepelend. Dit maakt het gemakkelijk om de PMT-thema’s toe te passen voor de behandeling.

Voor de fases in therapeutische processen is het lesmateriaal gebruikt van M. van den Blink en P.J.A.M. Hekking. Deze fases zijn duidelijk en geven stapsgewijs de doelen per fase aan. Op deze manier kan er structuur worden aangebracht in de behandeling.

Keuze PMT en basistherapie

De keuze is gevallen op basistherapie, omdat er een duidelijke en specifieke beschrijving is voor een behandeling van hechtingsproblemen bij volwassenen. Er zijn verschillende succeservaring bij volwassen met hechtingsproblemen bij het geven van basistherapie. De behandelvorm is redelijk bekend en er worden cursussen aangeboden.

In het begin van het onderzoek, tijdens het brainstormen, werd er eerst gedacht aan de PMT-thema’s vertrouwen, afstand & nabijheid en grenzen die mogelijk zouden kunnen aansluiten bij de doelen van basistherapie. In verloop van mijn onderzoek, gedurende het schooljaar zijn de zeven thema’s tot mijn beschikking gekomen. Deze PMT-thema’s bevatten en overkoepelen de drie vorige thema’s. Er is daarom gebruik gemaakt van het concept de zeven PMT-thema’s. Een andere reden is; binnen de PMT wordt er met regelmaat met het concept de zeven PMT-thema’s gewerkt.

Door de overkoepelende en overzichtelijkheid van de zeven PMT-thema’s zijn ze gemakkelijk toe te passen binnen de behandeling.

Toelichting PMT kapstokmodel

Om antwoord te kunnen geven op de vraagstelling wordt het PMT kapstokmodel geschreven. Het “raamwerk” van de NVPMT (Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie, april 1998) is gebruikt om het kapstokmodel op te stellen.

Het kapstokmodel is geen module met een stap-voor-stap handleiding. Iedere PMT therapeut zal hetgeen dat belangrijk is, eruit moeten halen. Op deze manier kan iedere cliënt een eigen ontwikkeling doormaken.

Het PMT kapstokmodel zal tonen hoe een PMT behandelaanbod voor volwassenen met hechtingsproblemen eruit kan zien.



Hoofdstuk 3

Resultaten

Inleiding

In het volgende hoofdstuk zal de verbinding tussen de basistherapie en PMT worden beschreven. De beschrijving zal gaan over de PMT-thema's, fasering en het gedrag dat kan worden geobserveerd binnen de PMT. Als eindproduct zal het PMT kapstokmodel worden weergegeven.

Basistherapie en PMT

Fasering

In de basistherapie komen er verschillende thema's en een duidelijke fasering naar voren. De basistherapie heeft drie verschillende behandelperiodes met hun eigen doelen. Deze behandelperiodes en de PMT fases zouden parallel kunnen lopen. Dus behandelperiode 1 zou in PMT termen *verkennen* kunnen worden genoemd. Het eerste deel van behandelperiode 2 introductie zou *herkennen* kunnen worden genoemd. De bewerking van behandelperiode 2 zal *erkennen* kunnen worden genoemd. De laatste behandelperiode zal in PMT termen *transfer en stabiliseren* worden kunnen genoemd.

PMT-thema's

De PMT-thema's en de verschillende thema's binnen de basistherapie tonen meerdere overeenkomsten. Ter verduidelijking zal ik de aansluitende PMT-thema's per PMT-fasering beschrijven.

De eerste fase 'verkennen' (behandelperiode 1) zal voornamelijk gaan om het opbouwen van een vertrouwensrelatie en psycho-educatie. Bij het opbouwen van een vertrouwensrelatie zal het PMT-thema M.S.S. op een laagdrempelige manier aanbod komen. Binnen dit thema zal vooral worden gefocust op 'contact maken' en kennismaken met PMT.

Het PMT-thema relaxatie zal ook binnen de fase verkennen aanbod komen. De basistherapie noemt dit het 'tien minuten zitten'. Deze oefening wordt toegepast om de cliënt tot zichzelf te laten komen, zoals wordt beschreven in het theoretisch kader. Binnen de PMT zijn er verschillende lichaamsgerichte oefenvormen die kunnen worden aangeboden. Er zal in het begin kunnen worden geëxperimenteerd met de verschillende vormen. Op die manier kan er worden onderzocht welke vorm aansluit bij de cliënt.

Fase herkennen en erkennen (behandelperiode 2) zal in teken staan van het bewerken van de negatieve gevoelens. Om deze gevoelens te bewerken zal ze eerst herkent en erkend moeten worden door de cliënt. Door de PMT-thema's M.S.S., ruimte, lichaamsbeleving en vertrouwen kan er worden onderzocht welke gevoelens zullen moeten worden bewerkt.

Binnen het PMT-thema M.S.S. zal de cliënt leren 'contact maken' maken en behouden met anderen. Zodat er op den duur op een adequate manier interactie ontstaat met de ander en zichzelf. 'Leiding nemen' zal ook binnen dit thema aanbod komen. Leiding nemen, betekent ook ruimte innemen. Dit staat ook in verband met het zelfvertrouwen, maar het is belangrijk dat de cliënt leert ruimte in te nemen en de leiding neemt over zijn leven.

Tijdens het bewerken van gevoelens kunnen zowel negatieve en positieve gevoelens, ervaringen en/of herinneringen naar voren komen. Deze kunnen reëel of irreëel zijn, maar ze zullen moeten worden bewerkt om verandering te laten optreden. Binnen het PMT-thema lichaamsbeleving zullen deze gevoelens worden waargenomen. Er kan ook betekenis worden gegeven aan deze gevoelens. Bij hechtingsproblematiek speelt het gevoel van wantrouwen vaak een grote rol. Ze hebben weinig vertrouwen in hun eigen kwaliteiten, maar ook de ander vertrouwen is moeilijk. Het herkennen en erkennen van deze gevoelens en positieve ervaringen zal het wantrouwen verminderen.



Als therapeut speel je bij dit thema een belangrijke rol. Als therapeut ben je een voorbeeld hoe anderen in de maatschappij zouden kunnen reageren.

De laatste fase stabiliseren en transfer (behandelperiode 3) zal gaan met ups en downs. Door gebrek aan zelfvertrouwen zal er vaak moeten worden teruggepakt naar de vorige fase. Door oordeel loos te blijven tijdens de ups en downs zal het zelfvertrouwen worden vergroot en gestabiliseerd. Het PMT-thema vertrouwen zal daarom een grote rol spelen. Vertrouwen krijgen in eigen vaardigheden, maar ook ervaren dat de ander vertrouwen heeft in jouw kwaliteiten.

Het PMT-thema M.S.S. zal ook in deze fase weer aanbod komen. Alleen deze keer met als doel afronding en afscheid. Door golfbewegingen in de laatste fase zal de afronding en afscheid stapsgewijs moeten gaan.

Gehechtheidsproblematiek in de PMT

Het gehechtheidspatroon gepreoccupeerd bij volwassenen zal in de PMT de volgende gedragingen kunnen laten zien:

- Geringe sociale vaardigheden
- Aanklampgedrag
- Passief en teruggetrokken gedrag
- Uitingen van angst, boosheid, teleurstelling en wantrouwen
- Lusteloosheid met betrekking tot activiteiten.

Aanklampgedrag kan bijvoorbeeld worden gezien als de cliënt de therapeut meer zien als vriend of vriendin. De werkrelatie wordt beschouwd als een vriendschapsrelatie. Ze gaan meer contact zoeken en vaker gebruik maken van extra beschikbaarheid van de therapeut buiten de therapie. Echter kan de werkrelatie ook stroef verlopen door negatieve gevoelens die de cliënt met zich mee draagt. De cliënt kan negatieve ervaringen projecteren op therapeut. Het is daarom van belang dat de therapeut grenzen en structuur aanbiedt, maar ook empathisch blijft reageren. Dit is van belang voor de werkrelatie en het vergroten van het zelfvertrouwen van de cliënt.

Een ander voorbeeld is, de therapeut moet de cliënt stimuleren en activeren tot bewegen. De cliënt is passief en lusteloos naar activiteiten. De cliënt zal zelf weinig initiatief nemen tot bewegen. De therapeut zal het initiatief moeten nemen.

PMT kapstokmodel

In de volgende paragraaf zal het PMT kapstokmodel worden weergegeven. Het kapstokmodel is geschreven op basis van de verzamelende gegevens. Het kapstokmodel zal richtlijnen geven aan het bewerken van gehechtheidsproblematiek bij volwassenen.

De doelgroep

De doelgroep bestaat uit volwassenen met hechtingsproblemen met relationeel gestoord gedrag oftewel gepreoccupeerd.

De volgende verschijnselen kunnen onder ander aanwezig zijn:

- Ambivalentie in de nabijheidbeleving
- Nabijheid wensen, nabijheid afweren
- Geringe sociale vaardigheden
- Aanklampgedrag
- Passief en teruggetrokken gedrag
- Uitingen van angst, boosheid, twijfel en wantrouwen. Wantrouwen wat anderen zeggen en doen.
- Uitingen van verlatenheid en teleurstelling, lusteloosheid en verdriet



Indicaties zijn:

- Nervositeit
- Depressiviteit
- Lage zelfwaardering
- Ambivalentie in nabijheid zoeken
- Nabijheid afweren

Contra-indicaties voor deze module zijn: andere stoornissen en/of problematiek die op de voorgrond spelen, bijvoorbeeld verslavingsproblematiek.

Randvoorwaarden voor de cliënt zijn:

- Leeftijd: 24 jaar of ouder.
- Intelligentie: minimaal beneden-gemiddeld (IQ 80).
- Cliënt heeft hechtingsproblemen met hechtingswijze gepreoccupeerd en/of vertoont relationeel gestoord gedrag.

Intake

Het algemene doel van de intake voor de behandeling is kennismaking met de cliënt, haar problematiek en hulpvraag in kaart te brengen.

Het is belangrijk om langer stil te staan bij de hulpvraag van de cliënt om de gehechtheidswijze zo volledige mogelijk te kunnen beschrijven.

De organisatie van de intake ziet er als volgt uit:

- Kennismaking therapeut(en) en cliënt
- In kaart brengen van problematiek en hulpvraag
- Informatie geven over de behandeling
- Ruimte voor vragen van de cliënt
- Afspraken maken over de start van de behandeling
- Contact gegevens uitwisselen

Doelen

Het doel van de behandeling van volwassenen met hechtingsproblemen is het bewerken van de verschijnselen in nabijheid door middel van het verwerken van trauma's en het opbouwen van zelfvertrouwen.

Om te werken aan deze doelen binnen de PMT zullen de volgende PMT-thema's aanbod komen in de fases verkennen, herkennen, erkennen, transfer en stabiliseren:

1. Verkennen:
 - M.S.S.
 - Relaxatie
2. Herkennen en erkennen
 - M.S.S.
 - Ruimte
 - Vertrouwen
 - Lichaamsbeleving
3. Transfer en stabiliseren
 - M.S.S.
 - Vertrouwen



Referentiekader

In dit PMT kapstokmodel verantwoorden we ons handelen vanuit de basistherapie van mw. Dr. A. Thoomes-Vreugdenhill. Basistherapie komt voort uit de cliëntcentered psychotherapie.

In de basistherapie zal de cliënt centraal staan en de cliënt bepaalt de diepgang van de therapie. Het doel bij cliëntcentered psychotherapie het proces van het denken, voelen en handelen integreren.

Om het doel te bereiken zijn er verschillende benaderingswijze mogelijk.

Therapeut

Een langdurige behandeling geeft een zekere afhankelijkheid van de cliënt aan de therapeut. Daar moet de therapeut mee om kunnen gaan.

In eerste instantie is er geen voorkeur voor sekse van de therapeut. Een ideaal scenario zou zijn dat elke behandeling een mannelijke en vrouwelijke therapeut aanwezig is. De cliënt kan leren om met beide sekse een vertrouwensrelatie op te bouwen.

Er zal individueel moeten worden gekeken of er een voorkeur is van sekse. Bijvoorbeeld bij traumatische ervaring van het andere geslacht.

Een belangrijke attitude bij de doelgroep is betrokkenheid en beschikbaar zijn. Beschikbaar zijn houdt in dat een cliënt indien nodig buiten de therapie tijden contact kan zoeken met de therapeut. Andere attitudes die van toepassing zijn:

- Begrenzend
- Structurerend
- Empatisch
- Stimulerend
- Activerend

Voor de therapeut is het noodzakelijk supervisie en/of intervisie te volgen. De behandeling zal een langdurig proces zijn met een andere soort beschikbaarheid. Om dit proces managen wordt er gevraagd om een andere soort professionaliteit. Ter ondersteuning van het proces en deze te bewaken zal supervisie en/of intervisie noodzakelijk zijn.

Behandeling

Er zal gewerkt worden met individuele behandelingen. Het is in het belang voor de cliënt om een vertrouwensrelatie op te bouwen met de therapeut. Andere cliënten met dezelfde problematiek zouden processen kunnen stagneren, vertragen en/of verslechteren.

In deze behandeling zal de cliënt centraal staan en de regie hebben. Het proces is gericht op het denken, voelen en handelen integreren en de therapeut zit niet vast aan één manier van werken. Er zijn meerdere benaderingswijze mogelijk.

De behandeling heeft daarom geen standaard aantal sessies. Het komt regelmatig voor dat je terug moet pakken naar behandelperiode 2 als er gewerkt wordt in behandelperiode 3.

Het is wenselijk om circa 60 minuten in de week een therapiesessie te houden.

Huiswerk

De cliënten houden een dagboek bij waarin ze hun denken-voelen-handelen kunnen beschrijven. Als het belang heeft voor de cliënt kan er samen worden gereflecteerd bij bepaalde situaties.

Ze kunnen hun ervaringen bij huiswerkopdrachten ook in hun dagboek beschrijven.

Er kunnen regelmatig extra huiswerkopdrachten worden meegegeven om te oefenen in de thuisomgeving.



Hoofdstuk 4

Discussie

Vanuit de literatuur is gekozen om te onderzoeken of PMT themagericht aanbod kan aansluiten bij de drie behandelperiodes van mw. dr. A. Thoomes-Vreugdenhil.

In de zoektocht naar informatie is er één bron waarin de PMT-thema's worden beschreven. Hierdoor is er maar één visie geraadpleegd. Met verschillende bronnen over PMT-thema's had er een breder beeld kunnen ontstaan over PMT themagericht werken.

Qua behandelvorm is er alleen mw. dr. A Thoomes-Vreugdenhil en geen andere behandelvorm. Een mogelijke andere behandelvorm voor deze doelgroep zou andere richtlijnen kunnen geven voor behandelwijze voor PMT'ers.

Dit onderzoek is alleen een literatuuronderzoek geweest. Het zegt weinig over de bruikbaarheid van het kapstokmodel. Het is niet getoetst in de praktijk. Er kan nog verschillende informatie incompleet zijn en 'sluit het kapstokmodel genoeg aan bij de doelgroep?' blijft de vraag.

Het onderzoek is daarbij een beschrijving van bevindingen van één onderzoeker. Het is de onderzoekers interpretatie en beschrijving die is weergegeven in dit onderzoek. Een mogelijke tweede en/of derde persoon zou een andere interpretatie kunnen hebben van de gegevens.



Hoofdstuk 5

Conclusie

Om antwoord te kunnen geven op de vraagstelling: *Kan een PMT themagericht aanbod bij volwassenen met hechtingsproblemen aansluiten bij de 3 behandelperiodes van de basistherapie van mw. dr. A. Thoomes-Vreugdenhil?* zal er eerst antwoord gegeven worden op de deelvragen.

Bij volwassen met hechtingsproblemen is de herkomst van de problemen niet van belang. De leegte kan niet meer worden opgevuld, maar het moet worden geaccepteerd. Het gaat om de ervaringen en de herinneringen van de cliënt over zijn opvoeding en relatie met de ouders. Hiervoor wordt de AAI afgenomen. Een mogelijk oorzaak van het ontstaan van hechtingsproblemen kunnen wisselende opvoedsituaties zijn en onvoldoende beschikbaarheid van de ouders.

Basistherapie is een behandelvorm ontwikkeld voor volwassenen met relationeel gestoord gedrag. De problematiek wordt gevormd door de ambivalentie in nabijheidbeleving. Het doel van basistherapie is het aan kunnen van intimiteit. Om dit doel te bereiken moeten de verschijnselen in nabijheid worden bewerkt. De bewerking vindt plaats in drie behandelperiodes. Elk behandelperiode heeft zijn eigen doel en betekenis om de symptomen te bewerken.

De PMT-thema's overkoepelen het psychosociale gebied waar de hechtingsproblematiek zich bevinden. De PMT-thema's die het meest aansluiten op de drie behandelperiodes zijn M.S.S., ruimte, lichaamsbeleving, vertrouwen en relaxatie.

Het doel van de behandeling zal mede door de PMT-thema's de genoemde verschijnselen kunnen bewerken.

Vanuit de literatuur kan er worden gezegd dat de verschillende PMT-thema's aansluiten bij de drie behandelperiodes bij relationeel gestoorde hechtingsproblemen. De klachten bij deze problematiek liggen op het psychosociale gebied. Bij de PMT wordt er gewerkt om de psychosociale klachten te verhelpen of te verminderen. De zeven PMT-thema's overkoepelen het psychosociale gebied waarin de klachten zich bevinden.

De PMT-thema's M.S.S., ruimte, lichaamsbeleving, vertrouwen en relaxatie sluiten aan bij de basistherapie. Binnen deze thema's kan PMT een lichaamservaring geven waar, naderhand op kan worden gereflecteerd. Deze ervaringen kunnen habituele gedragingen zijn, maar er kunnen ook nieuwe (positieve) ervaringen worden opgedaan die het zelfvertrouwen kunnen vergroten.

Als het gaat om vaardigheden van therapeuten, moet er rekening gehouden worden met de verschillen tussen psychotherapeuten en PMT'ers. De behandeling basistherapie vereist een aparte cursus voor psychotherapeuten. De vraag is, beschikt een PMT therapeut over de zelfde therapeutische vaardigheden die voor deze doelgroep van belang is?. Een andere vraag, is het voor een PMT therapeut ook een vereiste om deze cursus gevolgd te hebben?

Daarbij is er een bijzondere therapeutische attitude nodig bij deze doelgroep. Er is een ander soort beschikbaarheid nodig. Als therapeut moet je naast werktijden ook beschikbaar zijn voor cliënten. Werk en privé leven kunnen hierdoor erg verwerven.



Hoofdstuk 6

Aanbevelingen

Door het schrijven van de discussie en de conclusie zijn de volgende aanbevelingen tot stand gekomen:

- Als eerste is de aanbeveling om het kapstokmodel voor volwassenen met hechtingsproblemen in de praktijk uit te voeren. Door middel van de praktijkervaringen kunnen er eventuele aanpassingen worden gemaakt.
Uit de praktijkervaringen is het mogelijk om verder onderzoek te doen over PMT en behandeling voor volwassenen met hechtingsproblemen.
- Een andere aanbeveling is het verdiepen in de basistherapie en de visie van mw. dr. A. Thoomes-Vreugdenhil voor de PMT therapeuten. De visie moet duidelijk zijn en worden toegepast in de behandeling. Een voorbeeld voor verdieping in de visie en therapievorm is een cursus of informatieavond van mw. dr. A. Thoomes-Vreugdenhil bijwonen.
- Een aanbeveling is een effectmeting houden bij verschillende soorten behandelaanbod. Er zijn verschillende combinaties mogelijk in behandelaanbod bij een effectmeting, bijvoorbeeld alleen basistherapie, basistherapie & PMT en/of alleen PMT. Deze effectmeting kan uitwijzen of PMT een bijdrage kan leveren bij deze hechtingsproblemen.
- Een aanbeveling is de samenwerking tussen psychotherapeut en PMT therapeut in praktijk te brengen. Door het in praktijk brengen, kan er worden geconstateerd of een samenwerking tussen beide therapievormen haalbaar is en het nieuwe behandelaanbod positief is voor de cliënten.
- Voor de PMT therapeut met cliënten met hechtingsproblematiek is het een aanbeveling om supervisie en/of intervisie te volgen. De behandeling zal een langdurig proces met een beschikbaarheid buiten therapie tijden. Als therapeut is het belangrijk om overzicht te behouden over het proces en zelfzorg.

Het is van belang om een PMT behandeling voor volwassenen met relationeel gestoorde problematiek in de praktijk te brengen en verder te onderzoeken. Het vervolg van deze literatuurstudie in een praktijkonderzoek, zal bijdrage leveren aan de ontwikkeling van specifieke PMT behandelvormen.



Literatuur

- Ainsworth, M., Women's Intellectual Contributions to the Study of Mind and Society
<<http://www.webster.edu/~woolfm/ainsworth.html>> Geraadpleegd op: 13, 21, 28 januari 2011.
- Algemene Landelijke Vereniging “De Knoop”. <<http://www.deknoop.org>> Geraadpleegd op: 13, 21, 28 januari 2011.
- American Psychiatric Association. (2006). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Van den Blink, M. Bewegingsgeoriënteerde methodieken G048 reader. Zwolle: Windesheim
- Fellinger, P.R.G., Hekking, P.J.A.M. Les-handout Bewegingsthema's (PMT-thema's) een toelichting. Zwolle: Windesheim.
- Finn, Charles C.. Please hear what I'm not saying. Publicatie september 1966.
<<http://www.poetrybycharlesfinn.com/pleasehear.html>> Geraadpleegd op: 21 en 28 januari 2011.
- De Haas, M.A., Bakermans-Kranenburg, M.J. & IJzendoorn M.H.. The Adult Attachment Interview and Questionnaires for Attachment Style, Temperament, and Memories of Parental Behavior. *The Journal of Genetic Psychology*, 155 (4), 471-486.
<https://openaccess.leidenuniv.nl/bitstream/1887/1472/1/168_138.pdf> Geraadpleegd op: 4 februari 2011.
- Hekking, P.J.A.M. WTV Studentenhandleiding 3^e jaar. Zwolle; Windesheim, 2007.
- Van Hulzen, B. (Maart 2010), Hechttingsproblematiek.
<<http://www.bondingpsychotherapie.nl/2.%20Presentatie%20Betty%20van%20Hulzen%20Gehechtheidsproblemen.pdf>> Geraadpleegd op: 9 februari 2011.
- Main, M.B.. Adult Attachment Interview Protocol.
<http://www.psychology.sunysb.edu/attachment/measures/content/aai_interview.pdf> Geraadpleegd op: 4 februari 2011.
- Nederlandse vereniging psychotherapie.
<<http://www.psychotherapie.nl/NVPIInternet/ShowSite?cmsMenuId=30&cmsPageMenuId=48>> Geraadpleegd op: 4 februari 2011.
- Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie.
Handleiding Module-ontwikkeling voor Psychomotorische therapie, conceptversie, april 1998.
- Thoomes-Vreugdenhill, A. (2005). Provinciale themabijeenkomst: Behandeling van Hechttingsproblematiek van De Knoop. Emmeloord: Algemene Landelijke Vereniging “De Knoop”.
- Thoomes-Vreugdenhill, A., Giltaij, H., Van Hulzen, B., Schaeffer-van Leeuwen, K. & De Waal, J. (2006). Behandeling van hechtingsproblemen. Houten: Bohn stafleu van Loghum
- Thoomes-Vreugdenhill, A. (2002). Basistherapie: behandelwijze voor volwassenen. Cliëntgerichte Psychotherapie, 40^e jrg, 3.
- Verschueren, R. (2000). Paradijs in een doosje? Hechttingsstoornissen en psychotherapie. TOKK, 25, 2-11.
- Zegers, M.A.M., Samenvatting Proefschrift M.A.M. Zegers, Gehechtheid bij Jongeren in een Justitiële Behandelinrichting. <http://dare.ubvu.vu.nl/bitstream/1871/11066/3/3abstract_dutch.pdf> Geraadpleegd op: 28 januari 2011.



Bijlagen

Bijlage 1: Gedicht: “Please Hear What I'm Not Saying”

Don't be fooled by me.
Don't be fooled by the face I wear
For I wear a mask, a thousand masks,
Masks that I'm afraid to take off
And none of them is me.

Pretending is an art that's second nature with me,
but don't be fooled,
for God's sake don't be fooled.
I give you the impression that I'm secure,
that all is sunny and unruffled with me,
within as well as without,
that confidence is my name and coolness my game,
that the water's calm and I'm in command
and that I need no one,
but don't believe me.

My surface may be smooth but
my surface is my mask,
ever-varying and ever-concealing.
Beneath lies no complacency.
Beneath lies confusion, and fear, and aloneness.
But I hide this. I don't want anybody to know it.
I panic at the thought of my weakness exposed.

That's why I frantically create a mask to hide behind,
a nonchalant sophisticated facade,
to help me pretend,
to shield me from the glance that knows.

But such a glance is precisely my salvation,
my only hope, and I know it.
That is, if it is followed by acceptance,
If it is followed by love.
It's the only thing that can liberate me from myself
from my own self-built prison walls
from the barriers that I so painstakingly erect.
It's the only thing that will assure me
of what I can't assure myself,
that I'm really worth something.
But I don't tell you this. I don't dare to. I'm afraid to.

I'm afraid you'll think less of me,
that you'll laugh, and your laugh would kill me.
I'm afraid that deep-down I'm nothing
and that you will see this and reject me.
So I play my game, my desperate, pretending game
With a façade of assurance without
And a trembling child within.
So begins the glittering but empty parade of Masks,
And my life becomes a front.

I tell you everything that's really nothing,
and nothing of what's everything,
of what's crying within me.
So when I'm going through my routine
do not be fooled by what I'm saying.

Please listen carefully and try to hear what I'm not saying,
what I'd like to be able to say,
what for survival I need to say,
but what I can't say.

I don't like hiding.
I don't like playing superficial phony games.
I want to stop playing them.
I want to be genuine and spontaneous and me
but you've got to help me.
You've got to hold out your hand
even when that's the last thing I seem to want.

Only you can wipe away from my eyes
the blank stare of the breathing dead.
Only you can call me into aliveness.
Each time you're kind, and gentle, and encouraging,
each time you try to understand because you really care,
my heart begins to grow wings --
very small wings,
but wings!



With your power to touch me into feeling
you can breathe life into me.
I want you to know that.
I want you to know how important you are to
me,
how you can be a creator--an honest-to-God
creator --
of the person that is me
if you choose to.

You alone can break down the wall behind which
I tremble,
you alone can remove my mask,
you alone can release me from the shadow-
world of panic,
from my lonely prison,
if you choose to.
Please choose to.

Do not pass me by.
It will not be easy for you.
A long conviction of worthlessness builds strong
walls.
The nearer you approach me
the blinder I may strike back.

It's irrational, but despite what the books may
say about man
often I am irrational.
I fight against the very thing I cry out for.
But I am told that love is stronger than strong
walls
and in this lies my hope.
Please try to beat down those walls
with firm hands but with gentle hands
for a child is very sensitive.

Who am I, you may wonder?
I am someone you know very well.
For I am every man you meet
and I am every woman you meet.

Charles C. Finn, september 1966



Bijlage 2: Figuur 1

In fig. 1 wordt de verschijnselen van beide typen problematiek bij elkaar gezet. De verschijnselen zijn geformuleerd voor kinderen en jongeren, maar wat bij relationeel gestoord genoemd wordt, geldt ook voor volwassenen. De condities die het probleemgedrag in stand houden zijn belangrijk voor de behandeling.

Hechtingsgestoord bij kinderen en jongeren	Relationeel gestoord bij kinderen, jongeren en volwassenen
Waarneembaar gedrag ▪ Geringe sociale vaardigheden ▪ Allemansvriendgedrag ▪ Dominerend eisend gedrag ▪ Agressief gedrag ▪ Uitingen van angst, boosheid, wantrouwen ▪ Ongedisciplineerde activiteiten, vlindergedrag, vluchtig speelgedrag Ontstaan van de problematiek Omgevingsfactor: ▪ Wisselende opvoedingssituaties vanaf de geboorte ▪ Onvoldoende beschikbaar zijn van de ouders Kindfactor: ▪ Wijze van gehechtheid: vermijdend Conditie die het probleemgedrag in standhouden Omgevingsfactor: ▪ Geen passend opvoedantwoord Kindfactor: ▪ Geringe impulscontrole ▪ Niet bekijken van ervaringen ▪ Onverschillige houding ▪ Inwisselbaar zijn van volwassenen	Waarneembaar gedrag ▪ Geringe sociale vaardigheden ▪ Klampgedrag ▪ Passief en teruggetrokken gedrag ▪ Uitingen van angst, boosheid, wantrouwen ▪ Uitingen van verlatenheid en teleurstelling ▪ Lusteloosheid met betrekking tot activiteiten Ontstaan van de problematiek Omgevingsfactor: ▪ Wisselende opvoedingssituaties vanaf de vroege jeugd ▪ Onvoldoende beschikbaar zijn van de ouders Kindfactor: ▪ Wijze van gehechtheid: ambivalent gehecht Conditie die het probleemgedrag in stand houden Omgevingsfactor: ▪ Geen passend opvoedantwoord Kindfactor: ▪ Nervositeit ▪ Depressiviteit ▪ Lage zelfwaardering ▪ Ambivalentie in nabijheid zoeken en weren

Fig. 1 Kenmerken van verwaarlozingsproblematiek



Bijlage 3: Figuur 2

In fig. 2 worden de 4 hechtingspatronen van de AAI getypeerd.

	Autonome representatie (correspondeert met veilige gehechtheid)	Gereserveerde representatie (correspondeert met vermijdende gehechtheid)	Gepreoccupeerde representatie (correspondeert met afwerende gehechtheid)	Onverwerkte representatie (correspondeert met gedesorganiseerde gehechtheid)
Mogelijke concrete ervaringen	▪ Liefdevolle ondersteunende ouders ▪ Of elk type negatieve ervaring	▪ Ouders die gehechtheid afwezen ▪ Nadruk op zelfstandigheid	▪ Rol omkerend ouderschap ▪ Gebonden aan ouders door schuldgevoel of overbetrokkenheid	▪ Verlies van belangrijke gehechtheidspersoon ▪ Fysiek/seksueel misbruik
Huidige representatie	▪ Erkent belang van vroege relaties in persoonlijke ontwikkeling ▪ Gebalanceerde en inlevende kijk op zichzelf en ouders ▪ Rijk gevoelsleven ▪ Helder en samenhangend	▪ Minimaliseert of ontkent effecten van vroege ervaringen ▪ Idealisatie van ouders ▪ Slecht geheugen ▪ Nadruk op persoonlijke kracht ▪ Onsamenhangend: gebrek aan bewijzen, afstandelijk, prikkelbaar	▪ Gepreoccupeerd met ouders ▪ Nog voortdurende boosheid ten opzichte van ouders of voortgaande pogingen te behagen ▪ Verwarring en ambivalentie ▪ Onsamenhangend: onhelder, irrelevant	▪ Ongeloof in realiteit gebeurtenis ▪ Gevoelens van oorzaak te zijn ▪ Desoriëntatie in taalgebruik rond thema verlies/trauma ▪ Psychologisch verwarde opmerkingen over verlies en trauma

Fig. 2 Indeling van gehechtheidsrepresentaties (internwerkmodel) bij volwassenen (Ontleend aan Main & Goldwyn 1985-1993 in Van Ijzendoorn & Bakermans-Kranenburg 1994)



“Luister alsjeblieft naar wat ik NIET zeg”

Bijlage 5:

PMT kapstokmodel voor de
behandeling van volwassenen
met hechtingsproblemen

“Luister alsjeblieft
naar wat ik NIET zeg”



Gemaakt door:
THJ Dubbeldam

Juni 2011



Inleiding

Dit kapstokmodel is ontwikkeld voor de behandeling van volwassenen met hechtingsproblemen, vanuit de visie van basistherapie van mw. dr. A. Thoomes-Vreugdenhil.

Er is voor een kapstokmodel gekozen door de omvangrijke doelgroep en zodat iedere cliënt zijn eigen ontwikkelingsproces kan doorstaan. Als PMT therapeut bepaal je wat belangrijk is voor de ontwikkeling van de cliënt.

De PMT-module is geschreven door Tatjana Dubbeldam, studente psychomotorische therapie aan de Hogeschool Windesheim, te Zwolle.

Deze PMT-module wordt ontwikkeld ten behoeve van de afstudeeropdracht voor de opleiding psychomotorische therapie. De afstudeeropdracht is er een literatuuronderzoek met de vraagstelling: ‘Kan een PMT themagericht aanbod bij volwassenen met hechtingsproblemen aansluiten bij de drie behandelperiodes van de basistherapie van mw. Dr. A. Thoomes-Vreugdenhil?’ Om te antwoorden op de vraagstelling zal er een PMT-module worden geschreven voor volwassenen met hechtingsproblemen.

Theoretisch kader

Basistherapie is een behandelvorm voor volwassenen met relationeel gestoord gedrag.

De therapie vorm is een systematische behandeling, die zich richt op de ontwikkeling van relationele vaardigheden, dat betekent het aankunnen van intimiteit.

Volwassenen met relationele klachten die zich aanmelden voor basistherapie, ervaren moeite met relatievorming. Ter herkenning van de problematiek is te letten op de verschijnselen zelf, het ontstaan van de verschijnselen vanuit de anamnese en de verschijnselen die het gedrag in stand houden.

Om de gehechtheidpatroon bij volwassenen te kunnen bepalen wordt de adult attachment interview (AAI) ontwikkeld.

Bij volwassenen zijn de volgende vier hechtingspatronen te onderscheiden:

- Autonom (veilige hechting); zij kunnen op een genuanceerde manier naar hun verleden kijken en hun verhalen zijn intern consistent.
- Gepreoccupeerd; ze geven alleen korte antwoorden. Elke vraag roept weer de affecten op die bij de vroegere ervaringen van woede of verdriet horen. Of ze worden overspoeld door fragmenten van traumatische aard.
- Gereserveerd; zij brengen een geïdealiseerd ontkennend verhaal, ze zijn alles vergeten of ze wijzen hun ouders af.
- Gedesorganiseerd; de manier van spreken of redeneren is gedesorganiseerd. Er kunnen extreme reacties worden beschreven die verband houden met het verlies of trauma.

In het semi-gestructureerde interview wordt gereflecteerd op de hechtingsrelatie uit de kindertijd.

De ervaringen uit de kindertijd hebben invloed op eigen persoonlijkheid en gedrag (Main, George & Kaplan, 1984).

PMT is een lichaamsgerichte therapie, waarbij je denken-voelen-handelen centraal staan.

Tijdens de interactie bij bewegings- en lichaamsgerichte arrangementen kunnen cliënten ervaren dat er verschillende lichaamssensaties, gedragingen en opvattingen, kunnen opdoen bij zichzelf en bij elk individu. De PMT zou in dat opzicht een geschikt therapievorm zijn voor mensen met hechtingsproblemen.



De doelgroep bestaat uit volwassenen met hechtingsproblemen met relationeel gestoord gedrag. Het type gehechtheidswijze bij mensen met relationeel gestoord gedrag. De volgende verschijnselen kunnen onder ander aanwezig zijn:

- Ambivalentie in de nabijheidbeleving
- Nabijheid wensen, nabijheid afweren
- Geringe sociale vaardigheden
- Aanklampinggedrag
- Passief en teruggetrokken gedrag
- Uitingen van angst, boosheid, twijfel en wantrouwen. Wantrouwen wat anderen zeggen en doen.
- Uitingen van verlatenheid en teleurstelling, lusteloosheid en verdriet

Indicaties zijn:

- Nervositeit
- Depressiviteit
- Lage zelfwaardering
- Ambivalentie in nabijheid zoeken
- Nabijheid afweren

Contra-indicaties voor deze module zijn: andere stoornissen en/of problematiek die op de voorgrond spelen, bijvoorbeeld verslavingsproblematiek.

Randvoorwaarden voor de cliënt zijn:

- Leeftijd: 24 jaar of ouder.
- Intelligentie: minimaal beneden gemiddeld (IQ 80).
- Cliënt heeft hechtingsproblemen met hechtingswijze gepreoccupeerd en/of vertoont relationeel gestoord gedrag.

Intake

Het algemene doel van de intake voor de behandeling is kennismaking met de cliënt en haar problematiek en hulpvraag in kaart te brengen.

Het is belangrijk om langer stil te staan bij de hulpvraag van de cliënt om de gehechtheidswijze zo volledige mogelijk te kunnen beschrijven.

De organisatie van de intake ziet er als volgt uit:

- Kennismaking therapeut(en) en cliënt
- In kaart brengen van problematiek en hulpvraag
- Informatie geven over de behandeling
- Ruimte voor vragen van de cliënt
- Afspraken maken over de start van de behandeling
- Contact gegevens uitwisselen

Doelen

Het doel van de behandeling van volwassenen met hechtingsproblemen is het bewerken van de verschijnselen in nabijheid door middel van het verwerken van trauma's en het opbouwen van zelfvertrouwen.



Om te werken aan deze doelen binnen de PMT zullen de volgende PMT-thema's aanbod komen:

1. *Motorische sociale sensibiliteit* (M.S.S.) betekent de gevoeligheid die iemand heeft voor de sociale context om hem heen. Afgeleiden thema's van het M.S.S. kunnen zijn; contact maken, samenwerken, afstand & nabijheid grenzen etc.
2. *Ruimte* het om het (durven) innemen van ruimte, het delen van ruimte, het bewegen door de ruimte, het maken van een eigen plek, etc.
3. Bij *lichaamsbeleving* gaat het om het beleven, voelen, waarnemen en betekenis geven aan en van je lijf, tijdens je bewegen en handelen. Het kan hierbij gaan op negatieve lichaamsbelevingen of over onbekende lichaamssignalen.
4. Bij *vertrouwen* gaat het om het vertrouwen in jezelf, in de ander en/of het materiaal. Het vertrouwen dat je hebt in jezelf en in de ander en/of het materiaal kan te veel zijn. Wantrouwen hoort ook binnen dit thema.
5. *Relaxatie* heeft te maken met het wel, niet, meer en minder ontspannen zijn. Het kunnen ontspannen en ervaren van spanning en/of ontspanning. Het toepassen van ontspanningstechnieken en het controle hebben over je eigen spanning en/of ontspanning.

De PMT-thema's zullen in de PMT fasering onderverdeeld worden. De PMT fasering is als volgt:

- Verkennen zal in teken staan van kennismaking binnen de PMT. Binnen verkennen gaat het om wat de persoon doet in een bepaalde situatie. Je gaat de mogelijkheden bekijken van de persoon. Is het gedrag dat hij laat zien contextueel of habitueel.
- Bij herkennen gaat het om hoe de cliënten doen in een andere context. Er wordt gevraagd van de cliënt om zichzelf te gaan herkennen binnen verschillende activiteiten. Door gerichte vragen en betekenis verlenen aan gedrag kan herkenning worden gestimuleerd.
- Bij erkennen gaat het om de last die iemand ondervindt aan zijn gedrag. Bij herkennen is er gekeken naar het gedrag dat je is opgevallen en nu ga je samen de cliënt kijken naar dit gedrag. Aan de hand van de last die de cliënt niet of wel ervaart, ga je proberen om gedragsveranderingen te veroorzaken bij de cliënt. (Blink)
- Naast verkennen, herkennen en erkennen is de transfer naar dagelijksleven belangrijk. De cliënt moet de geleerde vaardigheden en verandering gaan toepassen in het dagelijksleven. Om de transfer effectief te laten verlopen moet er een wisselwerking zijn in de therapie van ervaringen uit de zaal en uit het dagelijksleven. Dus de problematieken uit het dagelijksleven moeten in de therapie behandeld kunnen worden. De ervaringen uit de therapie moet naar het dagelijksleven komen. (Hekking, 2007)

De onderverdeling van de PMT-thema's in de PMT fasering is als volgt:

1. Verkennen:
 - M.S.S.
 - Relaxatie
2. Herkennen en erkennen
 - M.S.S.
 - Ruimte
 - Vertrouwen
 - Lichaamsbeleving
3. Transfer en stabiliseren
 - M.S.S.
 - Vertrouwen



Referentiekader

In dit kapstokmodel verantwoordt de PMT therapeut het handelen vanuit de basistherapie van mw. dr. A. Thoomes-Vreugdenhil. De basistherapie is een cliëntgerichte psychotherapie.

Cliëntgerichte psychotherapie is persoonsgericht, procesgericht en pragmatisch.

Persoonsgericht betekent in de eerste plaats dat de cliënt als persoon centraal staat. In de tweede plaats betekent het dat de cliënt zelf bepaalt wat hij of zij wel en niet in de therapie aan de orde wil stellen, wat hij met de therapie wil bereiken, hoe ver hij of zij daarin wil gaan, etc. Procesgericht wil zeggen dat de therapie een proces is dat erop gericht is het denken, voelen en handelen te (her)integreren. Pragmatisch houdt in dat de therapeut niet aan één manier van werken vastzit, maar meerdere benaderingswijzen kent. (www.psychotherapie.nl) (zie inleiding)

Bij de psychomotorische therapie is het doel om iemand met psychosociale klachten, van zijn klachten af wordt geholpen of om de klachten te verminderen. Om het psychosociale leven in kaart te brengen en alle mogelijk psychosociale problemen, hulpvragen, doelen te orden zijn er zeven verschillende thema's geformuleerd als lesmateriaal van mw. P.R.G. Fellingier naar ideeën van dhr. P.J.A.M. Hekking. Deze thema's overkoepelen het gehele psychosociale terrein. Alle andere psychosociale doelen kunnen worden afgeleid van de zeven hoofdthema's.

Behandelstrategieën

Zoals bij de doelen beschreven is, zal er vanuit de drie behandelperiodes gehandeld worden. In deze behandeling zal de cliënt centraal staan en de regie hebben. Het proces is gericht op het denken, voelen en handelen integreren en de therapeut zit niet vast aan één manier van werken. Er zijn meerdere benaderingswijze mogelijk.

Behandeling

Bewegingssituaties/arrangementen

Behandelperiode 1

Mindfulness

PMT-thema: Relaxatie

Het 'tien minuten zitten' is een vorm bij de basistherapie om te leren om 'bij jezelf te zijn'. Een aansluitende PMT activiteit hierbij is mindfulness. Mindfulness houdt in aandacht schenken aan wat zich voordoet van moment tot moment zonder te oordelen.

Bij deze activiteit neemt de cliënt een zittende of liggende positie in. De therapeut instrueert de cliënt verbaal. Tijdens de oefening worden er verschillende instructies geven. De cliënt probeert de therapeut zijn stem te volgen. Als dit niet lukt, accepteert dit gegeven en ga verder met de oefening. Deze PMT activiteit heeft verschillende oefensituaties nodig. Het is daarom noodzakelijk dat deze oefening meermalen geoefend worden in de therapie.

Interventies die kunnen plaatsvinden zijn:

- Aandacht richten op alleen op de ademhaling
- Aandacht richten op alleen de bodyscan

Behandelperiode 2

Symbolisch werken

PMT-thema: Ruimte

De volgende oefening is een symbolische activiteit. De cliënt gaat een eigen plekje maken. Hiervoor kunnen allerlei materialen zijn uit de berging. Deze plek die de cliënt gaat creëren, is een plek waarbij de cliënt zich veilig/op zijn gemak voelt/etc. Op dit plek gaat zij symbolen pakken die de cliënt zijn karaktereigenschappen, kwaliteiten en gedragingen symboliseren. Dit mogen positieve en negatieve karaktereigenschappen, kwaliteiten en gedragingen zijn.



Als het eigen plek met de symbolen klaar liggen, mag de cliënt vertellen wat de symbolen voor hem betekenen. De cliënt gaat daarna onderscheid maken tussen karaktereigenschappen, kwaliteiten en gedragingen die de cliënt graag wil behouden en trots op is en welke de cliënt graag ziet veranderen. De symbolen die de cliënt zou willen veranderen mag afscheid van genomen worden (wegleggen). Daarvoor in de plaats mag de cliënt ander symbolen neerleggen die de veranderingen en/of gedragingen die de cliënt nog zou willen leren, kunnen symboliseren. Uiteindelijk liggen er verschillende symbolen waar de cliënt troost op is en symbolen waaraan de cliënt nog wil werken. Het totaal plaatje is de cliënt met karaktereigenschappen, kwaliteiten en gedragen waar hij in de toekomst trots op kan zijn.

Interventies die kunnen plaatsvinden zijn:

- Het bouwen van meerdere eigen plekken. Elk eigen plek heeft een eigen betekenis, bijvoorbeeld verleden, heden en toekomst.

Behandelperiode 3

Blindlopen

PMT-thema: Vertrouwen

Als er een zintuig uitgeschakeld wordt, worden andere zintuigen automatisch ingezet. De cliënt moet vertrouwen hebben in haar eigen lichaam.

Bij de oefening blindlopen zal de cliënt door de zaal gaan bewegen met haar ogen dicht. De cliënt zal van punt A naar punt B lopen, maar in de zaal staan drie objecten. De cliënt weet wat en waar deze objecten staan.

Interventies die kunnen plaatsvinden zijn:

- Naar de andere kant van de zaal lopen, zonder materialen in de zaal.
- Geen kennis hebben van de plekken van de materialen in de zaal.
- Geblinddoekt een parcours afleggen en ondersteund worden door de therapeut.
- De therapeut begeleiden over het parcours.

Therapeut

Een langdurige behandeling geeft een zekere afhankelijkheid van de cliënt aan de therapeut. Daar moet de therapeut mee om kunnen gaan.

Voor de sekse is beiden wat te zeggen. Een ideaal scenario zou zijn dat elke behandeling een mannelijke en vrouwelijke therapeut aanwezig is. De cliënt kan leren om met beide sekse een vertrouwensrelatie op te bouwen.

Een belangrijke attitude bij de doelgroep is betrokkenheid en beschikbaar zijn. Beschikbaar zijn houdt in dat een cliënt indien nodig buiten de therapie tijden contact kan zoeken met de therapeut. Andere attitudes die van toepassing zijn:

- Begrenzend
- Structurerend
- Empatisch
- Stimuleren
- Activerend

Voor de therapeut is het noodzakelijk supervisie en/of intervisie te volgen. De behandeling zal een langdurig proces zijn met een andere soort beschikbaarheid. Om dit proces managen wordt er gevraagd om een andere soort professionaliteit. Ter ondersteuning van het proces en deze te bewaken zal supervisie en/of intervisie noodzakelijk zijn.



Er zal gewerkt worden met individuele behandelingen. Het is in het belang voor de cliënt om een vertrouwensrelatie op te bouwen met de therapeut. Andere cliënten met dezelfde problematiek zouden processen kunnen stagneren, vertragen en/of verslechteren.

De behandeling voor mensen met hechtingsproblemen met relationeel gestoord gedrag heeft geen standaard aantal sessies. Het komt daarbij regelmatig voor dat je terug moet pakken naar behandelperiode 2 als er gewerkt wordt in behandelperiode 3.

Het is wenselijk om circa 60 minuten in de week een therapiesessie te houden.