

Psychomotorische therapie

“Brugfunctie tussen GGZ, RIBW en sportverenigingen”



Psychomotorische therapie kan bewerkstelligen dat cliënten in de GGZ met succes kunnen deelnemen aan reguliere sportverenigingen.

Datum: 3 juni 2008

Student:	Ingrid Wolfsdag
Opleiding:	BA-PMT deeltijd te Zwolle
Scriptie begeleider:	Rikkie Overbeek, Paul Hekking
Scriptie beoordelaar:	Martin van den Blink

Voorwoord

Bewegen is onlosmakelijk met de mens verbonden. Wanneer ik mag bewegen, trainen en wedstrijden spelen voel ik me leven, ik voel mijn lichaam werken en arbeid verrichten om een prestatie te leveren. Het bewegen is voor mij een belangrijke uitlaatklep voor spanningen, emoties, vreugde en verdriet. Of het nou hardlopen is, hockeyen of dansen, het maakt niet uit. Door te bewegen ervaar en voel ik mijn lijf als een eenheid met mezelf. Tot ik bijna niet meer kon bewegen vanwege een ongeval.

Ik werd er bijna depressief van en heb zowel mentaal als fysiek heel hard moeten knokken om weer te kunnen bewegen. Gelukkig heb ik hierbij zeer deskundige hulp gehad, Daardoor realiseerde ik me wat het kan betekenen wanneer je niet kan of mag bewegen.....

Wanneer je een handicap of ziekte hebt of ouder bent geworden en daardoor niet meer zo makkelijk kan of durft te bewegen. Bewegen geeft een gevoel van vrijheid en kan uiting geven aan emoties. Zoals dansen bijvoorbeeld, waarmee je expressief uiting kunt geven aan gevoelens. Voor mensen met een depressie geldt dat deze klachten een sterke invloed hebben op het dagelijks functioneren en welbevinden. Dat uit zich door gebrek aan energie, vermoeidheid, verminderde vitaliteit, terneergeslagen voelen, lichaamshouding, etc. Het doel van weer in beweging komen is: het verbeteren van de conditie, de afname van lichamelijke klachten en eventuele angsten, de toename van vertrouwen in de eigen mogelijkheden en zelfwaardering. Daardoor verbetert de stemming en staan mensen kwalitatief beter in het leven. Dit heeft mij enorm gemotiveerd om mensen (weer) te laten bewegen en te prikkelen om in beweging te komen .. in het bos, het zwembad, alleen of samen met anderen, in groeps – en/of verenigingsverband met de mogelijkheid (weer) te gaan participeren in maatschappelijke verbanden.

Inleiding

Aanleiding en vraagstelling

Aanleiding voor deze beleidsnotitie is dat de overheid, GGZ, zorgverzekeraars, etc. pleiten voor een gezondere samenleving waarin meer bewogen moet worden en gezonder gegeten moet worden om ziekten te voorkomen en zieken zo optimaal te laten herstellen. Dit om voor ieder individu een zo optimaal mogelijke kwaliteit van leven te kunnen bieden op het gebied van gezondheid.

Binnen de RIBW (Regionale Instelling Beschermd Woonvormen) wordt gewerkt vanuit de Rehabilitatie methode. Deze methode is gericht op de bevordering van empowerment (initiatieven die cliënten nemen om zichzelf sterker te maken), emancipatie, normalisatie en participatie. Met als doel het herstel van cliënten, waardoor de kwaliteit van leven omhoog gaat. Gezondheid en bewegen is hier een onderdeel van.

Echter de huidige praktijk ten aanzien van gezondheid en bewegen voor cliënten binnen de chronische psychiatrie laat daarin vele mogelijkheden liggen.

Psychomotorische Therapie (PMT), en Bewegingsagogie vinden vrijwel alleen intramuraal plaats binnen de GGZ, maar niet binnen de RIBW.

Daarnaast vindt er in de huidige samenleving binnen de sport- en fitness verenigingen, vrijwel geen integratie plaats van cliënten uit de GGZ.

Het probleem is dat de chronisch psychiatrische cliënt, die graag buiten de psychiatrie wil participeren in reguliere sportverenigingen, tegengehouden wordt door zijn beperking (bijvoorbeeld de effecten van zijn diagnose, ziektebeeld, bijwerkingen medicatie, faalangst, financiële middelen, effecten van zijn handicap), maar ook doordat hij niet daadkrachtig genoeg is en specifieke vaardigheden mist.

Dagactiviteitencentra (DAC's onderdeel binnen de RIBW) bieden op het gebied van dagbesteding een beperkt aanbod op het gebied van sport en bewegen. Helaas is er geen PMT-er of bewegingsagoog in dienst om een structureel professioneel bewegingsaanbod te verzorgen en die in staat is om cliënten er toe te bewegen sportverenigingen en fitnesscentra te bezoeken.

Daarnaast is het zo dat de reguliere sportverenigingen de psychiatrische cliënt niet kennen, herkennen en geen 'handvaten hebben' om ermee om te gaan.

Hieruit volgt de volgende vraagstelling:

“Hoe kan ik als psychomotorisch therapeut bewerkstelligen dat cliënten in de GGZ met succes kunnen deelnemen aan reguliere sportverenigingen”?

De PMT-er kan vanuit het rehabilitatieprogramma een brugfunctie vervullen tussen GGZ, RIBW en sportverenigingen en daarmee de integratie daadwerkelijk laten plaatsvinden.

Doelstelling

Het doel is dat de Psychomotorische Therapeut kan bewerkstelligen dat cliënten uit de GGZ met succes deel kunnen nemen aan reguliere sportverenigingen. De Psychomotorisch Therapeut kan vanuit de RIBW, in het kader van rehabilitatie op het levensgebied gezondheid en bewegen, een brugfunctie vervullen tussen de GGZ, RIBW en sportverenigingen en bredere maatschappelijke verbanden leggen waarbij de integratie van de cliënt in de reguliere sportverenigingen daadwerkelijk plaats zal vinden.

Opzet

Allereerst zal ik de gebruikte begrippen uitleggen. Aan de hand van de begrippen geef ik theoretische kaders die voor psychomotorische therapie in de praktijk van belang zijn. Ik ga bij mijn werkwijze uit van de psychosociale rehabilitatie methodiek (Wilken en den Hollander, 2002). Vervolgens beschrijf ik een casus waarin ik laat zien dat psychomotorische therapie vanuit rehabilitatie kan bewerkstelligen hoe een cliënt met succes lid kan worden van een reguliere sportvereniging. Hier is van belang dat er eerst aan de angst, spanningsklachten en sociale fobie gewerkt dient te worden voordat er vervolgstappen gezet kunnen worden. Hiermee toon ik aan dat een brugfunctie van de psychomotorisch therapeut vanuit een RIBW in samenwerking met GGZ en sportverenigingen kan leiden tot een succesvolle participatie en dat cliënten uit de chronische psychiatrie in staat zijn deel te nemen aan een reguliere sportvereniging.

Inhoudsopgave

Voorwoord.....	0
Inleiding.....	2
Inhoudsopgave	4
Hoofdstuk 1. Uitleg begrippen.....	5
1.1 Wat is de doelgroep.....	5
1.3 Wat is de GGZ.....	5
1.4 Wat is RIBW en DAC.....	5
1.5 Wat is Psychosociale Rehabilitatie	6
1.6 Wat is Bewegingsagogie (BA) en Psychomotorische therapie (PMT)	6
1.7 Wat zijn reguliere Sportverenigingen.....	6
Hoofdstuk 2 de Doelgroep	7
2.1 Doelgroep cliënten uit de GGZ en de RIBW.....	7
2.2 Sport en bewegen GGZ instelling.....	8
2.3 Sport en bewegen binnen RIBW en DAC.....	8
2.4 Sport en bewegen, verschil tussen BA en PMT	8
Hoofdstuk 3. Psychosociale Rehabilitatie.....	11
3.1 Werken aan herstel	11
3.2 Definities en richtingen	11
3.3 Rehabilitatie is een proces in drie dimensies.....	11
3.4 Rehabilitatie zorg en behandeling	14
3.5 Psychosociale rehabilitatie binnen de RIBW en DAC.....	14
3.6 Sport en bewegen vanuit Rehabilitatie	14
Hoofdstuk 4 .Psychomotorische therapie en bewegingsagogie.....	16
4.1 PMT binnen de psychiatrische instelling.....	16
4.2 PMT en Methodisch werken	16
4.3 PMT en Therapeutische interventies	17
4.4 PMT en Theoretische referentiekaders	17
4.5 Therapeutische strategieën	17
4.6 Vanuit PMT -zaal naar buiten	18
Hoofdstuk 5. Casus cliënt.....	19
5.1 Stappen genomen vanuit de drie dimensies uit Rehabilitatie	19
5.2 Ad 1. Stappen vanuit de relatiedimensie	21
5.3 Ad 2. Stappen vanuit activiteiten dimensie:	22
5.3 Ad 3. Stappen vanuit de tijdsdimensie.....	24
Hoofdstuk 6. Eindconclusie en beantwoording van de vraagstelling.....	26
Literatuurlijst.....	28
Bijlage 1.....	28

Hoofdstuk 1 Uitleg begrippen

1.1 Wat is de doelgroep

Dit zijn volwassen mensen met langdurige psychische en/of psychiatrische problemen en/of beperkingen. Zij worden behandeld vanuit de GGZ. Deze mensen hebben een behandelaar, een psychiater of een psychiatrisch verpleegkundige en zijn vaak afhankelijk van medicijngebruik voor hun psychische of psychiatrische beperking. De behandeling kan intramuraal of extramuraal plaatsvinden. Mensen wonen zelfstandig of binnen een 24-uursvoorziening zoals een RIBW.

1.3 Wat is de GGZ

De GGZ (geestelijke gezondheidszorg) omvat het hele zorggebied van zowel klinische als ambulante zorg. De eerstelijns gezondheidszorg zijn huisartsen, AMW (algemeen maatschappelijk werk) en eerstelijns psychologen. De tweedelijns gezondheidszorg omvat GGZ instellingen. Deze instellingen zijn er voor mensen met psychiatrische stoornissen en psychische problemen, zoals depressiviteit, schizofrenie en verslaving.

De GGZ richt zich op vier taken:

- Het behandelen en genezen van psychische aandoeningen;
- Het zo goed mogelijk laten deelnemen van mensen met een chronische psychische aandoening aan de samenleving;
- Het bieden van (ongevraagde) hulp aan mensen die ernstig verward en/of verslaafd zijn en die uit zichzelf geen hulp zoeken.

Door verschillen in oorzaak en uiting van psychische problemen zijn er veel soorten instellingen en organisaties voor de geestelijke gezondheidszorg.

1.4 Wat is RIBW en DAC

De RIBW (Regionale Instelling Beschermd Woonvormen) biedt zorg aan mensen met langdurige psychische problemen die (nog) niet in staat zijn zelfstandig in de maatschappij te functioneren. Doel is dat zij met deze steun naar tevredenheid een eigen leven kunnen leiden en weer sterk in de samenleving kunnen staan. De RIBW ondersteunt en begeleidt cliënten op het gebied van wonen, dagbesteding, werk, sociale contacten, persoonlijke verzorging, geestelijk en lichamelijk welzijn, financiën en administratie. Het zorgaanbod kan worden samengesteld uit de volgende onderdelen: informatie en advies, begeleiding in de thuissituatie, beschermd wonen, bemoeizorg en dagbesteding.

Dagbesteding wordt georganiseerd vanuit Dagactiviteiten Centra (DAC), onderdeel van de RIBW. Het DAC is een plek waar mensen met psychische problemen elkaar kunnen ontmoeten en er is een uitgebreid programma voor activiteiten op gebied van recreatie, creativiteit, sportiviteit en er zijn educatieve mogelijkheden richting arbeid en het volgen van een opleiding. De medewerkers binnen de RIBW werken vanuit de SRH methodiek (Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen).

1.5 Wat is Psychosociale Rehabilitatie

De omschrijving gegeven door het Landelijk Kenniscentrum Rehabilitatie (Wilken en den Hollander, 2003) is:

Psychosociale en/of psychiatrische Rehabilitatie is alle hulp- en dienstverlening die er op gericht is om mensen met langdurige of dreigend langdurige zorgafhankelijkheid ten gevolge van psychiatrische aandoeningen in staat te stellen zo volwaardig mogelijk in de samenleving te functioneren. De hulp- en dienstverlening bestaat uit een programma van persoonlijk- professionele begeleiding, voorlichting, training, trajectbegeleiding, aanpassing en ondersteuning van de omgeving en acties om de sociaal-maatschappelijke positie te verbeteren. Rehabilitatie richt zich op de algemene levensdomeinen van wonen, werken, leren en recreëren en op de persoonlijke domeinen van gezondheid, zelfzorg, zingeving en sociale relaties. Rehabilitatie is gericht op de bevordering van emancipatie; empowerment en herstel van cliënten.¹

“De rehabilitatie is een continu proces wat zich afspeelt in drie dimensies; de relatiedimensie de handelings,- of activiteitendimensie en de tijdsdimensie”.

1.6 Wat is Bewegingsagogie (BA) en Psychomotorische Therapie (PMT)

Bewegingsagogie houdt zich bezig met het aanbieden van sport- en bewegingsactiviteiten met als doel een bijdrage te leveren aan de psychische, sociale en lichamelijke ontwikkeling en het realiseren van een optimaal bewegingsgedrag van mensen met een beperking op het terrein van bewegen. Het *begeleiden* van mensen staat hierin centraal (Beroepsprofiel NVBA, 2004)

Psychomotorische therapie is het *behandelen* van mensen met psychische problemen door middel van interventies gericht op lichaamservaring en/of het handelen in bewegingssituaties. Het doel van psychomotorische therapie is gedragsverandering tot stand te brengen of tenminste daaraan een bijdrage te leveren en daarmee psychosociale of psychiatrische problematiek weg te nemen of te verminderen (Beroepsprofiel NVPMT, 2004).

1.7 Wat zijn reguliere sportverenigingen

Een sportvereniging is een organisatie die is opgericht om er sport te kunnen beoefenen. Meestal gaat het daarbij om één tak van sport per vereniging. Een vereniging heeft leden en een bestuur. Leden betalen een jaarlijkse contributie. Andere inkomsten krijgt een vereniging van sponsors en/of donateurs. De organisatieregels van een vereniging zijn vastgelegd in statuten. Iemand wordt lid van een sportvereniging om een sport te beoefenen, die men aantrekkelijk vindt. Dat kan van alles zijn, van voetbal tot biljarten, van atletiek tot zwemmen. De meeste mensen worden lid om vrienden te maken, voor de gezelligheid, om te presteren, maar vooral ook voor de lichamelijke of geestelijke ontspanning.

¹ Wilken, J.P. &. Hollander, D.(2000) *Psychosociale Rehabilitatie, een integrale benadering*.

Hoofdstuk 2 de Doelgroep

2.1 Doelgroep cliënten uit de GGZ en de RIBW

Cliënten uit de Geestelijke gezondheidszorg zijn mensen met een psychiatrische stoornis en hebben een diagnose. De etiologie, ontstaansgeschiedenis van psychische of psychiatrische stoornissen kunnen bepaald zijn door genetische factoren, biologische factoren, psychologische factoren, door kwetsbaarheid, ingrijpende ervaringen, slechte sociale omstandigheden, slechte lichamelijke conditie en hersenafwijkingen. Hierdoor kan het zijn dat mensen een psychiatrische stoornis ontwikkelen. Vaak worden deze mensen behandeld binnen een instelling van de GGZ en veelal wonen zij binnen een woonvorm van de RIBW, van waaruit zij begeleiding ontvangen om zo optimaal mogelijk te kunnen wonen en functioneren binnen de maatschappij.

Een psychiatrische stoornis moet aan drie voorwaarden voldoen (Wakefield ,1992):

- a. het gaat om een abnormaal verschijnsel dat afwijkt van een sociale norm of van hetgeen in de cultuur als 'normaal' gedrag geldt.
- b. dit abnormaal verschijnsel is een teken van een stoornis als het ongemak, lijden of bezorgdheid teweegbrengt bij betrokkene en/of diens omgeving.
- c. men kan pas spreken van psychische stoornis indien het storend gedrag een aantal kenmerken vertoont die ook bij andere personen als 'storend' zijn ervaren en omwille van deze herkenbaarheid – op grond van een overeenkomstig patroon- zijn te beschrijven en te ordenen binnen het begrippenkader van de psychopathologie.

Mensen met psychosociale en/of psychiatrische problemen hebben vaak te kampen met gestoord gedrag dat kenmerkend is voor een bepaald psychiatrisch probleem (Reedijk Psychiatrie, 1999).

Deze problemen worden gediagnosticeerd en vervolgens geclassificeerd volgens de richtlijnen van de IDC-10 of de ICF of veelvuldig gebruikt binnen GGZ, de DSM IV:

- As I: Klinische syndromen
- As II: Persoonlijkheidsstoornissen
- As III: Lichamelijke toestand
- As IV: Psychosociale problemen
- As V: Niveau van Psychosociaal functioneren

Wanneer mensen te maken hebben met een psychische stoornis ervaren ze stress, angst en hebben een falende aanpassing om met het probleem om te gaan (Reedijk,1999). De draaglast is groter dan de draagkracht. Dit heeft gevolgen voor die persoon en zijn omgeving, relaties, familie, sociale contacten, werk etc.

De klachten en symptomen van ziektebeelden zijn zichtbaar en merkbaar in hun gestoord gedrag. Het leven wordt op de kop gezet. Alle sociale rollen vervallen, slechts de patiëntenrol blijft over (Wilken, & Hollander, 2003). De aandacht concentreert zich op het bestrijden van de ziekte. Er ontstaat vaak een afhankelijkheid van de deskundigheid van de medicus. Mensen zijn depressief of angstig, trekken zich terug, komen in een sociaal isolement, omdat ze er niet op uit durven gaan en bang zijn afgewezen te worden. Anderen denken verkeerd of negatief over zichzelf (verkeerde 'cognitie'). Velen worden behandeld met medicatie wat zeer veel invloed heeft op het functioneren van het lichaam en de geest. Door het gebruik van medicatie ontstaan er vaak bijwerkingen op cognitief en lichamelijk vlak.

Symptomen kunnen eerst verergeren of er kunnen slaapproblemen ontstaan, daarnaast kan er sprake zijn van lichamelijke bijwerkingen zoals sufheid, slaperigheid, misselijkheid, maar ook vormen van extrapiramidale bijwerkingen, zoals bewegingsonrust in de benen.

De gevolgen zijn merkbaar in alle levensgebieden die de kwaliteit van het leven in zich heeft; (Boevink e.a, 1995) zoals aspecten als inkomen, werk, gezondheid, sociale relaties en veiligheid in de woonomgeving. Binnen de intramurale zorg is er behandeling en medicatie, daarnaast volgt vaak therapeutische behandeling vanuit een zorgprogramma.

2.2 Sport en bewegen GGZ instelling

Binnen het zorgprogramma van een GGZ behandelinstelling is er een aanbod van vaktherapieën. Dat kan zijn creatieve therapie, muziektherapie, dramatherapie en psychomotorische therapie en/of bewegingsagogie. Dit laatste gebeurt vaak in een sportzaal of fitnessruimte. Cliënten die extramuraal behandeld worden hebben vaak een ambulante behandeling op basis van medicatie en het volgen van therapeutische deeltijdbehandelingen. Psychomotorische therapie en bewegingsagogie wordt gegeven vanuit de zorgprogramma's waarin mensen terecht komen. Dit kan zijn naar aanleiding van angst- en stemmingsstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, somataforme stoornissen, psychotische stoornissen, etc. Dat is afhankelijk van de instelling; bijvoorbeeld een Sociaal Psychiatrisch centrum of een psychiatrische afdeling van een academisch ziekenhuis. In deze scriptie richt ik mij op de GGZ zorg binnen sociaal psychiatrische instellingen.

2.3 Sport en bewegen binnen RIBW en DAC

Binnen de RIBW heb je cliënten die wonen in een 24-uurs voorziening (beschermd wonen) en cliënten die zelfstandig wonen. Voor cliënten die binnen een 24-uurs voorziening wonen zijn de activiteiten voornamelijk gericht op het algemeen dagelijks leven.

De bewegingsactiviteiten worden vaak door de cliënten zelf uitgevoerd in de vorm van wandelen, fietsen en boodschappen doen. Het team van begeleiders organiseert soms activiteiten en uitstapjes, maar veelal wordt dit gedaan op initiatieven van buitenaf, georganiseerd vanuit het Dagactiviteitencentrum of bijvoorbeeld wanneer er een uitnodiging komt of belangstelling is voor een activiteit. De medewerkers dit doen hebben de functie van woonbegeleider.

Voor cliënten uit de 24-uurs voorzieningen en ambulante cliënten worden er activiteiten georganiseerd vanuit het Dagactiviteitencentrum. Dit wordt gedaan door activiteiten begeleiders die zelfstandig of in samenwerking met andere organisaties bewegingsactiviteiten aanbieden in de vorm van wandelen, fietsen, zwemmen, bowlen, dagtochten, vakanties, museumbezoek, etc. Er is echter weinig structureel (wekelijks) sportief aanbod door een gekwalificeerde bewegingsagoog of andere sportdeskundige.

2.4 Sport en bewegen, verschil tussen BA en PMT

Psychomotorische therapie zie 1.6 heeft als doel gedragsverandering tot stand te brengen of tenminste daaraan een bijdrage te leveren en daarmee psychosociale of psychiatrische problematiek weg te nemen of te veranderen.

Psychomotorische therapie maakt daarbij gebruik van oefengerichte, ervaringsgerichte en ontdekkingsgerichte strategieën (zie hoofdstuk 4.5). Deze staan ook in uitvoering beschreven in specifieke psychomotorische modules zoals borderline, persoonlijkheidsproblemen, psychotische stoornissen etc.

Veel cliënten hebben te maken met spanning en stress. Binnen PMT wordt psycho-educatie gegeven, behandeling is gericht op verlagen van stress en spanning door ontspanning, maar ook onderkennen van interne en externe stressfactoren. Men leert hier op een adequate manier mee om te gaan. Door passieve en actieve ontspanningsoefeningen zoals progressieve relaxatie van Jacobson, sensorrelaxatie en, ademtherapie. De cliënt leert lichaamssignalen waar te nemen, lichaamsgrenzen te voelen, hoe die te beïnvloeden zijn, waardoor de cliënt meer grip krijgt op zijn functioneren en beter met stress leert omgaan.

Bij mensen met depressie wordt bijvoorbeeld de Runningtherapie toegepast. Uit onderzoek blijkt dat lichamelijke inspanning (activiteit, activering en running) een positief effect kan hebben op de depressieve stoornis (o.a. Babyak et al., 2000; Blumenthal et al., 1999; Boscher, 1991; Dimeo et al., Martinsen, 1985).

Belangrijk bij het starten is voorlichting geven aan de cliënten. Wat gebeurt er met het lichaam tijdens de inspanning (verhoogde hartslag, transpireren). Dit zijn normale verschijnselen. Het doel van running; verbeteren van conditie en het benadrukken van de positieve effect op de lichamelijke klachten moet worden vermeld ter voorkoming van uitval. Het programma moet aansluiten bij de wensen en doelen van de cliënt. Een belangrijke taak van de therapeut is het zodanig motiveren van de cliënt dat uitval wordt voorkomen (Holly & Shaffrath, 1998; Kleinsman & Bosscher, 1995).

Het succes van de therapie wordt beïnvloed door positieve en negatieve factoren die tijdens de therapie ontstaan. Daarom is het van belang dat er een gevarieerd programma wordt geboden, wat plezierig is en haalbaar voor de cliënt. Methodisch wordt gewerkt met een individueel stappenplan, afhankelijk van de conditie en wat bijgehouden kan worden in een logboekje (vooruitgang is motivatie). Tijdens de Running richt de aandacht zich op fysieke en lichamelijke aspecten zoals versnelde ademhaling, verhoogde hartslag en hoe ervaart de cliënt dit? Hoe wordt de vermoeidheid ervaren van het hardlopen ten opzichte van de vermoeidheid die de depressieve klachten met zich meebrengt. Hoe geeft het lichaam aan dat er grenzen bereikt worden. Ook kunnen zintuiglijke waarnemingen gestimuleerd worden door aandacht erop te vestigen, de wind, het weer voelen of het horen van geluiden, experimenteren met looptechnieken als bijvoorbeeld de olifant of de hinde, hoe worden handen en armen gehouden, vuisten gebald of ontspannen (hiermee kan geëxperimenteerd worden). Wat herinneringen zijn die met lopen samen gaan en hoe ervaart men het lopen in de groep of alleen. Doordat lopen makkelijk opgebouwd kan worden, van 1 minuut naar 3 of 4 zit er ook direct merkbare, meetbare progressie in wat stimulerend is. Hierdoor kan iemand zich mentaal ook beter en fitter voelen en positieve ervaringen opdoen. Dit geeft een stemmingsverbetering en levert een positiever zelfbeeld op. De positieve ervaringen resulteren in meer vertrouwen in de eigen capaciteiten. Dit heeft meteen effect op het gedrag op andere gebieden.

Bewegingsagogie zie 1.6 richt zich op het *begeleiden* van cliënten.

Binnen de bewegingsagogie ligt de nadruk op het bieden van een opening in het bestaansveld bewegen, dat kunnen sport, spel en andere vormen van beweging zijn. Het gaat er om om mensen die door hun ziekten weinig bewegen uit te nodigen om in beweging te komen. Modaliteiten zijn hierin: ontmoeten, leren, sparren en vieren. Ontmoeten; het ontdekken van eigen mogelijkheden binnen de bewegingssituatie, bijvoorbeeld het gaan spelen van badminton. Hierdoor ontmoeten cliënten andere mensen en maken (weer) contact met anderen. Het leren van de vaardigheden en de technieken, zoals tactieken om de shuttle over het net te krijgen naar de ander, maar ook leren van sociale vaardigheden, rekening kunnen houden met de ander en zichzelf (grenzen). Het sparren; door vanuit respect met elkaar een 'wedstrijdje' te kunnen spelen en leren omgaan met winst en verlies en eigen frustratietoleranties. Het vieren staat voor het tijdloos genieten in een bewegingssituatie. Centraal staat bij het vieren om in de activiteit te blijven zonder dat er iets op het spel staat, dat er plezierbeleving aanwezig is en mensen zelf initiatieven nemen in de bewegingssituatie.

Het grote verschil tussen psychomotorische therapie en bewegingsagogie is dat bewegingsagogie erop gericht is om cliënten met lichamelijke en psychische beperkingen in staat te stellen om deel te kunnen nemen aan bewegingssituaties ². De bewegingsagoog zoekt hierin naar aanpassingen en mogelijkheden. Aanpassingen binnen een bewegingsverband kunnen zijn; het regelen van een rolstoel om toch te kunnen basketballen of het aanleren van een zwemtechniek om toch te kunnen zwemmen of iemand met sociale angst en die toch wil hardlopen, te laten starten in een klein overzichtelijk groepje. Dit zijn mogelijkheden die de bewegingsagoog kan bieden om rekening houdend met beperkingen van mensen hen toch te laten invoegen in het bewegen.

De psychomotorisch therapeut is erop gericht om de beperkingen die voortvloeien uit de psychische en/of psychosociale stoornis middels behandeling weg te nemen of te doen verminderen. Deze stoornissen beperken de cliënt om in beweging te komen. Vanuit de hulpvraag wordt hier therapeutisch aan gewerkt door het oplossen of verminderen van de stoornis/verstoring. Bijvoorbeeld de hardloper gaat binnen PMT aan het werk om zijn sociale angst te verminderen. Of de borderliner gaat aan het werk om te leren omgaan met grenzen van zichzelf en de ander. Iemand met psychotische stoornissen leert om weer controle te krijgen over zijn lichaam en zijn handelen en dit af te stemmen op materiaal en omgeving. Het gaat er hierbij om inzicht te krijgen in eigen gedrag, om conflicten op te lossen en anders te leren omgaan met agressie dan bijvoorbeeld er direct op los te slaan.

Binnen GGZ instellingen kan in de behandeling psychomotorische therapie aangeboden worden maar ook tijdens de behandelingen vormen van bewegingsagogie. Omdat de psychomotorisch therapeut zowel bewegingsagogisch als psychomotorisch kan werken, vervolg ik dit stuk verder met alleen de aanduiding van psychomotorisch therapeut of PMT.

² Fellingner, P.(2006). Bewegingsagogie. Een plaatsbepaling met handelingskader. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 4, 23-29.

Hoofdstuk 3. Psychosociale Rehabilitatie

3.1 Werken aan herstel

Naarmate de behandeling vordert treedt er in medisch-psychiatrische zin stabilisatie op. Langzaamaan wordt duidelijk wat de consequenties van de ziekte zijn of zouden kunnen zijn. De aandacht schuift naar de heroriëntatie. De aandacht schuift op van wat (nog) niet kan naar wat wel kan. Hoe kan ik het beste omgaan met mijn ziekte, stoornissen en beperkingen? Welke vaardigheden zijn hiervoor nodig? Er ontstaat nieuw houvast, een levensperspectief. Stabilisatie, heroriëntatie en re-integratie (Wilken,J,2000).

3.2 Definities en richtingen

Internationaal zijn er twee veel geciteerde definities van rehabilitatie.(Bennet, 1978) definieert rehabilitatie als een proces waarbij een psychisch gehandicapt persoon geholpen wordt om van zijn resterende vermogens zo goed mogelijk gebruik te maken, zodat hij of zij op een optimaal niveau kan functioneren in een zo normaal mogelijk kader.

Anthony c.s (1990) stellen dat het doel van psychiatrische rehabilitatie is om het functioneren van personen met psychiatrische handicaps zodanig te verbeteren dat ze succesvol en tot hun tevredenheid kunnen wonen, leren, en werken in de milieus van hun keuze met de minste mate van professionele hulp.

Wilken en Hollander (2003) geven aan dat psychosociale rehabilitatie het proces is waarin activiteiten plaatsvinden die erop gericht zijn om een persoon met psychosociale beperkingen te helpen diens levenskwaliteit en zelfzorgvermogen zo groot mogelijk te laten, teneinde zowel persoonlijk als maatschappelijk tot tevredenheid te kunnen functioneren in woon, -werk en andere milieus naar keuze.

De integrale rehabilitatie is een integrale en eclecticische benadering. Niet alleen intra psychische aspecten worden in beschouwing genomen, maar ook inter-persoonlijke aspecten. Ook de relatie tussen individu en omgeving en de relatie met de maatschappij. Het gaat om meerdere niveaus; mens, leefmilieu en maatschappij.

Rehabilitatie richt zich op kwaliteit van leven

Aspecten als inkomen, werk, gezondheid, sociale relaties, en veiligheid in de woonomgeving worden in algemene zin verondersteld humane, waardige en prettige levensomstandigheden te weerspiegelen. Daarnaast is er een fenomenologische benadering waarbij het gaat om subjectieve dimensies zoals tevredenheid, gelukkig zijn en een mate van welbevinden. De beleving van de situatie waarin men leeft. Lehman (1983) omschrijft kwaliteit van leven als 'het gevoel van welbevinden en tevredenheid waargenomen door mensen onder hun actuele omstandigheden'.

In de integrale rehabilitatie benadering en de methodiek van systematisch rehabilitatiegericht handelen wordt de kwaliteit van leven als uitgangspunt genomen en gaat uit van behoefte en wens van de cliënt.

3.3 Rehabilitatie is een proces in drie dimensies

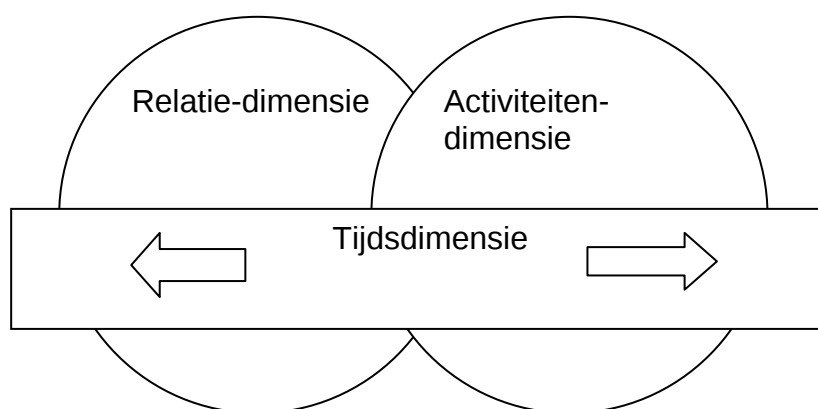
Rehabilitatie is een dynamisch, continu proces. Dit proces speelt zich af in drie dimensies

1. De relatiedimensie: relaties tussen cliënt en zijn omgeving, hulpverleners, familie, sociaal netwerk
2. De activiteiten dimensie: ontwikkelen van activiteiten
3. De tijdsdimensie: de persoonlijke levensgeschiedenis van de cliënt begrijpen is een basis voor toekomstperspectieven.

Doel in dit proces is de cliënt te helpen een zo groot mogelijke autonomie in relatie tot zichzelf en tot anderen te bereiken. Het gaat in de eerste plaats om het handhaven van het psychisch evenwicht en een goede zelfzorg en in de tweede plaats om een zo goed mogelijk persoonlijk en sociaal-maatschappelijk functioneren. Het sociaal functioneren kan betrekking hebben op relaties in de verschillende levensdomeinen zoals de woonomgeving, en de werk- en of dagbestedingomgeving.

Aandacht is daarbij nodig voor de manier waarop de cliënt zelf zijn beperkingen beleefd. En voor de levensgeschiedenis van de cliënt waarin men niet zelden traumatische ervaringen heeft gehad. (naar aanleiding van eigen gedrag, reacties uit de omgeving, ervaringen met de hulpverlening). In dit proces kan ook verliesverwerking plaatsvinden, rouwen om het naars wat is gebeurd, het accepteren van beperkingen en van een levensperspectief dat anders is dan gehoopt.

Hierdoor is zichtbaar dat een rehabilitatieproces is dat het veel tijd kost. Door de cliënt te zien in de context van zijn hele levensgeschiedenis kan de cliënt begrepen en geholpen worden. Petry (1993)



Figuur 1. de drie dimensies van de integrale benadering (Wilken en den Hollander, 2000)

Ad 1. De relatie dimensie:

Het opbouwen van een relatie

Deze richt zich op de cliënt, hulpverleners, familie en andere naaste betrokkenen. Als er alleen sprake is van relatie hulpverlener- cliënt biedt dit een zeer wankel kwetsbare situatie. Als de lijn hulverlener- sociaal netwerk ontbreekt, kan de cliënt makkelijk in een gat vallen. Familie is een belangrijke informatiebron voor de zorgverlening. Zij kent als geen ander de levensgeschiedenis van de cliënt. Ook is het van belang aandacht te hebben voor andere belangrijke personen in het sociale netwerk, vrienden, kennissen, collega's etc.

Petry (1997) stelt dat de basis van een relatieproces gezocht moet worden in het ontwikkelen van een gemeenschappelijke relatie. Als kernelementen van deze relatie bestaat stelt hij:

- Er geldt een basis van onderling vertrouwen en echtheid
- Er is sprake van gelijkwaardigheid en openheid
- Er ontstaat een 'machtsvrije dialoog' door het zogenaamde communicatieve handelen op basis van begrijpelijkheid, waarheid van mededelingen, waarachtigheid van bedoelingen, en echtheid van de houding.

Het opbouwen van een vertrouwensrelatie kost tijd en inspanning. De hulpverlener heeft hierbij zeker zijn professionele kennis en ervaring nodig. Deskundigheid om mensen met ernstige cognitieve stoornissen en communicatieve beperkingen te kunnen benaderen. Deskundigheid om grenzen te kunnen hanteren, om met afstand en nabijheid te kunnen omgaan, om veiligheid te bieden. Deskundigheid om 'langzame processen' te kunnen hanteren.

McCrary, een Amerikaanse psychiater verbindt het persoonlijke en het professionele met elkaar in het begrip 'alliance' (MC Crory,1998) waarmee hij bedoelt samen een overeenkomst aangaan met een gemeenschappelijk doel in een werkzame relatie. McCrary stelt dat dit verder gaat dan een 'therapeutische' relatie. Het gaat om een verbintenis die motiverend en hoopgevend is. De basis van alliantie wordt gevormd door respect en vertrouwen en 'goodwill'.

Het gemeenschappelijk doel met als uitgangspunt de wens van de cliënt, stelt dat hulpverlener en cliënt zich binden aan de wens stabiliteit, herstel of ontwikkeling te willen bereiken. Het is een samenwerkingsproces waarin van beide kanten betrokkenheid, doorzettingsvermogen, lef, inspanningen gevraagd wordt. Door de samenwerking zal er ook ergens aan gewerkt moeten worden. Hierdoor wordt de relatiedimensie verbonden aan de activiteiten- en of handelingsdimensie.

In de begeleiding kan de hulpverlener verschillende rollen hanteren (bondgenoot, coach) en verschillende begeleidingsstijlen toepassen, zoals sturend, ondersteunend, dirigerend etc. Ook therapeutische vaardigheden zoals het motiveren, positief heretiketteren van gedrag, het reflecteren zijn van belang binnen de samenwerking.

Ad 2. Activiteiten dimensie

Het doel en de activiteiten

In deze dimensie, de activiteiten wordt een algemeen doel gesteld door de cliënt.

Deze is gericht op datgene wat de cliënt wil bereiken op een of meerdere levensgebieden (wonen, werken, recreëren). Een algemene doelstelling kan gericht zijn op het verkrijgen of behouden van de gewenste situatie. Maar dit kan ook een wens tot verandering betekenen. Binnen de rehabilitatie visie wordt een doel gekoppeld aan een plaats en een termijn.

Op basis van een algemeen doel wordt een plan gemaakt om dit doel te realiseren.

Binnen dit plan kunnen specifieke doelen ontstaan omdat het algemene doel vaak niet direct bereikt kan worden.

Bijvoorbeeld wanneer de cliënt lid wil worden van een sportvereniging, sociale angsten heeft, paniek en specifieke vaardigheden mist, zullen er subdoelen gesteld moeten worden waar eerst aan gewerkt moet worden.

De planningsfase

Op basis van gestelde doelen worden plannen gemaakt voor de manier waarop concrete activiteiten uitgevoerd worden om deze doelen te bereiken. Hierin wordt aangegeven welke activiteiten door wie, waar en op welke wijze uitgevoerd worden

Dit komt te staan in het begeleidingsplan. Deze plannen dienen als leidraad voor de cliënt en/of de hulpverlener. Hierin wordt aandacht besteed aan de faseringen in tijd en dosering van tempo.

In het begeleidingsplan kunnen algemene doelstellingen staan, de geconstateerde knelpunten om de doelstellingen te realiseren en waarin specifieke doelstellingen worden opgenomen. Vervolgens wordt het daadwerkelijke plan beschreven; hoe wordt het in de praktijk aangepakt; dat gebeurt via afgesproken andere afspraken en aandachtspunten of eventuele hulpbronnen.

In dit proces worden de plannen regelmatig geëvalueerd en bijgesteld middels een doelgerichte evaluatie: waren doelstellingen behaald, welke factoren speelden hier een rol in? Wat kan eraan veranderd cq. bijgesteld worden om de doelen wel te realiseren. Men kan hierin terugkoppelen naar inventarisatie, planning, uitvoering, de handeling, - of relatie dimensie.

Ad 3. Tijdsdimensie

De geschiedenis en de planning

Vanuit een integrale benadering houdt rehabilitatie in dat de cliënt begrepen wordt vanuit zijn tijdsperspectief. Dat betekent zijn persoonlijke levensgeschiedenis. Dit is de basis om de cliënt in het heden te ondersteunen en behulpzaam te zijn bij het verwezenlijken van nieuwe toekomstperspectieven.

Het betekent ook het tijdspad van de hulpverlening. Een cliënt die opgenomen is geweest heeft vanuit de opname een mate van herstel achter de rug zodat hij verder kan met zijn leven evt. buiten een intramurale instelling. De cliënt wil zich bijvoorbeeld verder rehabiliteren via een dagactiviteitencentrum naar meer participatie binnen de samenleving.

Tijdsdimensie in doelen en handelen

Een cliënt die tijdens een opname PMT gehad heeft en in aanraking is gekomen met Runningtherapie kan als doel hebben om in de toekomst lid worden bij een Atletiekclub. Wanneer dit de cliënt direct lukt door bijvoorbeeld psychosociale beperkingen, zoals sociale angst, kan met de cliënt begeleidingsplan gemaakt worden om eerst aan de sociale angst te werken, waarna stapsgewijs naar het doel om lid te worden gewerkt wordt.

3.4 Rehabilitatie zorg en behandeling

Droes en van Weeghel (1994) hebben de hulpverlening is onderverdeeld in de probleemgerichte, milieugerichte en ontwikkelingsgerichte benadering

Probleemgerichte benadering: richt zich op de klacht of het probleem. Er wordt een probleemdiagnose geformuleerd en zorgplannen of interventies hebben ten doel et probleem op te lossen. Bv bij een cliënt met een psychotische stoornis wordt een pakket aangeboden van medicatie, voorlichting, psycho-educatie en vaardigheidstraining

Milieugerichte benadering: richt zich op het bieden van een therapeutisch milieu of een beschermde woonomgeving, een zo genormaliseerd mogelijk leefmilieu

*Ontwikkelingsgerichte benadering:*richt zich naar de wens of de behoefte van de cliënt. Groeien en leren zijn kernbegrippen.

Bij psychosociale rehabilitatie wordt er gewerkt op meerdere niveaus, zowel aan de kant van de cliënt als aan de kant van omgeving en maatschappij. Er zijn levensdomeinen als omgevingen waarbinnen een mens activiteiten kan ontplooiën; wonen, werken, leren en recreëren. Om gezond te blijven moeten we elke dag aandacht geven aan vier andere persoonlijke domeinen: zelfzorg, gezondheid, zingeving en sociale relaties.

3.5 Psychosociale rehabilitatie binnen de RIBW en DAC

Begeleiding binnen de RIBW en DAC richt zich met name op het zodanig bijstaan van cliënten dat zijn handelingscompetentie en vermogen tot zelfzorg en zelfsturing zo groot mogelijk worden en blijven. Wanneer een cliënt een wens heeft om lid te worden van een reguliere sportvereniging kun je professioneel je volgens onderstaand stappenplan te werk gaan vanuit de rehabilitatie benadering.

3.6 Sport en bewegen vanuit Rehabilitatie

Het doel van Rehabilitatie is om mensen zo volwaardig mogelijk in de samenleving te laten functioneren, om de participatie mogelijkheden in maatschappelijk verband zo groot mogelijk

te maken. (werk, dagbesteding, vrije tijd, vakantie) Hierbij behoort ook de mogelijkheid tot deelname aan een sportief verenigingsleven wanneer daar behoefte aan is.

Dagactiviteitencentra kunnen hiervoor dienen als een opstapje. Mensen kunnen vanuit het Dagactiviteiten centrum deelnemen aan bewegingsactiviteiten die daar aangeboden worden. Dat kan binnen de veilige setting van het dagactiviteitencentrum, waarbij professionele begeleiding aanwezig is. Maar er is ook de behoefte dat wanneer het beter gaat met een cliënt om deel te nemen aan activiteiten buiten de psychiatrie, bv deelname aan een wandel- of fiets vierdaagse, een fitnessvereniging etc.

Hierdoor ontstaat er steeds meer participatie met reguliere sport- en activiteiten organisaties, zoals fitness centra, atletiek verenigingen, veelal ligt het initiatief bij de begeleiding vanuit de psychiatrie. Er wordt wel samengewerkt met andere GGZ instellingen zoals VGZ, evt.

Revalidatie centra om vooral gebruik te kunnen maken van accommodatie, fitnesscentra, zwembaden maar is nog geen echt samenwerkingsverband met reguliere sport verenigingen om vanuit een gezamenlijke samenwerking actief te werken aan de participatie. Het initiatief komt nog teveel van een kant (de psychiatrie) terwijl de behoefte om aansluiting te vinden bij een sportvereniging steeds groter wordt. Dit blijkt uit reacties van cliënten.

Vanuit het Dag activiteitencentrum kan een brugfunctie gemaakt worden naar de sportvereniging omdat zij erop gericht zijn om actief mensen meer te kunnen laten participeren binnen allerlei maatschappelijke organisaties, bv vanuit werk- en dagbesteding, richting vrijwilligerswerk en dus kan dat ook op niveau van sport en bewegen.

PMT kan hier een actieve rol in spelen om cliënten die door psychosociale klachten niet in beweging komen te behandelen waardoor bovenstaande bewerkstelligd kan worden.

Daarnaast kan de PMT-er binnen de RIBW binnen de 24-uurs voorzieningen bewegingsactiviteiten opzetten en de teams begeleiden en coachen om hier een vervolg aan te geven.

Hoofdstuk 4. Psychomotorische therapie en bewegingsagogie

4.1 PMT binnen de psychiatrische instelling

De plek van psychomotorische therapie binnen de behandeling is voornamelijk als discipline binnen multidisciplinaire teams van zowel klinische, - dag- en deeltijd behandeling en poliklinische behandeling. Psychomotorische therapie levert een bijdrage aan observatie, diagnostiek, het stellen van prognose, en tijdig signaleren van effecten van medicatie en invaliderende bijwerkingen daarvan. De bijdrage ligt vooral op het terrein van 'psychologische interventies', waarbij het gaat om het leren hanteren van symptomen, het aanleren van vaardigheden en psycho-educatie. Daarnaast is het doel van psychomotorische therapie het vergroten van de lichamelijke fitheid. Uit onderzoek blijkt namelijk dat een verhoogde lichamelijke fitheid een algemeen gevoel van welbevinden, een verhoogd gevoel van eigenwaarde, een verbeterde lichaamsbeleving en veranderde sociale interacties veroorzaakt. (Van Vliet, Knapen en David, 2001). Psychomotorische therapie heeft het lijfelijk ervaren en experimenteren als uitgangspunt. Het geeft de cliënt de mogelijkheid zijn lichaam weer als eigen en heel te ervaren en zo te experimenteren met ander gedrag.

4.2 PMT en Methodisch werken

Psychomotorische therapeuten werken doelgericht met cliënten en werken vanuit een diagnostische procedure en maken op basis daarvan een behandelplan, waarin doelstellingen en de wijze waarop deze bereikt zullen worden omschreven zijn. Daarnaast wordt het behandelplan regelmatig geëvalueerd en bijgesteld.

Psychomotorische therapeuten beschikken over verschillende werkvormen om de cliënt zowel letterlijk als figuurlijk in beweging te laten komen en stil te laten staan bij de betekenis van interactioneel bewegingsgedrag en/of zich te laten richten op de beleving van het eigen lichaam. Er wordt gebruik gemaakt van bewegingsgeoriënteerde methodieken³. (BGM) Hierbij gaat men uit van activiteiten die hun oorsprong hebben in de lichamelijke opvoeding, bewegingsonderwijs en sport- en spel. Dit kunnen individuele activiteiten zijn zoals fitness, atletiek, maar ook sporten in teamverband. Met deze methodiek worden interventies gepleegd op het bewegend handelen waarin bewustwording en experimenteren centraal staan. Het gaat hierbij om het verkennen, herkennen, en erkennen van gevoelens, handelingen, gedachtes binnen verschillende bewegingscontexten. Bv Maar ook over hoe de cliënt omgaat met anderen, het sociale aspect. De therapeut benoemt wat hij ziet en hieraan kan betekenis worden verleend. Bv de therapeut rolt een bal naar de achterlijn en vraagt de cliënt deze voor de achterlijn te pakken.....Wanneer cliënt staat te popelen in starthouding kan therapeut vragen "ik zie dat je moeite hebt om te wachten"? Herken je dat, heb je dat ook in andere situaties? Wanneer een cliënt erkent dat hij nooit kan wachten, komt de 'last' naar voren die dat met zich meebrengt in andere situaties en dan kan eraan gewerkt gaan worden. Nu ontstaat er bij de cliënt lichamelijke, emotionele en cognitieve bewustwording. Het gaat erom te ontdekken wat de cliënt zijn dominante patroon is en of deze gekoppeld is aan de problematiek.

Bij Lichaamsgeoriënteerde methodieken (LGM) maakt men gebruik van relaxatie methoden, oefeningen gericht op lichaamsbewustzijn (sensory awareness, mindfulness based stress reduction), ademhalingsoefeningen. Daarnaast maakt men gebruik van symbolische werkvormen, dans expressie, Pessotherapie, waarbij men de nadruk legt op het in beweging of met materiaal tot expressie te brengen van het gevoelens en gedachten binnen individuele thema's

³ Van der Meijden- van der Kolk, H. Bosscher, R. (2007). *Psychomotorische Therapie voor mensen met chronische pijn, een methodisch raamwerk*.

4.3 PMT en Therapeutische interventies

Psychomotorische therapie is een professionele behandelvorm die zich kenmerkt door het planmatig en doelgericht construeren en manipuleren van bewegings- en belevingsarrangementen in een psychotherapeutische context. Er wordt een bewegingssituatie op maat en gerelateerd aan de hulpvraag aangeboden, waarbij cliënten de gelegenheid geboden wordt om op zowel gedrags-, als belevingsniveau een leer en ontwikkelingsproces door te maken. Hierbij staan denken, voelen en handelen centraal en de integratie daarvan in relatie tot de problematiek, teneinde deze problematiek te doen verminderen of op te heffen.

4.4 PMT en Theoretische referentiekaders

Psychomotore therapie is een vorm van een experimentele, beweging- en lichaamsgerichte vorm van psychotherapie en maakt gebruik van psychotherapeutische referentiekaders. Drie hoofdstromingen zijn van belang: (beroepsprofiel NVPMT, 2008)

- Ten eerste; de cliënt centered therapie; vanuit de ideeën Rogers (1994) en Maslow (1908-1970) die uitgaan van de unieke manier waarop cliënt de dingen beleeft centraal staat in de therapie en dat de cliënt de therapie stuurt. Hierbij is aandacht voor thema's als lichaamsbewustzijn en (non) verbale expressie van emoties.
- Ten tweede het psychodynamisch model waarbij innerlijke conflicten en de uiting daarvan in waarneembaar bewegingsgedrag voor de PMT van specifiek belang zijn.
- Ten derde het cognitief gedragstherapeutische model, waarbij gebruik gemaakt wordt van systematisch opgebouwde programma's voor gedragstraining in combinatie met bewerken van disfunctionele cognities. Voorbeeld operante conditionering, waarbij gewenst gedrag bekrachtigd wordt om ongewenst gedrag te doen verminderen, systematische desensitisatie; hierbij wordt exposure toegepast, bv bij angstige mensen). De therapeut stelt een angsthiërarchie op een oplopende reeks waarin cliënt bang zal worden, van een beetje tot extreme angst. Stap voor stap wordt hem geleerd hoe die situaties overwonnen kunnen worden, vanuit het indenken en de praktijk.

Verder zijn er meerdere theoretische benaderingswijzen van waaruit PMT kan werken, zoals systeemgerichte benaderingen, oplossingsgerichte benaderingen.

4.5 Therapeutische strategieën

Sport en spel en bewegingsvormen binnen de psychiatrie manifesteren zich als integratief en als therapeutisch middel. Integratief door het aangaan van contact met zichzelf en anderen, therapeutisch door de interventies gekoppeld aan de hulpvraag van de cliënt. Op grond hiervan wordt een doelstelling geformuleerd en om deze te bereiken maakt de psychomotorisch therapeut gebruik van specifieke behandelstrategieën

- De oefengerichte-functionele strategie:

Deze is gericht op stabilisering en op het ontwikkelen en/of herstellen van de functies van het lichaam. Voorbeeld is een aanbod gericht op spanningsregulatie. Het aanbod vindt vaak gestructureerd plaats. Ook fitnessactiviteiten en sporttherapie, gericht op functionele aspecten als beweeglijkheid, lenigheid, uithoudingsvermogen, kracht, maar ook lichaamsbewustwording, ademhalingstraining en gedragsgeoriënteerde trainingen maken deel uit van deze strategie.

- De ervaringsgerichte-stimulerende strategie:

Deze is gericht op het aanbieden van concreet-lichamelijke nieuwe af alternatieve ervaringen en daarmee op het uitbereiden van de mogelijkheden van het gedragsrepertoire. Het ontwikkelen van of herontdekken van creatieve (bewegings) mogelijkheden kan ook onderdeel zijn van deze strategie. Het gaat hierbij om identiteitsversterking, zelfontplooiing

en persoonlijkheidsontwikkeling. De therapeut kan werken met contextmanipulatie binnen bewegingssituaties, bewegingsimprovisatie, bewegingsexpressie.

- De ontdekkende-conflicterichte strategie:

Hierbinnen staat inzicht in, en waar mogelijke verwerking van (elementen uit) de persoonlijke biografie centraal. Het accent ligt meer dan in de vorige strategieën op de koppeling van lichamelijke ervaringen in het hier en nu met vroegere sferen, gebeurtenissen en ervaringen. Niet alleen inzicht, maar ook aanbieden van corrigerende ervaringen op het niveau van het lichaam-subject is van belang. Gedacht kan worden aan elementen uit de actieve therapie, Gestalttherapie of andere benaderingen waarin symbolisch werken en beleefde en relationele lichamelijke geïntegreerd worden.

4.6 Vanuit de PMT -zaal naar buiten

Binnen de GGZ werken psychomotorische therapeuten voornamelijk binnen behandelinstellingen. Dat betekent dat binnen de behandelinstelling cliënten in aanraking komen met vele psychomotorische facetten van het bewegen, waarin ook sport en spel aangeboden wordt. Mensen komen binnen de veilige muren van de behandelinstellingen in beweging....

Echter wanneer de psychomotorische behandeling ten einde loopt zijn mensen op zichzelf aangewezen om hun bewegingsactiviteiten elders voort te zetten.

Voor mensen die binnen een RIBW wonen kunnen via het aangeboden programma van het Dag activiteitscentrum hun bewegingsactiviteiten voortzetten. Het initiatief ligt nu bij de cliënt zelf om hieraan deel te nemen. Wanneer binnen de RIBW een PMT-er aanwezig is die contacten onderhoudt met de GGZ instelling en de mogelijkheden heeft om PMT gerelateerde sport en bewegingsvormen aan te bieden is de kans groter dat mensen in beweging blijven!!! Want wanneer mensen terugvallen, wat kenmerkend is binnen chronische psychiatrie is de kans groot dat zij minder of niet meer in beweging komen. Sietsma (1999) geeft aan dat als mensen uitgevoegd raken uit een sociaal verband het bijzonder lastig is in te voegen, vooral als tussen de momenten 'uitgevoegd' worden en 'weer ingevoegd worden' geruime tijd verlopen is. Dit verschijnsel doet zich op allerlei niveaus en in allerlei verbanden voor. Volgens Sietsma (1999) ontstaat een invoegingstoornis wanneer de deelnemer totaal is uitgevoegd uit voor hem betekenisvolle contexten, sociale milieus. Door samenwerking van de PMT-ers van de GGZ, en de PMT-er van de RIBW kan, wanneer een cliënt (met depressieve klachten en sociale fobie) bv de Runningtherapie van de GGZ volgt, de behandeling afgelopen is, doorstromen naar het hardloophclubje van de RIBW, Hierdoor blijft de continuïteit van de activiteit gewaarborgd. De PMT-er kan indien nodig tevens werken aan de depressieve klachten en sociale fobie. Ook wanneer na verloop de cliënt minder stabiel is, of last krijgt van oorspronkelijke klachten kan de PMT-er hier op inspelen. Dit bijvoorbeeld om verdere terugval te voorkomen.

Wanneer cliënten verder herstellen kan het zijn dat zij de behoefte krijgen om ook buiten de psychiatrie deel te nemen aan sport en bewegingsactiviteiten. Te denken valt aan het meedoen met een recreatieloop georganiseerd door de plaatselijke Atletiekvereniging. Wanneer de cliënt lid wil worden, maar last heeft van bijvoorbeeld nog teveel spanningen, kan PMT-er hieraan werken middels lichaamswerk, ontspanningsoefeningen en evt. elementen uit de cognitieve gedragstherapie gebruiken en wanneer klachten verminderen kan de vervolgstap gezet worden.

Hoofdstuk 5 Casus cliënt

Cliënt J, die woonachtig is binnen de RIBW , een 24-uurs voorziening, heeft een ambulante behandeling binnen de GGZ.

Diagnose:

- As I : 295.10 schizofrenie, gedesorganiseerd type
- As II : V71.09 geen diagnose
- As III : geen diagnose
- As IV : stressoren, aanlopen tegen beperkingen
- As V : GAF : 60

Biografie:

Hij heeft de lagere school en middelbare school doorlopen. Daarna is hij gestart met opleiding in de horeca. Door een stressvolle periode ging het mis, zijn ouders gingen scheiden en de spanningen werden hem teveel. Hij spijbelde en zwierf op straat, kreeg verkeerde vrienden. Toen is hij in de psychiatrie terecht gekomen na een kortdurende psychose. Hij heeft vervolgens een tijd bij een oom gewoond en weinig contact gehad met zijn familie. Hij heeft een oudere broer met wie hij weinig contact heeft. Op dit moment heeft hij meer contact met zijn moeder en haar nieuwe vriend. Daarnaast heeft hij zijn werkzaamheden en activiteiten gezocht binnen een dagactiviteitencentrum. Hier voelt hij zich veilig, vertrouwd en gewaardeerd. Door zijn opleiding en werkzaamheden bij het DAC probeert hij weer een maatschappelijk leven op te bouwen en nieuwe sociale contacten aan te gaan. De opleiding die hij volgt is een opleiding tot assistent-activiteiten begeleider.

Echter de cliënt heeft een wens, zijn droom is om lid te worden van een Kanopolo ploeg binnen een reguliere vereniging. Als jongen van 13 jaar had hij dit even gedaan, maar door zijn ziekte is dat weggevallen....

Hij wil op deze manier zijn sport bedrijven vanuit verschillende overwegingen; gezondheid, fitter worden, conditie en kracht opbouwen en het maken van nieuwe sociale contacten buiten de psychiatrie met passie en plezier voor deze sport. Met name wil hij een start maken om buiten de psychiatrie in het 'normale leven' binnen de maatschappij te participeren. Via sport leek hem dat een mooie eerste stap, vervolgens misschien via arbeid.?

Echter zijn psychiatrische beperkingen vooral het gevoel een van etiket te hebben, het 'anders zijn' angst voor falen, hield hem tegen. Hij kon hierdoor zelf geen actie ondernemen. Met mij, de PMT-er vanuit het dagactiviteitencentrum, besprak hij zijn wens.....En we zijn in actie gekomen:

“Mijn wens is om lid te worden van een Kanopolo vereniging”

Hulpvragen van J;” ik wil leren omgaan met angsten, angst voor spannende nieuwe situaties, angst & paniek voor water, aangaan sociale contacten, omgaan met etiket van psychiatrie en meer en zelfvertrouwen krijgen om lid te kunnen worden”.

5.1 Stappen genomen vanuit de drie dimensies uit Rehabilitatie

Vanuit Rehabilitatie heb ik gewerkt met de volgende drie dimensies: relatie dimensie, tijdsdimensie en activiteiten dimensie.

Samen hebben we een activiteitenplan opgesteld aan de hand van het hoofddoel en de subdoelen.

Het methodisch stappenplan wat gebruikt is om doelstelling te realiseren:

Dit algemeen plan is vanuit het hoofddoel en per subdoel uitgewerkt in bijlage 1. Vervolgens uitgevoerd en geëvalueerd en bijgesteld.

In de praktijk is er in de eerste tijd gewerkt met psychomotorische strategieën om de angst te reduceren, voordat er vervolgstappen gezet konden worden. Interventies zijn gepleegd vanuit oefen-, ervarings-, en ontdekkingsgericht werken. Ik heb daarbij gebruik gemaakt van onderstaande theoretische kaders:

PMT en theorie van omgaan met angst:

Angst is een gezonde en noodzakelijke emotie om te kunnen handelen en te kunnen leven. (v.d Berk,2001. Damasio,2003). Om je te ontwikkelen moet je regelmatig over angstdrempels heenkomen. Er is sprake van een intern gevoelde angst, die als die begrepen wordt, kan leiden tot adequaat gedrag, waardoor de angst daalt. Dit speelt een rol bij nieuwe angstsituaties. In het leren omgaan met angst heeft PMT de volgende doelen:

- Greep houden op gevoelens van angst in lichaam- en bewegingsgerichte interactie
- Greep houden op de interactie bij verhoogde angst

Binnen psychomotorische therapie kunnen deze doelen neergezet worden binnen bewegingsvoorstellen en lichaamsgerichte activiteiten. Dit kan door het ervaren van angst en te experimenteren met gedrag waarbij de angst tot expressie komt (exposure). De therapeut steunt en begeleidt de cliënt om zijn lichamelijke signalen bewust te blijven zonder zich in zichzelf en of oude patronen terug te trekken. Dus in interactie te blijven- aan te blijven en zich bewust te worden van zijn voelen om handelen en cognities te veranderen.

Door positieve ervaringen kunnen mensen in (volgende) moeilijke beangstigende situaties vanuit nieuwe gedragspatronen en cognities reageren. Er zijn dus verschillende psychomotorische methodieken. Waar het om gaat is het waarnemen en voelen van de lichamelijke angstsignalen en leren hoe er in interactie mee om te gaan en met bewustwording van gevoelens.

Cognitieve gedragstherapie

Komt voort uit de Leertheorie. De leertheorie gaat ervan uit dat alle gedrag aangeleerd gedrag is. Angst is ook aangeleerd gedrag, dat dus afgeleerd kan worden. De Rus Ivan Pavlov (1849-1936) de Russische fysioloog liet zien dat hij honden kon conditioneren. Geconditioneerd gedrag kan ook bij mensen worden waargenomen. Mensen zijn vaak angstig omdat hun angst geconditioneerd is. Ze begrijpen zelf niet hoe het komt, kennelijk zijn er bij hen condities die het angstgevoel kunnen losmaken. Volgens de leertheorie berusten angststoornissen en dysthyme stoornissen op aangeleerd gedrag. Het angstgevoel is een geconditioneerd reflex geworden, die met behulp van gedragstherapie weer afgeleerd moet worden. Gedragstherapeuten leggen daarom vooral de nadruk op actuele klachten en actueel gedrag dat voor iedereen waarneembaar is.

Gedragstherapie is erop gericht de cliënt te leren concreet aan te geven wanneer en waar hij last krijgt door paniek of bij fobische angsten. Hij moet zelf aangeven wat het belangrijkste probleem is.

Gebruikte Gedragstherapeutische technieken zijn:

Operante conditionering: Bij operante conditionering gaat het om consequent bekrachtigen van gewenst gedrag. Het doel is mensen problematisch gedrag af te leren en sociaal aanvaardbaar gedrag aan te leren.

Modeling: is een gedragstherapeutisch principe waarbij de cliënt zich leert te gedragen naar het voorbeeld (het 'model') van anderen. Nu wordt dit ook fysiek toegepast, eerst fysiek de ander nadoen, vervolgens wordt dat gedrag in de hersenen geïmplementeerd.

Systematische desensitatie: techniek voor behandeling fobische klachten. Fobie: de angst voor de angst, bv uit vrees voor een paniekaanval durft iemand de straat niet meer op. De cliënt wordt geleidelijk geconfronteerd met plekken of situaties waar hij bang voor is (exposure). De therapeut stelt een angsthiërarchie op, een oplopende reeks waarin cliënt bang zal worden, van een beetje tot extreme angst. Stap voor stap wordt hem geleerd hoe die situaties overwonnen kunnen worden, vanuit het indenken en de praktijk.

RET rationeel emotieve therapie)

A=aanleiding

B=denken over problemen die aan A gekoppeld worden. B is 'belief-systeem'; je gelooft in je eigen noodlot

C= consequenties is het wel zo?

D=discussie (niet ik ben dom, maar ik gedraag mij dom)

E=effect dat de persoon bereikt door de dingen echt anders aan te passen

Hulpmiddelen: opdrachten, zelfbekrachtiging opdrachten, assertief gedrag leren.

Vervolgens ben ik in de uitvoering en interventies te werk gegaan vanuit de driedeling uit de rehabilitatiemethodiek:

- 1. de relatie dimensie,**
- 2. de activiteiten dimensie en**
- 3. het tijdspad**

5.2 Ad1. Stappen vanuit de relatiedimensie

Vanuit mijn functie binnen de RIBW dat cliënten individuele begeleiding op maat krijgen ten aanzien van wensen en verlangens over sport en bewegen in het kader van stimulering van gezondheid kwam J. met een wens, "ik wil graag lid worden van een Kanopolo ploeg".

A. Het opbouwen van een samenwerkingsrelatie waarin een alliantie plaats vindt, een werrelatie. Dit is gebeurd doordat ik mezelf opstel als 'bondgenoot' ten aanzien van de wens. De onderlinge verhouding is echt, er is een gelijkwaardigheid en openheid.

Vanuit het contact samen, wordt er vertrouwen opgebouwd. Dat wordt de algemene doelstelling bepaald.

B. Echter bij de oriëntatie en intake fase bleek dat J te maken had met angsten voor water, angsten om zich buiten de psychiatrie te begeven, vanwege zijn psychiatrisch 'etiket'. Hij vindt het daardoor lastig sociale contacten aan te gaan, faalangst, sociale angst, en onzekerheid over de beperkingen van zijn stoornis. Op zich maakt J. makkelijk contact met anderen, maakt afspraken met hen, komt ze na maar is onzeker over hoe anderen hem bezien. Zijn sociale vaardigheden zijn goed, zijn communicatieve eigenschappen ook.

Op basis van deze werkzame relatie kan ik als PMT- er werken aan zijn angsten vanuit bewegingsvormen in de zaal en op basis van oefenen, ervaren en ontdekken gedragsveranderingen teweeg te brengen. Als theoretische achtergrond werk ik vanuit cognitieve gedragstherapie om ondermeer 'verkeerde cognities' te herstructureren naar meer realistische gedachten. Het reflecteren en betekenis verlenen aan datgene wat hij doet. In deze fase ondersteun ik hem, begeleid en coach hem. We maken een profiel van vaardigheden die ontbreken. (het adequaat omgaan met zijn angsten, lichte sociale fobie en laag zelfvertrouwen, negatief beeld over hoe anderen hem zien).

Ik geef psycho- educatie, en praat over hoe hij omgaat met zijn ziektebeeld, waar hij tegenaan loopt en hoe kan anders zou kunnen. Bv, affectvervlakking en initiatief verlies, als bijwerking van medicatie. Tevens heeft hij hier gesprekken over met de woonbegeleiding, en sociaal psychiatrisch verpleegkundigen.

C. Samen bespreken we hoe we zijn directe omgeving hierin in kunnen betrekken, de woonbegeleiding wil ondersteunen middels gesprekken en vrienden willen mee gaan zwemmen.

**We maken samen een einddoel en subdoelen en maken daar een actieplan op.
Hiermee komen we in de tweede fase**

5.3 Ad2. Stappen vanuit activiteiten dimensie:

Doelen komen in een actie plan, (zoals beschreven in het methodisch stappenplan)

Hoofddoel is: lid worden van een kanopolo-vereniging

Subdoelen zijn persoonlijk, - betrektingsgericht en daarnaast handelingsgerichte doelen.

A. Persoonlijk en betrektingsgerichte doelen:

1. Leren hanteren van verschillende angsten; angst voor water, faalangst, sociale angst omgaan met het 'etiket' buiten de psychiatrie, omgaan met de beperkingen van zijn ziektebeeld, het vergroten van zelfvertrouwen en werken aan de fysieke conditie. In eerste instantie binnen GGZ, bij de PMT, daarna via de RIBW en later naar buiten.
2. Leren hulp vragen, aangeven van eigen grenzen, lichamelijk, emotioneel, cognitief en sociaal, kleine stappen zetten (niet meteen eindresultaat willen zien), verwachtingen bijstellen, reflecteren op zichzelf.
3. Omgaan met sociale contacten buiten de psychiatrie, hoe benader ik een vereniging, hoe benader ik de trainer, de spelers, welke afspraken kan ik wel of niet waarmaken. Wie kunnen mij hierbij helpen/ondersteunen? Vrienden, of anderen en wie hebben hier ervaring mee?

B. Handelings gerichte doelen:

1. Watervrees vrij worden en beter leren zwemmen
2. Op zoek naar een kanopolo vereniging en contacten leggen met deze vereniging, informeren naar mogelijkheden en gaan kijken.
3. Introductie binnen de vereniging en meedoen met een Eskimoteer cursus in het zwembad. Het tevens aangaan van sociale contacten, het omgaan met angsten, m.b.t water, in contact met anderen en het 'etiket' psychiatrie. Hoe ga ik hiermee om, wat kom ik tegen en hoe kan daarin adequaat *handelen*. Wanneer ik me niet goed voel wat doe ik dan, hoe ga ik om met mijn persoonlijke grenzen. Welke betekenis geef ik aan de opgedane ervaringen?
4. Nu echt naar buiten, aangaan van lidmaatschap en op naar de kanopolo training op de vereniging
5. Het plezier behouden en volhouden.....tot ik in een echte ploeg zit.

Uitvoering van gestelde doelen in de praktijk

A. Persoonlijk en betrektingsgerichte doelen

Ad.1. In de PMT-zaal; een veilige en vertrouwde omgeving

Doel PMT: In het leren omgaan en hanteren van angst, zijn we de angsten gaan bespreken. In welke situaties ontstaat er angst en wat is dan je reactie. Hierbij heb ik psycho-educatie gegeven. Vanuit bio-psychosociaal model is angst een natuurlijk gegeven dat het lichaam in "stelling brengt om te vluchten of te vechten" Een natuurlijke reactie is dat die angst verdwijnt.

Eerst zijn we bezig geweest met onderzoeken welke lichaamssignalen er herkenbaar worden bij angst, trillen, stil worden, en de bewustwording hiervan. We hebben lichaamsgericht gewerkt met ontspanningsoefeningen en ademhalingsoefeningen

In het leren omgaan met angst hebben we in de bewegingszaal een arrangement gebouwd. Een hoge toren met als doel erop te klimmen. We hebben een angsthiërarchie opgebouwd, wat is het engste en wat kun je aan. Wanneer vraag je hulp en welke hulp is voor jou zinvol? Door kleine stappen te zetten en te wennen aan spannende situaties. (exposure) en ermee om te leren gaan. Om uit een spannende situatie te komen hebben we gewerkt met 'time-out momenten waarop hij even uit spannende situatie weg kon gaan om tot zichzelf te komen, zijn ademhaling te controleren en te ervaren hoe het bij hem werkt. Via stapjes met succesbeleving vermindert de angst. Ik heb daarbij gebruik gemaakt van cognitieve gedragstherapie om negatieve cognities, "het lukt me niet, om te buigen in positieve cognities" door toepassing van principes van RET (rationele emotieve therapie) Het accent ligt op bieden van structuur en veiligheid. Door te oefenen in situaties en in contact te blijven

met zichzelf en de omgeving kan hij oefenen met gedragsalternatieven in het hier en nu. Vervolgens kan hij betekenis verlenen en deze in zijn 'thuisituatie' ook gaan toepassen. Hierdoor ontstaat er transfer naar andere situaties.

Ad 2. Doel PMT: Het leren hulpvragen, het aangeven van grenzen en reflecteren. Uitgevoerd middels assertiviteit oefeningen in het omgaan met grenzen en belangen, het voelen emoties, en deze verwoorden.

Deze stap hebben: in de PMT zaal gezet, maar ook daarbuiten Door in de zaal arrangementen te plaatsen waarbij samengewerkt moet worden, cliënten moeten elkaar helpen om van A naar B te komen, waarin ze hun eigen grenzen qua kracht konden aangeven en datzelfde ook op het gebied van lef, angsten en grenzen. Wat komt J. daarin tegen en hoe gaat hij daarmee om? Door te oefenen en de reacties ontvangen van anderen op zijn gedrag ervaart hij dat hij de dingen eerder alleen oplost dan om hulp vraagt. Wanneer hij iets voor elkaar moet krijgen wat hij alleen niet kan bemerkt hij dat het eigenlijk wel prettig is hulp te krijgen en dat zijn angst eerder zit in het zich onzeker voelen om hulp te vragen. Wat vindt de ander dan wel niet van hem? Wat ervaart hij hierbij en wat zijn gedragsalternatieven, in plaats van geen hulp vragen en alles zelf willen doen, nu kan hij leren vanuit de samenwerking hulp geven en ontvangen en zich daarin gezien en gewaardeerd voelen. Iemand hoeft niet alles zelf te kunnen oplossen.

Ad 3. Doel PMT: afname van sociaal fobische klachten, door het aangaan van wenselijke doch stressvolle situaties. Omgaan met sociale contacten; hoe ga je binnen de PMT-zaal met de groep om, hoe ga je om met vrienden, familie, etc. Welke sociale vaardigheden beheers je wel of niet. Op het Dagactiviteitencentrum hebben we geoefend met informatie opvragen, telefoneren, hoe maak je afspraken hoe introduceer je jezelf naar anderen. Wanneer je bij een vereniging gaat kijken, kun je dan bijvoorbeeld ook iemand meenemen?

B. handelingsgerichte doelen; bovenstaande geleerde elementen komen hier natuurlijk in terug.

Stap 1. Watervrees vrij worden en beter leren zwemmen

In eerste instantie besloten we samen te gaan zwemmen in een ondiep zwembad. J gaf aan een zwemdiploma te hebben maar al een tijdje niet meer gezwommen te hebben. Ik heb uitleg gegeven over watervrees en hoe je watervrees vrij kunt worden via oefeningen de Halliwick methode en uitgenodigd een aantal oefeningen hieruit te doen.

We hebben geoefend met ademhalingstechnieken, cognitieve aspecten, RET, "je zinkt niet naar de bodem als je onder water bent" en kloppen deze ideeën met de werkelijkheid? Hierin gaf ik instructies, oefenopdrachten en reflecteerde op LECS, zijn lichamelijke beleving, emotionele beleving, cognitieve beleving. Door hem hierop te bevragen kon hij zijn lichaamssignalen leren verkennen, herkennen, en wanneer hij angstig werd en middels het nemen van een time out, op adem te komen en erover te praten ebde zijn angst langzaam weg en nam zijn zelfvertrouwen en zelfverzekerdheid toe. (competentie niveau). Hij leert nu zijn lichaamssignalen te herkennen en er adequaat op te reageren. Door deze ervaringen wordt hij minder angstig en durft meer initiatieven te nemen.

J. kreeg de tijd om te samen te oefenen en te experimenteren vanuit de veiligheid dat hij kon staan in het zwembad. Hierdoor krijgt hij meer vertrouwen in het water, in zichzelf en hoe om te gaan met het water. Het onder water zijn, zijn ademhaling controleren en weet om te gaan met zijn angst. Vervolgens hebben we aan zijn zwemtechnieken gewerkt in dit bad, drijven beenstuwing etc. Naar mate de technieken verbeterde en het vertrouwen in het water toenam, door beheersing ademhaling etc. wilde J. een stap verder gaan in 2 opzichten; ook met anderen gaan zwemmen en in een dieper bad gaan zwemmen.

Stap 2. Op zoek naar een vereniging

We zijn samen op zoek gegaan naar een vereniging in de buurt, waarbij er een afdeling Kanopolo zat. Deze vereniging hebben we samen via internet gevonden. Ik heb in eerste instantie contact gezocht om te horen wat de mogelijkheden waren, de kosten, de locaties, de trainingen, de voorwaarden die er zijn om lid te kunnen worden van de kanopolo ploeg.

Stap 3. Introductie binnen de vereniging en volgen van Eskimoteer cursus

In de winter zouden zij Eskimoteer lessen hebben in een KNVB zwembad.

Wij mochten komen kijken en spraken af er heen te gaan op een vrijdagavond. en kijken is meedoen..... De contacten met de trainers heb ik in eerste instantie gelegd en gevraagd of iemand met een psychiatrische beperking lid kan worden en regulier kan deelnemen binnen de vereniging?. Dat kon en hij mocht meedoen met de Eskimoteer cursus. Eerst zou bekeken worden hoe hij kanode. Samen bespraken we dat hij aan zou geven wanneer hij het eng vond bij zijn trainer en ik zou trainers informatie geven over onze achtergronden. (mijn functie, psychiatrie, en ook vanuit veiligheidsoverwegingen). De contacten waren fantastisch. J. ging 1 op 1 leren eskimoteren, maakte contacten met andere kanovaarders en het 'liep'. Niemand merkte aan hem dat hij een psychiatrische stoornis heeft, waardoor zijn zelfvertrouwen groeide. Met mij besprak hij waar hij tegenaan liep zijn angsten en hoe hij daarmee om gegaan was, vanuit het voelen van lichaamssignalen, spanning in de buik en welke betekenis hij hieraan gaf, wat hij ermee deed. Bv. de geleerde ademhalingsoefeningen, het inlassen van pauze- momenten als hij het spannend vond of moe was, het bespreekbaar maken met trainers over hoe de oefening verliep etc. We evalueerden en reflecteerden op de trainingsavond. Ook leerde J. door dit te bespreken met de trainers, dat de sfeer, veiligheid, vertrouwen aanwezig was, en de contacten over en weer goed verliepen, zorgvuldig, aandachtig en betrouwbaar waren. De eskimoteer lessen duurde 4 weken, vervolgens werd J. uitgenodigd om op een zaterdag mee te varen met de club door de stad.

Mede door onze aanwezigheid en de wijze waarop we ons profileerden was er interesse van de vereniging in de chronische psychiatrie ontstaan en wilden zij graag aan dit succes meewerken. Ook wilden zij meer informatie over de RIBW en kijken naar mogelijkheden om in de toekomst hier meer in te kunnen betekenen.

Stap 4. Het lidmaatschap van Kanovereniging Keistad

Nadat deze stappen gezet waren, lag het vervolg initiatief bij J. Hij zou nu zelf lid moeten worden om verder te kunnen.

Helaas bleek dit een vrij grote stap...ik merkte op dat de vervolgstap niet gezet werd.... En middels gesprek bleek dat het vervoer naar de vereniging een probleem was het weer in actie komen. Samen zijn we rond de tafel gaan zitten en hebben opnieuw afspraken gemaakt, gekeken waar de knelpunten lagen en bekeken hoe deze opgelost zouden kunnen worden. Doordat de vereniging ook contact opnam om te horen of J. nog interesse had, werd hij zeer positief verrast en daardoor geactiveerd. Het vervoersprobleem hebben we samen opgelost en we hebben contact opgenomen en afgesproken wanneer hij mee kon trainen. Toen heeft hij zijn lidmaatschap ingevuld en opgestuurd en we spraken af bij de eerste trainingsavond 'buiten' Spannend, want het bruine water is toch wat anders dan het zwembad. Gelukkig waren er voor hem al bekenden die hem opvingen en enthousiast reageerden en ik heb met de trainer gesproken, een andere die eveneens zeer geïnteresseerd was en specifiek vroeg waar de aandacht bij J. op te leggen.....

Stap 5. Het plezier behouden.en volhouden tot ik in een echte Kanopoloploeg zit

Deze stap is in uitvoering, het gaat nu om plezier te houden, motivatie behouden, stabiel blijven, en om gaan met wanneer het even niet lekker loopt. Nu is het aan hem om sociale contacten aan te gaan en die hem 'erbij houden', stimuleren en betrekken binnen de vereniging. Wanneer het niet lekker loopt zal hij zijn hulpbronnen aan moeten wenden.

5.3 Ad 3. Stappen vanuit de tijdsdimensie

Om aan de wens te kunnen voldoen is het belangrijk te weten wie de cliënt is en wat zijn levensgeschiedenis is, zijn familie, vrienden, zijn opvoeding, waarden en normen etc. Hoe zijn ziekte is ontstaan, het verloop en de omgang daarmee. Kortom het is van belang zijn

levensgeschiedenis te kennen, zijn ontwikkelingsgeschiedenis te weten om de cliënt te kunnen begrijpen.

Dit hebben we gedaan middels gesprekken, korte ontmoetingen met familie en vrienden op ondermeer de 'open dag' van het Dagactiviteitencentrum.

Daarnaast hebben we in praktische zin van het de wens in een tijdspad opgezet. Binnen alle doelen en activiteiten hebben we afspraken gemaakt wanneer deze en door wie ze gerealiseerd zouden worden. Dit heeft als voordeel dat je weet wat je wanneer gaat doen en hiermee rekening kunt houden in je agenda. Doordat de afspraken in je agenda staan weet je dat je ze moet voorbereiden om ze uit te kunnen voeren. Ook kun je ergens naar toe werken, bv regelmatig zwemmen ter voorbereiding van de eskimoteer trainingen. Door samenwerking met de vereniging kun je afspraken maken die realistisch en haalbaar zijn.

Aug. '07

juni'08

PMT zaal Oefenen Angst/paniek	Zwemmen Watervrees Ademhaling Zwemtechniek	Kanovereniging Sociale Contacten eskimoteren	Kanovereniging Lid worden	Kanopolo- Ploeg Gaan trainen
--	--	--	-------------------------------------	--

Hoofdstuk 6. Eindconclusie en beantwoording van de vraagstelling

Kan ik als psychomotorisch therapeut bewerkstelligen dat cliënten uit de GGZ met succes kunnen deelnemen aan reguliere sportverenigingen?

Kan de PMT-er vanuit het rehabilitatieprogramma een brugfunctie vervullen tussen GGZ, - RIBW, en sportvereniging, en daarmee de integratie daadwerkelijk laten plaatsvinden?

De psychomotorische therapeut kan bij cliënten met psychosociale problemen gedragsveranderingen bewerkstelligen op basis van zijn therapeutische handelingen. Deze zijn gericht op bewegingsactiviteiten vanuit de methodieken 'oefenen, ervaren en ontdekken'. Het blijkt dat dit effect heeft uit de casus van J. die als hulpvraag had: "het leren omgaan met angst voor nieuwe spannende situaties, angst in het water, en het leren omgaan met sociale contacten (wat zich uit vermijdinggedrag) en verbeteren van het zelfvertrouwen". Dit bemerkte hij bij zichzelf door het niet aangaan van wensen en verlangens maar door zich terug te trekken uit sociale verbanden en zich alleen te richten op de beperkingen van zijn ziekte, met als gevolg dat hij geen initiatieven nam om zelfstandig in beweging te komen.

Psychomotorisch therapie heeft hierin voor hem een bijdrage geleverd vanuit de volgende theoretische achtergronden, cognitieve gedragstherapie en cliënt gerichte therapie.

- Door middel van lichaamsgerichte therapie, lichaamsbesef en lichaamsbeleving is zijn angst en spanningsklachten herkenbaar geworden in zijn lichaam en door toepassen van ontspanning- en ademhalings oefeningen kan hij nu beginnende angst en paniek aanpakken.
- Door uitvoeren en ervaren van exposure oefeningen en toepassen vanuit angsthiërarchie is zijn angst gereduceerd omdat hij geleerd heeft grip te houden en om te gaan met gevoelens van angst in zijn lichaam. Ook kan hij nu beter grip houden op zijn gedrag bij verhoogde angsten.
- Vanuit de cognitieve gedragstherapie zijn cognities over angst genormaliseerd door toepassing van RET (rationele emotieve therapie)
- Vanuit de cliëntgerichte benadering heeft hij zich kunnen ontplooiën om te kunnen participeren binnen maatschappelijke verbanden buiten de psychiatrie.

Door eerst te oefenen in een veilige en vertrouwde omgeving, kon hij vanuit opgedane ervaringen transfer naar buiten maken en durfde hij het aan om zijn watervrees aan te gaan en vervolgstappen te zetten die geleid hebben tot het aangaan van het lidmaatschap. Vanuit de rehabilitatie visie blijkt, dat door te werken vanuit de driedeling relatie, activiteiten en tijdsdimensie uit deze methodiek de PMT- er een zeer gedegen werkrelatie opbouwt met alle partijen. De therapeut gaat met de cliënt een relatie aan als 'bondgenoot'; een alliantie waardoor er een werkzame relatie ontstaat met gemeenschappelijke doelen. Vervolgens wordt er een actie plan gemaakt vanuit de wens van de cliënt. Methodisch bouwt hij een werk- en activiteiten plan op met de cliënt, met haalbare doelen die regelmatig geëvalueerd worden. Dit is de activiteiten dimensie. In de tijdsdimensie laat de therapeut zien dat hij de persoonlijke levensgeschiedenis van de cliënt wil begrijpen, als basis om de cliënt te ondersteunen bij het verwezenlijken van nieuwe toekomstperspectieven. Dit kan doordat de therapeut nu zowel kan behandelen als begeleiden ook buiten de deuren van de instelling. Zijn 'reikwijdte', wordt uitgebreid. Hij kan zowel naar GGZ, als naar sportverenigingen gaan om die samenwerking gestalte geven.

Wanneer alleen bewegingsagogisch gewerkt wordt, wat als doel heeft mensen (weer) in beweging te krijgen ligt de nadruk meer op het openen of (her) openen van het bestaansveld bewegen en minder op het doen verminderen en/of het doen verdwijnen van psychosociale klachten. Er zijn er ook cliënten die (nog) niet vanuit agogisch werk in beweging kunnen

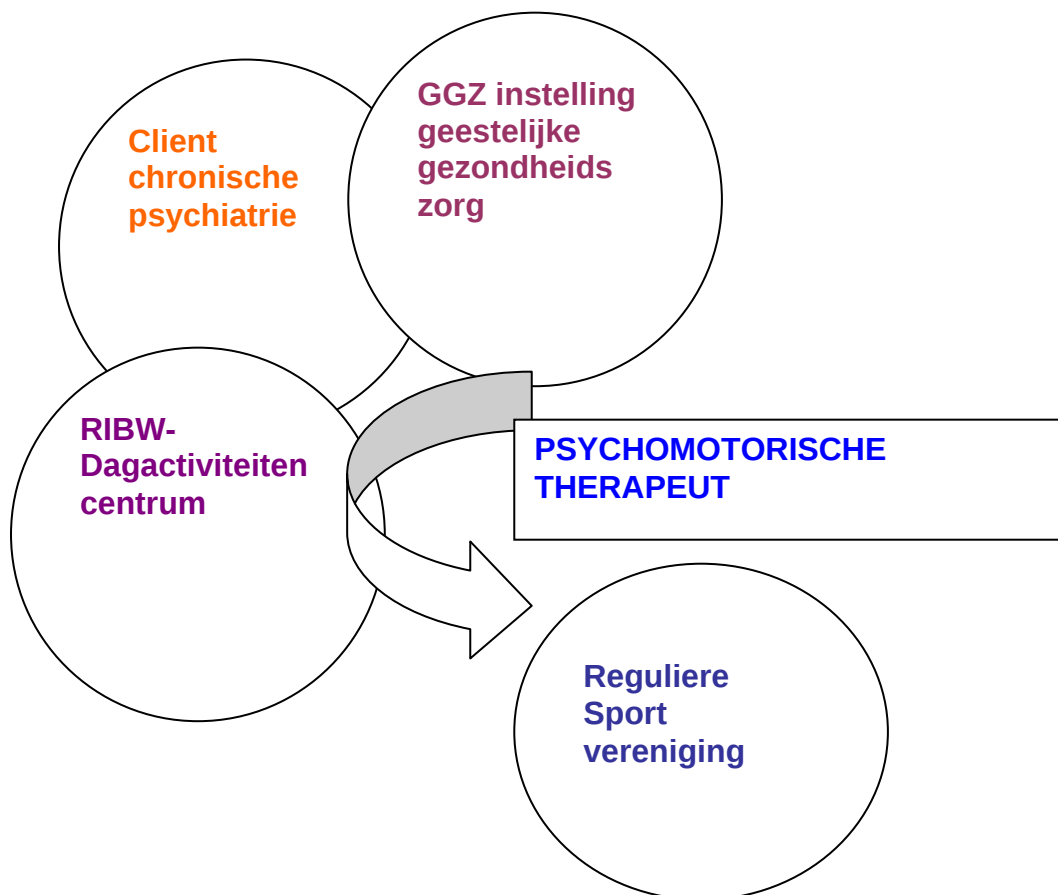
komen door hun klachten. De PMT-er kan hierop inspelen met als doel ook deze groep in beweging te krijgen.

Tevens kan de psychomotorische therapeut door samen te werken met de GGZ de voortgang van de bewegingsactiviteiten van cliënten bevorderen doordat cliënten die uitbehandeld zijn direct te laten doorstromen naar het bewegingsaanbod van de RIBW. Hierdoor kan uitvoering worden voorkomen en blijven mensen in beweging. Ook kan PMT-er indien nodig inspelen op aandachtspunten die er eventueel nog liggen vanuit de behandeling.

Uit bovenstaande case-studie blijkt dat het zeker mogelijk is dat cliënten lid kunnen worden van een sportvereniging en kunnen participeren in maatschappelijke verbanden. Hiermee functioneert de psychomotorische therapeut tevens als een soort van casemanager tussen cliënt, hulpverleningsinstelling en een sportvereniging waar hij lid van wil worden.

Vanuit zijn standplaats de RIBW kan de psychomotorische therapeut contacten leggen en onderhouden met de GGZ instelling en een brug slaan naar sportverenigingen waardoor participatie in bredere maatschappelijke zin kan plaatsvinden.

Dat dit functioneel blijkt te zijn, waarbij deze 'constructie' op velerlei wijze uitgevoerd kan worden, waarbij cliënten daadwerkelijk in bredere maatschappelijke contexten kunnen functioneren, bv in een sportvereniging, maar ook richting werk, gezondheid toont deze casus aan.



PMT als brugfunctie tussen GGZ-RIBW en sportverenigingen

Een nieuw bestaansveld...

Literatuurlijst

Fellinger, P. (2007). *Bewegingsagogie*.

Tijdschrift voor vaktherapie: *Een plaatsbepaling met handelingskader*, 4, 23-29.

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

Lange, J. de (red.). (2005). *Een vak apart. Artikelen over psychomotorische therapie*. 't Web- Netwerk rondom bewegen.

Van der Meijden-van der Kolk, H. & Bosscher, R. (2007), *Psychomotorische therapie voor mensen met chronische pijn: Een methodisch raamwerk*. Christelijke Hogeschool Windesheim.

Nuy, M. (2000). *Rehabilitatie: Een oriëntatie en beschrijving van drie benaderingswijzen*. Utrecht: SWP.

NVPMT. (2008). *Beroepsprofiel*

Probst, M. & Bosscher, R.J. (2001). *Ontwikkelingen in de psychomotorische therapie*. Zeist: Cure & care publishers.

Reedijk, J.S. (1999). *Psychiatrie*. Lochem: De Tijdstroom.

Sietsma, L.W. (2005). Sport en psychiatrie. *Evolutions Psychomotrices dans le Nord de l'Europe*, 2002/Vol 14, nr 56.

Sietsma, L.W. (1998). Motorisch leren: leren in een context. Issue, het tijdschrift van het NPI, 5 en 6, 1999.

Verhulst, J. (1990). *In therapie: Theoretische achtergronden en hun toepassing in de praktijk*. Lisse: Swets en Zeitlinger B.V.

Weerman. A. (2006). *Zes psychologische stromingen & een client*. Soest:H.Nelissen.

Wilken, J.P & den Hollander, D. (2000), *Psychosociale Rehabilitatie: een integrale benadering*. Amsterdam: Uitgeverij SWP Amsterdam.

Zetten,I.L. & Emck, C. (2000). Psychomotorische therapie module. *sociale fobie*. NVPMT.

Internetsites:

www.gezondheisplein.nl

www.rehabilitatie.nl

www.psychiatrie.nl

www.qgz.nl

www.schizofrenie.nl

Bijlage 1

Algemeen doel: Lid worden van een Kanopolo vereniging het activiteitenplan: als PMT-er zelf/samen opgesteld.

Subdoel:	Aandachtspunten: (PMT)	Actiepunten (samen)	Wanneer , waar & evalueren	Theoretische kaders& modaliteiten
1. Leren omgaan met angsten en beperkingen, Leren om hulp te vragen	Lichaamssignalen herkennen, leren van ontspanningsoefeningen Leren cognitief om te gaan met paniek en angst Bespreekbaar maken van angst en de hulpvraag Transfer maken naar buiten .	Hoe doel te bereiken, wie doe wat en wanneer. Activiteiten in zaal mbt omgaan met angsten en paniek. Cliënt in een groep oefenen met hulpvragen in verschillende situaties, ook transfer maken.	In de sportzaal, wekelijks met PMT-groep. <u>Evalueren</u> : per week	Cognitieve gedragstherapie Exposure RET <u>Modaliteiten</u> : oefengericht ervaringsgericht Lichaamsgericht werken toepassen van contextmanipulaties
2. Watervreesvrij worden	Hoe om te gaan met angst in water, wat kun je dan doen, eerst Halliwick, oefeningen, ademhaling technieken, time-outs nemen, veiligheid	Samen naar een ondiep zwembad oefenen, daarna dieper bad, veiligheid bewaken <u>Hulpbronnen</u> : zwemtrainers in het zwembad, vrienden	Wekelijks <u>Evalueren</u> direct na zwemmen en vervolgspraak plannen	Cognitieve gedragstherapie <u>Modaliteiten</u> Lichaamsgeoriënteerde methodieken Bewegingsgeoriënteerde methodieken
3. Op zoek naar een Kanovereniging	Praktische haalbaarheid, voorwaarden lidmaatschap Is er kanopolo Wie neemt eerst contact op met club om info te verzamelen,	Samen op internet zoeken afspraken maken, wie contact opneemt Mogelijkheid om te gaan kijken bij de	Wekelijks stand van zaken bespreken en <u>evalueren</u>	Cliëntgericht Cognitieve gedragstherapie Communiceren Contact maken en

	mogelijkheden, voorwaarden voor deelname	club. <u>Hulpbronnen:</u>		leggen, leiding, initiatief nemen
4. Eskimoteer cursus in zwembad volgen	Praktische uitvoering, en haalbaarheid, hoe kom je daar, eerst kijken en kennis maken, omgaan met spanning Omgaan met contacten binnen de ver. De trainers, wie zijn wij en wat willen wij.....info uitwisselen Samen afspreken wanneer te gaan , in de gaten houden J het 'aankan' <u>Hulpbronnen:</u> Spanningsmeter Time-outs nemen ademhalingsoefeningen Bespreekbaar maken van denken-handelen-voelen Hulp durven vragen	Samen bij zwembad daar afspreken, wie moeten we aanspreken, als contactpersoon en wat zijn de mogelijkheden? J. wil zwembroek meenemen en mag meedoen. We bespreken dat hij de trainingen mag volgen wanneer zijn niveau voldoende is. Ik blijf meegaan	<u>Evalueren</u> direct na de actie en later in de week Het blijkt dat J. behoefte heeft om te blijven zwemmen om aan zijn zelfvertrouwen te blijven werken. Sociale contacten aangaan loopt goed	Cognitieve gedragstherapie <u>Modaliteiten</u> Oefenen Ervaren ontdekken Angst, lichaamsgericht en sociaal gericht
5.Lidmaatschap	Kosten, consequenties, haalbaarheid, praktisch en mentaal en de vervolgstappen? Wat gaat hij doen, bij geen vervolgstappen gesprek, vereniging nodigt hem uit, wat positief beantwoord wordt	J. neemt nu zelf initiatief om lidmaatschap in te vullen en op te sturen..... <u>Hulpbronnen:</u> samen actie plan tav vervoer, contact vereniging mentale ondersteuning van anderen	<u>Evalueren</u> Wanneer gaat hij dit doen...? Blijken vervoersproblemen en Even 'bedenktijd' nodig	Cognitief gedragstherapeutisch
6. Kanopolo training volgen	Buiten gebeuren, angst, spanning , veiligheid,	Samen afspreken er heen te gaan,	<u>Evalueren</u> Direct na de	Client gericht Psychodynamisch

	contacten, Ik neem contact op vereniging om aan te kondigen dat we komen. Hulpbronnen, time- outs nemen, eigen grenzen bewaken,	contact maken met trainer en leden, meedoen met training	training en later in de week	Cognitief gedragstherapie RET Angst reductie, exposure Lichaamswerk en bewegingsagogisch <u>Modaliteiten</u> Oefenen Ervaren Ontdekken
--	---	--	------------------------------	---

Bron:

Van der Meijden-van der Kolk, H. & Bosscher, R. (2007), *Psychomotorische therapie voor mensen met chronische pijn: Een methodisch raamwerk*. Christelijke Hogeschool Windesheim.

Wilken, J.P & den Hollander, D. (2000), *Psychosociale Rehabilitatie: een integrale benadering*. Amsterdam: Uitgeverij SWP Amsterdam.