

PMT behandelproduct voor jongerengroep Paschalis.

Pieke Houben

4^e jaar student PMT- BA te Windesheim, Zwolle

Klas: 4PA
Studentnummer: s1025879
Scriptiebegeleider: Mia Scheffers
Scriptiebeoordelaar: Fred Dijk

Inleiding

In het begin van mijn stage was ik nog sterk zoekende naar een onderwerp voor mijn afstudeeropdracht.

Toen woonde ik op stage een jaarvergadering bij van de vakgroep voor alle vaktherapieën binnen de GGZ noord en midden Limburg. Als stagiaire van de voorzitter van deze vakgroep was ik hierbij aanwezig. Het hoofdthema van deze bijeenkomst was de legitimering van de vaktherapieën. Het belang hiervan werd benadrukt en er waren sprekers en discussies over hoe dit het beste tot stand kon komen.

Één van de sprekers was een docente van de PMT opleiding in Nijmegen. Zij gaf aan dat zij binnen deze opleiding een Minor aanbood waarbinnen studenten in de praktijk behandelproducten gingen beschrijven, waarna veel studenten de effecten van deze behandelproducten gingen onderzoeken in hun scripties.

Dit idee sprak me zeer aan omdat het enerzijds ook de mogelijkheid bood te leren later ook mijn eigen behandelproducten te legitimeren. Anderzijds was mijn stagementor ook bezig met plannen voor het onderzoeken en legitimeren van zijn eigen behandelproducten. Mijn afstudeeropdracht zou dus ook een praktisch nut kunnen hebben op mijn stage instelling wat me ook zeer aansprak.

De keus viel hierbij op het behandelproduct voor de jongeren groep van de verslavingskliniek Paschalis. Dit omdat ik alle therapieën van deze groep zag gedurende de week. Dit gold ook voor behandelgroep 2 van de kliniek, maar deze zou ik later op mijn stage overnemen van mijn mentor wat maakte dat het lastig zou zijn om deze behandeling ook te beschrijven als ik ze ook zelf uit zou voeren.

In eerste instantie was het idee om dit behandelproduct niet enkel te beschrijven maar ook een onderzoek te doen naar het effect bij de cliënten. Dit bleek al snel te ambitieus voor mij als afstudeeropdracht. Daarop heb ik in overleg met mijn stagementor besloten om mij te beperken tot een beschrijvend onderzoek van het behandelproduct volgens de richtlijnen van het FVB. Deze zijn vastgelegd in het boekje “in beweging” van ‘van Hattem, M en Hutschemaekers, G’ (2007) en verder uitgewerkt in het format productbeschrijving van het FVB. Dit zou dan wel als aanzet gebruikt kunnen worden door een Master student voor een verder onderzoek naar het behandelproduct. Om toch ook te kijken naar mogelijke werkzame componenten heb ik ervoor gekozen om ook te inventariseren bij cliënten wat hun ervaringen met de behandeling zijn en mijn mentor te interviewen over wat hij denkt dat werkzame componenten zijn binnen dit behandelproduct. Zodoende ben ik uitgekomen bij deze scriptie waarin eerst de context namelijk de kliniek Paschalis besproken zal worden, gevolgd door het hoofdgedeelte namelijk de productbeschrijving zelf. De cliënt ervaringen en mogelijke werkzame componenten worden hierna besproken en waarna een conclusie op het geheel zal volgen om de volgende onderzoeksvraag te beantwoorden:

Waaruit bestaat precies het standaard behandelproduct van de PMT binnen de behandelgroep jongeren van de verslavingskliniek en op welke principes en theorieën berust deze?

Inhoudsopgave

Hoofdstuk 1. De context: Verslavingskliniek Paschalis

- Inleiding	blz. 1
- Organisatie behandeling	blz. 1
- Visie	blz. 3

Hoofdstuk 2. Productbeschrijving: PMT voor BHG jongeren

- Naam van het product en zorgprogramma	blz. 5
- Behandelduur en frequentie	blz. 5
- Prototype werkvorm	blz. 6
- Indicaties en contra-indicaties	blz. 7
- Doelen	blz. 8
- Behandelvormen en Interventies	blz. 10
- Eindtermen	blz. 13
- Rationale	blz. 14

Hoofdstuk 3. Interviews met betrekking tot achterliggende gedachten behandelproduct en veronderstelde werking.

- Interview met Stagementor	blz. 15
- Ervaringen Cliënten	blz. 16
- Eigen mening	blz. 17

Hoofdstuk 4. Conclusie

	blz. 18
- nawoord	blz. 20

Bijlagen

Bronvermelding.

Document Theo Jaspers – Activiteiten PMT Paschalis (2011).

Vragenlijst ervaringen cliënten.

Interview Theo Jaspers

PMT werkblad.

Checklist bij het schrijven van producten – *FVB commissie producten en modules ontwikkeling.*

1. Verslavingskliniek Paschalis

Inleiding

Paschalis is een verslavingskliniek in Oostrum, Limburg nabij het stadje Venray.

De kliniek is gevestigd in voorheen klooster St. Paschalis. Het is onderdeel van de zorggroep Vincent van Gogh, voorheen GGZ NML (noord en midden Limburg) waarvan de hoofdlocatie is gevestigd op de Stationsweg in Venray.

Op Paschalis biedt men klinische verslavingszorg gericht op het helpen bij problemen die samenhangen met misbruik of afhankelijkheid van middelen en/of gokken. Mogelijke cliënten hebben daarvoor wel een verwijfsbrief nodig van een hulpverlener, bijvoorbeeld een huisarts. Cliënten kunnen hun hulpverlener/huisarts vragen hen aan te melden of kunnen zichzelf aanmelden.

Organisatie behandeling

Opname

Cliënten die zich aanmelden zullen eerst een intake gesprek hebben met een hulpverlener de zogenaamde poortwachter. Dit dient ter inschatting van de cliënt en diens motivatie en hulpvraag. Vervolgens worden cliënt en hulpvraag besproken in een multidisciplinair overleg. Het advies dat hieruit volgt wordt besproken met de cliënt en vastgelegd in diens behandelplan. Het klinische traject dat volgt start in de meeste gevallen is de klinische opname groep voor detoxificatie. Deze periode duurt meestal 1 tot 2 weken waarin de cliënt wordt begeleidt door artsen en verpleegkundigen om lichamelijk te ontnemen.

Hierna stromen cliënten door naar de motivatie/diagnostiek fase. In ongeveer 3 weken tijd wordt samen met de cliënt een beeld gevormd van de problemen die tot verslaving hebben geleid en die de verslaving in stand houden.

Cliënt krijgt voorlichting over verslaving en de mogelijke behandelingen. Hij/zij volgt groeps- en individuele gesprekken en andere therapievormen en activiteiten. Eventueel wordt de behandeling met medicijnen ondersteund.

Er zal diagnostiek/onderzoek plaatsvinden door onder andere een psycholoog, systeemtherapeut, vaktherapeuten en arts. Op het einde van deze 'detox' wordt door de hoofdbehandelaar in overleg met de sociotherapeuten van de opname afdeling en de betrokken cliënt besloten voor welke behandelgroep de cliënt wordt geïndiceerd en of dit in een voltijd behandeling of een deeltijd behandeling gebeurt. Dit wordt vervolgens besproken in het multidisciplinair overleg met alle betrokken behandelaren. In deze scriptie richt ik me op de voltijd behandeling omdat ik hierbinnen ook mijn stage volbreng.

Behandelgroepen

Binnen deze voltijdse klinische behandeling zijn er 3 behandelgroepen, BHG's genaamd. Dit zijn BHG 1, BHG 2 en BHG jongeren.

*Behandelgroep 1

Programma

U krijgt inzicht in hoe uw verslaving is ontstaan en wat de functie en gevolgen zijn van de verslaving voor uzelf en uw omgeving. Het oefenen met vaardigheden die u voorbereiden op terugkeer naar de maatschappij, staat centraal. Het leren van elkaar, in de groep, is daarbij belangrijk.

Opzet

Het behandelprogramma is vooral individueel gericht en heeft een sociaal pedagogische benadering. Er zijn persoonlijke aanpassingen in de behandeling mogelijk voor wat betreft vorm, duur (variërend van enkele weken tot maanden) en intensiteit. De mate van ondersteuning bij het dagelijks functioneren op alle levensgebieden kan variëren naar uw behoefte. De begeleiding vindt plaats door een team van specialisten die u terzijde zal staan, waarbij u gestimuleerd wordt zelf verantwoordelijkheid te leren nemen.

Doelgroep

U heeft een (chronisch) verslavingsprobleem in combinatie met lichamelijke, psychische en/of sociale problemen, u bent voldoende gemotiveerd om een sterk gestructureerd programma te volgen en u bent in staat om in een groep te functioneren.

*Behandelgroep 2

Programma

Binnen de groep krijgt u inzicht in uw verslaving, uw stijl van omgaan met problemen en hoe u in contact met anderen handelt. U volgt een groepsgericht programma, waarbij u over uw verslaving leert van en met de groep. U krijgt inzicht in hoe uw verslaving is ontstaan en wat de functie en gevolgen zijn van de verslaving voor uzelf en uw omgeving. Naast basistrainingen is er de mogelijkheid om modulair programmaonderdelen te volgen die passen bij uw specifieke problematiek.

Opzet

Het behandelprogramma is vooral groepsgericht en heeft een coachende, gedragtherapeutische basis. De groep biedt volop ruimte om nieuw gedrag te oefenen.

De begeleiding vindt plaats door het behandelteam, waarbij het driemanschap patiënt-sociotherapeut-behandelaar een belangrijke rol inneemt. Het team handelt vanuit een coachende houding, waarbij u gestimuleerd wordt zelf verantwoordelijkheid te leren nemen en dragen voor (verandering van) uw gedrag en hanteren van emoties.

De behandelduur is ongeveer 4 maanden

Doelgroep

U bent in zekere mate in staat kritisch naar uzelf en uw gedrag te kijken en u heeft de wil om verandering in uw gedrag aan te brengen. U heeft voldoende vaardigheden om zelfstandig in een leefgroep te functioneren

In deze productbeschrijving zal ik mij echter richten op de behandelgroep jongeren:

***Behandelgroep jongeren**

Programma

Door intensief (24 uur per dag) samen te leven en te werken in een kleine gemeenschap leert u om beter contacten te onderhouden en conflicten te hanteren. Naast basistrainingen kunt u modulair programmaonderdelen volgen, specifiek passend bij uw problematiek.

Opzet

Binnen de groep staat de relatie van u met uzelf en uw omgeving centraal. U leert en experimenteert in relaties met anderen en met nieuw gedrag. Dit alles is erop gericht dat u uzelf beter leert kennen. Daarnaast leert u hoe u problemen met uzelf en in contacten met anderen (omgaan met conflicten, uiten/delen van gevoelens etc.) beter kunt hanteren. In het behandelprogramma ligt de nadruk op het leven in de groep. De begeleiding vindt plaats door het behandelteam, waarbij het driemanschap patiënt-sociotherapeut-behandelaar een belangrijke rol inneemt. Het team begeleidt u met een pedagogische, proces-stimulerende houding, waarbij u gestimuleerd wordt zelf verantwoordelijkheid te leren nemen en dragen voor uw gedrag

Doelgroep

U bent in een (psychologische) leeftijd tussen 16-25 jaar en bent u ervan bewust dat u een verslavingsprobleem heeft en dat dat bepalend is hoe u met uzelf en anderen omgaat. U durft na te denken over uzelf en u begrijpt waaraan u moet werken. U heeft voldoende vaardigheden om zelfstandig in een leefgroep te functioneren.

***Nazorg**

Het blijkt belangrijk om na een klinische behandeling nog enige tijd ondersteuning te krijgen.

Dit kan door verwijzing naar een andere behandeling of vervolgbehandeling binnen de verslavingskliniek Paschalis (deeltijd, nazorggroep, externengroep, project 4B, polikliniek), naar een andere behandeling binnen de divisie Verslavingszorg, of daarbuiten.

Ook kan uw eigen verwijzer -bijvoorbeeld uw huisarts- dit op zich nemen.

In het laatste deel van de behandeling wordt het vervolgtraject met u besproken.

* Afkomstig van website ggznml – Paschalis (zie bronvermelding)

Visie Paschalis

Behandelvisie Paschalis

De behandelvisie van Paschalis is gestoeld op de basis van milieutherapie. Voor de beschrijving van deze vorm van therapie en de precieze wijze waarop dit binnen de kliniek vorm krijgt wordt hier geput uit het boek *Werken in een therapeutisch milieu*, Janzing, C Kerstens, J (2009) en uit een eerdere scriptie over de rol van PMT in de detox fase namelijk *waarom gebruik ik? de Boer, J (2007)*.

Binnen Paschalis komen cliënten voor een klinische opname met als primaire doel abtinent te worden van verslavende middelen. De oorzaak van het middelengebruik licht echter vaak in onderliggende problemen waarmee men door middel van middelengebruik probeert om te gaan. Deze onderliggende problemen bij cliënten variëren van persoonlijkheid tot relationele of sociaal-culturele problematiek. Hierbij spelen vaak ook een combinatie van deze oorzaken een rol wat heeft geleid tot strubbelingen in de psychische structuur of ontwikkeling van de cliënten.

In de ogen van de instelling dient voor het abtinent worden/blijven van middelen dan ook de oorzaak (functie) van het gebruik in kaart te worden gebracht en worden behandeld wil de cliënt na behandeling abtinent blijven. In hoeverre de cliënt hierop wil ingrijpen hangt ook mede af van de wens en motivatie van de cliënt zelf. Als de behandeling dan ook getypeerd dient te worden volgens het kader van het FVB (Federatie Vaktherapeutische Beroepen), schippert de behandeling tussen de

cliënten dan ook van ‘focaal-inzichtgevend’ en ‘inzichtgevend plus’. Voor de precieze indeling in behandelvormen verwijs ik naar het format voor productbeschrijving in de bijlage.

Zoals genoemd werkt men hierbij op basis van de milieutherapie. Janzing en Kerstens omschrijven deze als volgt: *“Een therapeutisch milieu is een georganiseerde behandelingseenheid, waarbinnen een situatie gecreëerd wordt waarin aan een patiënt relaties met een groep patiënten en behandelaars worden aangeboden. Deze relaties bieden de patiënt de ruimte om zelf binnen zijn mogelijkheden en beperkingen tot een oplossing te komen van zijn problemen, problemen die in ingewikkeldheid kunnen variëren en op allerlei gebieden van het leven kunnen liggen.”*

Deze relaties met andere cliënten krijgen vorm binnen de groeps gesprekken en doordat de cliënten binnen het algemene deel van de behandeling gezamenlijk deelnemen aan de verschillende therapieën. In deze groepstherapieën worden situaties (ook wel crisissen genoemd) gecreëerd die helpen het gedrag van de cliënten bloot te leggen en inzichtelijk te maken voor de cliënt zelf en zijn/haar groepsgenoten. Hierbinnen wordt er ook door de verschillende behandelaars op toegezien dat cliënten elkaar onderling bevragen en aanspreken op hun werkpunten en verantwoordelijkheden. Het groepsproces in zijn geheel wordt daarbij ook nog bewaakt door de socio-therapeuten onder toezicht van de hoofdbehandelaar(s). Buiten het algemene deel van de behandeling is er echter ook nog de mogelijkheid om aanvullende therapieën te volgen zoals modules bij de vaktherapeuten, EMDR, systeemtherapie of psychotherapie. Deze geschieden in een andere samenstelling als de eigen groep of individueel.

Hierop terugkijkend is het niet mogelijk om deze invulling van milieutherapie te scharen onder één van de vaste vormen omschreven door Janzing, C en Kerstens, J(2009).

Delen van het ‘sociaal therapeutisch model’ komen door de milieutherapeutische groepsbehandeling naar voren. Hierbij richt men zich op het vermogen van de cliënt om zich enerzijds aan te passen aan de omgeving en anderzijds deze omgeving zodanig aan te passen aan de eigen wensen en behoeften dat dit zo goed mogelijk bijdraagt aan het eigen geluk.

Evenals delen van het ‘reconstructieve model’ waarbinnen cliënten ongewenste afweermechanismes onderkennen en afleren en hiervoor adequate vervanging zoeken. Bovenal komt echter het ‘supportieve model’ waarbinnen het oefenen, trainen en leren van technieken en vaardigheden die de cliënt helpen zelfstandig door het leven te gaan en om te gaan met eventuele onveranderlijke beperkingen of situaties komen terug binnen dit aanbod. *‘Binnen dit supportieve model tracht men binnen de kliniek een milieu op te zetten wat zoveel mogelijk aansluiting heeft met het dagelijkse milieu buiten de kliniek’* (J. de Boer). Verder werkt men hierbinnen ook ego-supportief wat inhoudt dat men met het blootleggen van mogelijke tekortkomingen en problemen bij de cliënt en het om leren gaan met altijd werkt binnen de kracht van de cliënt. Ook wel te noemen als werken binnen de ‘zone van naaste ontwikkeling’. Dit met als doel de cliënt niet onnodig te ontregelen.

Concluderend kan men zover het mij betreft de gehanteerde vorm van milieutherapie best typeren als een combinatie van modellen. Waarbij het ‘(ego) supportieve’ model de boventoon voert aangevuld met elementen uit het ‘sociaal therapeutische’ en ‘reconstructieve’ model.

2.PMT voor BHG Jongeren

Naam en zorgprogramma

De titel van de scriptie geeft al redelijk goed weer wat de inhoud is. Het betreft hier een PMT behandelproduct voor een jongerengroep van de verslavingskliniek Paschalis. Wat echter niet terug te halen valt uit de naam is de milieutherapeutische basis waarop de behandeling gestoeld is en die ook de vorm waarbinnen PMT aangeboden wordt beïnvloedt.

Verder zou men de indruk kunnen krijgen dat het standaard behandelproduct wat in deze scriptie wordt beschreven de complete lading van PMT binnen de totale behandeling dekt. Buiten het standaard behandelproduct bestaat er echter ook nog de mogelijkheid voor cliënten om aanvullende modules te volgen. Hierbij verzorgt de afdeling PMT de modules 'omgaan met boosheid', 'impulscontrole' en 'lichaamsbeleving'. Deze worden in deze productbeschrijving echter buiten beschouwing gelaten daar het aparte producten betreft die bovendien niet allemaal door alle cliënten van de behandelgroep worden gevolgd of geïndiceerd.

Er is echter bewust voor gekozen deze informatie niet allemaal te verwerken in de titel van deze scriptie daar dit de compactheid en kernachtigheid van de titel niet ten goede zou komen.

Het zorgprogramma voor deze behandelgroep is primair gericht op het abtinent worden/blijven van middelen. Bij de behandeling van de verslaving en onderliggende problemen komen echter vaak een veelheid aan achterliggende psychosociale problemen of psychische stoornissen naar voren. Zo wordt in de jongerengroep regelmatig bij cliënten stoornissen vastgesteld zoals AD(H)D, autisme spectrum stoornissen of borderline persoonlijkheidsproblematiek. In het belang van de behandeling en het abtinent blijven van middelen kan het dan vaak aangewezen zijn om ook op deze problematiek in te grijpen. Dit kan doorwerkende gevolgen hebben op het verloop of de omgang van de cliënt met de stoornis en als zodanig als zorgprogramma overstijgend gezien worden. Dit geschiedt echter met oog op en in overeenstemming met het primaire doel namelijk abtinent van middelen worden/blijven.

Behandelduur en Frequentie

Cliënten in het klinische traject verbinden zich voor langere tijd aan de behandeling. Dit kan variëren van grofweg 3 tot 6 maanden. Gedurende deze tijd neemt 2 keer per week deel aan PMT in hun eigen milieutherapeutische behandelgroep.

Hierbij worden allerhande beweging en lichaamsgerichte activiteiten aangeboden waarbinnen iedere cliënt met zijn/haar eigen werkpunt aan de slag gaat en cliënten elkaar ook aanspreken op hun onderlinge werkpunten. De werkpunten voor PMT worden gesteld door de PMT'er zelf en bij iedere behandelbespreking geëvalueerd en eventueel bijgesteld.

Wanneer de cliënt en/of het multidisciplinair team van mening is dat de behandeling voldoende is en men klaar is voor het terugkeren in de maatschappij en/of niet meer verder komt in zijn/haar ontwikkeling dan wordt er een ontslagdatum afgesproken. In de tijd tussen deze betreffende behandelbespreking en de ontslagdatum start de cliënt met resocialiseren in de maatschappij.

Prototype werkvorm

In overeenstemming met het 'format voor productbeschrijving' van de FVB zijn er 5 soorten prototype werkvormen waaronder een PMT behandeling zou kunnen vallen.

1. Steunend
Deze is gericht op het creëren van ontspanning en veiligheid, en het handhaven van het evenwicht. Het doel is niet direct therapeutisch, wel worden therapeutische technieken gebruikt. Een veelheid van methodieken wordt gebruikt om de cliënt tot rust te brengen of om hem enige afstand te geven ten opzichte van zijn klachten.
2. Pragmatisch-structurerend
Het doel is gericht op herstel van het evenwicht en het beperken van de invaliderende gevolgen van de stoornis. Pragmatisch is deze therapie omdat daarbij een veelheid van technieken wordt gehanteerd en omdat rekening wordt gehouden met de beperkte tijd en mogelijkheden van de cliënt.
3. Directief-klachtgericht
Deze is gericht op klachtenreductie en heeft doorgaans een kortdurend karakter. Vaak wordt in deze varianten gewerkt met protocollen.
4. focaal-inzichtgevend
Bij dit type behandeling wordt gewerkt met een focus en begrensde mogelijkheden in tijd. Doel is inzicht en verwerking van een specifiek probleem.
5. Inzichtgevend-plus
Dit is behandeling waarbij de cliënt zijn eigen tempo en thema's bepaalt, met als doel dat inzicht in de aard en oorzaken van de problematiek ontstaat waardoor geleidelijk een persoonlijkheidstransformatie kan optreden.

In de PMT behandeling binnen het algemene programma sluit men hierbij aan bij de visie van de overkoepelende afdeling, zijnde Paschalis. Dit houdt in dat men zich binnen PMT met name richt op de 'onderliggende problemen waarmee men door middel van middelengebruik probeert om te gaan'. Dit houdt in dat men zich met name richt op maladaptieve gedragingen en afweermechanismen en de cliënt laat ervaren hoe deze hem/haar last bezorgen en vervolgens zoekt en oefent met nieuwe gedragingen om zich zo uiteindelijk staande te kunnen houden in het dagelijkse milieu. Daarnaast richt men zich middels lichaamsgerichte werkvormen ook op het herkennen en waarnemen van spanning in het lichaam en het stilstaan bij het eigen gevoel. Dit met als doel zucht, oplopende spanning en ervaren last eerder onder ogen te zien en aan te pakken. De ervaring van de behandelaars is dat dit proces er veelal voor zorgt dat cliënten aan het eind van hun behandeling een duidelijke verandering laten zien in hun gedrag en denkbeelden waardoor men zou kunnen spreken van veranderingen in de persoonlijkheid. Dus een werkvorm die men zou kunnen scharen onder de noemer 'Inzichtgevend-plus'.

Het is echter niet zo dat de cliënt onbegrensde mogelijkheden heeft in tijd en volledig zijn eigen tempo kan bepalen. Bij opname wordt veelal al besproken wat de duur van een opname ongeveer zal zijn en waaraan gewerkt dient te worden. Dit kan echter wel altijd nog bijgesteld worden indien nodig. Daarbij springt de instelling niet in op alle mogelijke psychische stoornissen en psychosociale problemen die een cliënt wellicht heeft. Er wordt ingezet op die psychische en psychosociale factoren die een oorzaak zijn van gebruik of leiden tot situaties of gedrag wat kan leiden tot een terugval in gebruik. Deze opzet sluit daarom meer aan op de omschrijving van de ‘focaal-inzichtgevende’ werkvorm.

Maar omdat de precieze definitie van de behandeling niet valt te typeren door slechts één van beide werkvormen kies ik ervoor te stellen dat ze schippert tussen beide.

Indicaties en contra indicaties

Indicaties:

De indicatie voor de behandelgroep jongeren zoals ze op de website van Paschalis staat vermeld is als volgt: *“U bent in een (psychologische) leeftijd tussen 16-25 jaar en bent u ervan bewust dat u een verslavingsprobleem heeft en dat dat bepalend is hoe u met uzelf en anderen omgaat. U durft na te denken over uzelf en u begrijpt waaraan u moet werken. U heeft voldoende vaardigheden om zelfstandig in een leefgroep te functioneren.”*

In de praktijk van de behandelgroep zijn deze grenzen echter enigszins verschoven lijkt het. Zo worden cliënten vanaf 15 jarige leeftijd ook in behandeling genomen en worden de oudere jongeren van 24/25 jaar veelal eerder in behandelgroep 2 geplaatst. Maar buiten de leeftijd spelen nog verschillende factoren mee. Zo wordt er verwacht dat men bewust is van de eigen verslaving en de gevolgen daarvan. Verder moet men na denken over zichzelf en kunnen functioneren in een leefgroep. Voor het PMT behandelproduct gelden uiteraard dezelfde factoren met de toevoeging dat de cliënt fysiek in staat moet zijn deel te nemen aan bewegingssituaties. Puntsgewijs komen dan de volgende indicatiefactoren naar voren:

- In leeftijd tussen 15 – 25 jaar.
- Inzicht in eigen problematiek.
- Voldoende gemotiveerd.
- Beschikken over voldoende reflecterend vermogen.
- Sociaal vaardig genoeg zijn om in een leefgroep te functioneren.
- Fysiek in staat tot deelname aan bewegingssituaties.

Contra-indicaties:

Hierover wordt eigenlijk op de website van Paschalis niet gesproken. Daarom zou men a.d.h.v. deze informatie eigenlijk niet meer kunnen formuleren dan de tegenhangers van de indicaties. In het boek *‘werken met een therapeutisch milieu’ van Janzing, C en Kerstens, J (2009)* staat echter wel enige toelichting over mogelijke contra indicaties in ‘samenstellen van een leefgroep’.

Allereerst de hulpvraag, staat de verslavingsproblematiek op de voorgrond? Daarbij ook de mogelijkheden van de cliënt. Is de draagkracht (zowel fysiek als mentaal) en de frustratietolerantie van de cliënt van dien mate dat deelname mogelijk is. Het PMT behandelaanbod bestaat uit bewegen en het stilstaan bij het eigen lichaam en alle angsten, spanningen en ervaringen die daarbij horen. Wat betreft het PMT behandelaanbod binnen behandelgroep jongeren geldt dat een gebrek aan fysieke draagkracht geen belemmering kan zijn. Conform het PMT gedachtegoed dat men kan 'deelnemen, deel hebben of deel zijn' (*P.Fellinger*) kan men altijd het standaard behandelproduct voor PMT volgen. Een gebrek aan mentale draagkracht of frustratietolerantie kan wel een probleem zijn voor behandeling binnen de behandelgroep jongeren. Deze intensieve vorm van milieutherapie behelst namelijk intensieve groepsinteracties en groepsprocessen met het oog op verandering van de cliënt. Mocht dit de mentale draagkracht of frustratie tolerantie te boven gaan dan is een cliënt wellicht beter op zijn plaats in een andere behandelgroep of vorm van behandeling binnen Paschalis. Tot slot zijn Psychotische cliënten of met sterke neigingen daartoe niet goed op hun plek binnen een dergelijke behandelgroep wegens de heftige interactie met anderen en daarbij horende prikkelingen. Na deze overwegingen komen de volgende contra indicaties naar voren voor het PMT behandelaanbod binnen de jongerengroep van Paschalis:

- Als een andere problematiek dan de verslaving op de voorgrond staat.
- Als een cliënt niet voldoet aan de genoemde indicatie factoren.
- Als de mentale draagkracht of frustratietolerantie onvoldoende blijkt.
- Een cliënt Psychotisch is of sterke neigingen daartoe vertoont.

Wat opvalt bij deze (contra) indicatie factoren is dat ze veelal weinig concreet zijn. Ze laten veel ruimte over voor het multidisciplinair team om naar eigen inzicht te handelen. Het is daarom dat binnen dit team er veel vergaderingen en overleg plaats vindt om beslissingen hieromtrent te nemen en te verantwoorden.

Doelen

Conform de visie van Paschalis richt de PMT zich met name op de onderliggende/achterliggende problematiek van cliënten met als hoofddoel het abstinente worden en blijven van middelen. Hiervoor is het echter nodig om buiten de algemene intake ook binnen het gebied van de PMT de problematiek van de cliënt in kaart te brengen. Dit gebeurt tijdens de detox fase van cliënten door 3 PMT sessies waarin men aan de hand van een observatiemodule inclusief vragenlijst 6 PMT thema's doorwerkt. Deze module is reeds beschreven in de scriptie "*Waarom gebruik ik*" de Boer, J(2007) en aan de hand hiervan ook nog verder aangepast. Uit deze scriptie zal ik dan ook putten voor uitleg en voorbeelden over het stellen van doelen binnen de PMT.

Tegenwoordig volgt men dus de 3 sessies binnen de PMT observatiemodule waarbinnen crisissen worden georganiseerd in 6 PMT thema's. Na ieder thema vullen de cliënten zelf een vragenlijst in met open vragen en keuze antwoorden (zie bijlage). In iedere sessie zijn twee thema's aan elkaar gekoppeld. Deze koppelingen zijn als volgt:

- Motorische instrumentele sensibiliteit (MIS) en Kracht/agressie

Binnen MIS kijkt men naar mogelijke problemen op het gebied van conditie/bewegingsvaardigheid of gezondheid. Binnen kracht/agressie naar mogelijke problematiek omtrent het omgaan met agressie bij zichzelf of de ander, traumata omtrent agressie en ook problemen omtrent het uiten van emotie.

-Vertrouwen en Ruimte

Binnen het thema vertrouwen kijkt men met name naar het vertrouwen in de ander en in zichzelf. Hierbij wordt ook gekeken naar hoe cliënten zorgen voor de eigen veiligheid hierin. Vertrouwt men blind op de ander of mogelijk enkel op zichzelf? Ook wordt de aandacht gericht op mogelijk pathologisch wantrouwen en de last die dit geeft bij cliënten.

Bij ruimte gaat de aandacht met name uit naar het omgaan met grote en kleinere ruimtes, het ontwijken of doorlopen bij confrontatie en de omgang met afstand en nabijheid van de ander.

-Ontspanning en Lichaamsbeleving

Binnen ontspanning wordt vooral gekeken naar de omgang met spanning en de rol van spanning en ontspanning in het dagelijks leven en in het gebruik. Ook komt aan bod in hoeverre men stil kan staan bij zichzelf en de eigen gewaarwordingen of welke problemen dit mogelijk geeft.

Bij lichaamsbeleving gaat de aandacht naar het welbevinden over het eigen lichaam en het in staat zijn tot voelen evenals het omgaan met aanraking.

De PMT'er reikt bij de verschillende thema's enkel gestandaardiseerde arrangementen aan, welke worden beschreven in de scriptie van J. de Boer. De PMT'er is bij de observatiemodule erg terughoudend met betekenisverlening en vult zelf dan ook niks in. Als een cliënt zijn MD fase wordt beëindigd of alle thema's heeft doorlopen leest de PMT'er de vragenlijsten door en schrijft in het rapportagesysteem Psygis een korte samenvatting met persoonlijke PMT doelen en indicaties voor PMT modules die hij ontleend aan wat de cliënt heeft ingevuld. Hierbij probeert hij zoveel mogelijk de eigen woorden en wensen van de cliënt te gebruiken. Het doel is hierbij om te inventariseren welke problemen er mogelijk zijn binnen de verschillende thema's waarvan de cliënt last ondervindt en die de verslaving mogelijk in stand houden of in de hand werken.

De observatie wordt dus aangeboden in 3 sessies met 2 thema's per sessie, aangeboden in vaste activiteiten. De cliënten wordt hierbij gevraagd aan de hand van vragenlijsten per thema te inventariseren wat men allemaal tegenkomt. Aan de hand van deze antwoorden schrijft de therapeut een samenvatting en stelt doelen op voor de PMT.

De PMT modules die worden aangeboden zijn: *'Omgaan met boosheid', 'Lichaamsbeleving' en 'Impulscontrole'*. Deze worden echter buiten het standaard behandelproduct aangeboden. Deze doelen en indicaties worden vervolgens ook besproken in de behandelbespreking van het multidisciplinair team waarin besloten wordt aan welke behandelgroep de cliënt zal deelnemen. De cliënt krijgt vervolgens ook een eigen uitdraai van de PMT met de samenvatting van de vragenlijst, persoonlijke doelen en module indicaties. De persoonlijke doelen zijn vervolgens ook geformuleerd binnen de genoemde PMT thema's.

De cliënt (jongere) is vervolgens zelf verantwoordelijk deze uitdraai met PMT doelen bij zich te houden en mee te nemen in zijn behandelmap naar de PMT sessies. Binnen de PMT sessies kiest de cliënt zelf een PMT specifiek werkpunt uit waaraan hij gedurende de sessies wil werken. Zijn ervaringen hieromtrent worden nabesproken na de sessies maar houdt hij ook zelf schriftelijk bij op het PMT werkblad (zie bijlage). Indien een cliënt het niet eens is met de gestelde doelen of een algemeen doel wil uitwerken binnen PMT is het mogelijk doelen aan te passen of te verhelderen in onderling overleg met de PMT'er.

Ongeveer iedere 6 weken heeft een cliënt behandelbespreking binnen het multidisciplinair team. Dan wordt vanuit het oogpunt van de PMT'er ook gerapporteerd en toegelicht hoever een cliënt in

de ogen van de therapeut is gevorderd met zijn/haar werkpunten. Bij deze bespreking is het dan ook mogelijk nieuwe werkpunten of doelen te formuleren en op te nemen in de PMT behandeling.

Op deze wijze vindt aldus de doelstelling en ook bijstelling plaats binnen het PMT behandelproduct van de jongeren.

Behandelvormen en interventies

Binnen de standaard PMT behandeling voor de jongerengroep wordt er gebruik gemaakt van lichaamsgerichte en bewegingsgerichte arrangementen in zowel het sportcomplex als het zwembad. Dit wordt verdeeld over twee PMT sessies per week van 1 uur. Op maandag een groepsessie van 1 uur in het zwembad en op woensdag een groepsessie van 1 uur in het sportcomplex. Deze groepsessie in het sportcomplex is afwisselend de ene week bewegingsgericht en de volgende week lichaamsgericht. De rationales voor deze verschillende contexten zijn deels verschillend en deels gelijk evenals arrangementen en interventie. Overkoepelend over de gehele PMT behandeling zijn echter enkele afspraken van groot belang in de behandeling.

Afspraken

De belangrijkste afspraak is de 'stop' afspraak. Iedere cliënt kan op ieder moment stop roepen als men de emotionele lading op dat moment niet aankan (dit wordt ook wel genoemd als 'overspoeld' worden) of een spanningsbron of ongenoegen wil uiten en mogelijk aanpakken. Wel is er een klein onderling verschil hierin tussen lichaamsgerichte en bewegingsgerichte arrangementen.

Bij lichaamsgerichte arrangementen mag een cliënt stoppen met de activiteit indien hij of zij overspoeld raakt of eventueel ongenoegen of spanning wil uiten. De vraag hier ligt echter om het uiten van gedachten, gevoelens en eventueel ongenoegen meer te doen in de nabespreking omdat onderbrekingen tijdens het arrangement zelf de andere cliënten uit de lichaamsgerichte ervaring haalt wat afbraak doet aan het arrangement. Essentieel hierbij is wel dat de cliënt vervolgens in de nabespreking bespreekbaar maakt wat er gebeurde en wat zijn/haar overweging was om te handelen zoals hij/zij deed.

Bij bewegingsgerichte arrangementen hanteert men de 'stop' afspraak met een communicatie protocol wat als volgt verloopt.

Iemand roept stop! -> iedereen bevriest, aandacht centraal. -> cliënt uit spanning of ongenoegen -> cliënt geeft wens aan -> regels? Meerderheid beslist!

Als een cliënt stop roept stopt iedereen dus en gaat de aandacht naar die cliënt. Vervolgens kan deze uiten waarom hij/zij stop roept en aangeven wat hij/zij graag zou willen veranderen. Als deze wens enkel betrekking heeft op zichzelf (bijvoorbeeld: houdt 1m afstand van mij) is deze geldend, zolang de cliënt dit naar tevredenheid van groep en therapeut beargumenteert. Als deze wens betrekking heeft op meerdere personen (bijvoorbeeld: de regel dat je over moet spelen na 3 stappen gezet te hebben) beslist de groep. Als er een meerderheid voor de regel is wordt deze ingevoerd.

Waar nodig stuurt, steunt en structureert de therapeut hier om de communicatie vlot te trekken en op gang te houden maar altijd gericht op eigen verantwoordelijkheid van de groep en het individu.

Bewegingsgerichte PMT in sportcomplex

De arrangementen en behandeling binnen deze context zijn het meest gestructureerd en de structuur hierbinnen is ook als leidraad voor de gehele behandeling te beschouwen. Hierom beschrijf ik deze hier dan ook als eerste. Er is een vaste activiteiten ordening binnen deze context, opgezet vanuit gedragstherapeutische principes, waarbij buiten de persoonlijke doelen uitgegaan wordt van een globaal proces en fasen in behandeling. Dit proces deelt zich op in de volgende vijf verschillende fases:

1. Veiligheid

In deze fase is het van belang dat cliënten kennis leren maken met de groep en PMT als therapie vorm en hiermee vertrouwd maken. Het doel is dat ze zich veilig voelen binnen de groep en van daaruit ook veilig voelen om nieuwe situaties aan te gaan en nieuw gedrag uit te proberen.

2. Grenzen bepalen

Cliënten worden in nieuwe situaties uitgenodigd om te ervaren wat hun grenzen zijn. Waarbij ze zich prettig en onprettig voelen en welke lichaamssignalen hiermee gepaard gaan.

3. Grenzen hanteren

Volgende stap voor de cliënten is om hun grenzen te leren hanteren met behulp van de stop afspraak en het bijbehorende communicatie protocol.

4. Zelfverantwoordelijke zelfbepaling

Als de cliënten vervolgens in staat zijn hun eigen grenzen te hanteren wordt men uitgedaagd om zelfverantwoordelijke zelfbepaling toe te passen. Dit wil zeggen dat men de eigen grenzen bepaalt en hanteert zonder daarbij grensoverschrijdend te zijn of te vermijden. Het doel is dat men de verantwoordelijkheid neemt voor het eigen gedrag en de eigen behandeling en kritisch blijft naar het eigen gedrag en verslavingsgedrag hierin.

5. Zelfverantwoordelijke zelfbepaling in evenwicht met het milieu

De laatste fase is ook het eindstadium van de behandeling waarin de cliënt geacht wordt de zelfverantwoordelijke zelfbepaling dusdanig toe te kunnen passen dat de communicatie met de ander niet stopt en de relatie en het contact gehandhaafd blijft.

De activiteiten ordening is zoals gezegd opgezet zodanig opgezet dat de situaties waarin de cliënten zich volgens de genoemde 5 stappen steeds complexer worden. Met name wat betreft de menselijke dimensies op LECS niveau (Lichamelijk, Emotioneel, Cognitief en Sociaal). Dit zelfde geldt voor de persoonlijke doelen van de cliënten. Concreet leidt dit tot de volgende activiteiten ordening, waarvan een uitgebreidere beschrijving te vinden is in de bijlagen:

1. Fysiek circuit – alleen
2. Recordjacht circuit – tweetallen
3. Trampoline 1
4. Trampoline 2
5. Trampoline 3
6. Ballenregen/bank omhoog/ballen stapelen
7. Badminton
8. Stuitbal

9. Trefbal
10. Jagerbal
11. Basketbal 1
12. Basketbal 2
13. Basketbal 3
14. Blokjesvoetbal
15. Wattenstokken hockey
16. Dweilhockey

Lichaamsgerichte PMT in sportcomplex

Één keer per 2 weken bestaat de PMT sessie in het sportcomplex zoals gezegd uit lichaamsgerichte vormen. Hierbij richt men zich met name op werkvormen waarbij het lichaamsgevoel wordt geoefend. De nadruk ligt hierbij op het voelen van ontspanning en spanning in het lichaam. Het verdragen en/of loslaten van die spanning of gevoelens en het vasthouden van de aandacht op zichzelf en het eigen lichaam. Een ander aspect wat door cliënten veel wordt opgepikt en teruggegeven als leerzaam is radicale acceptatie. Met radicale acceptatie wordt bedoelt het vermogen om te accepteren dat iets wat de cliënt tegenstaat is zoals het is en niet te veranderen valt. Dus dat de cliënt iets toch moet doen of moet verdragen terwijl hij dit eigenlijk liefst niet zou willen. Cliënten hebben hier bij aanvang veel moeite mee en dit concept roept dan ook veel spanning en frustratie op waarbij men zich ergens aan probeert te onttrekken door niet mee te willen doen of het conflict op te zoeken. Als het niet naar de zin gaat gooit men 'de kont tegen de krib' als het ware. De werkvormen worden altijd gestart met het nagaan van hoe men erbij zit/licht/staat en hoe men de omgeving ervaart. Als hierin iets stoort of spanning oproept is de vraag dit te veranderen indien mogelijk en anders radicaal te accepteren. Met name deze radicale acceptatie van iets wat onaangenaam is maar moet wordt door cliënten vaak teruggegeven als leerzaam en een verandering ten opzichte van vroeger gedrag waarin men vluchtte van onaangename gevoelens of bezigheden.

De werkvormen binnen deze behandelvorm bestaan uit adem en ontspanningstherapie oefeningen afkomstig van 'van Dixhoorn,J (1998)'. Daarnaast wordt er soms ook gewerkt met werkvormen waarbij fysieke inspanning wordt afgewisseld met ontspannen in rug lig en werkvormen geïnspireerd op Pesso therapie. In tegenstelling tot de bewegingsgerichte activiteiten is er geen duidelijke opbouw en kiest de PMT'er naar eigen inzicht oefenvormen uit het bovengenoemde boek of eigen repertoire voor de sessies.

De interventies van de PMT'er zijn hierbij vooral gericht op het stimuleren van deelname aan de werkvormen en vasthouden van de aandacht. In de nabespreking worden vervolgens de gedachten en gevoelens die de oefening opriepen geïnventariseerd. Soms wordt hier ook betekenis aan verleend maar de hoofdzaak is gericht op het er laten zijn van deze gevoelens en gedachten, ze verdragen en vervolgens te accepteren.

De belangrijkste interventie ligt echter in het consequent herhalen van de werkvormen. Dit is gebaseerd op het leertheoretische gedachtegoed dat er zodoende een trainingseffect ontstaat en cliënten vaardiger worden in het richten van de aandacht op zichzelf, het voelen van spanning en wat deze spanning betekent en waar mogelijk het verminderen van deze spanning of accepteren en verdragen ervan.

PMT in het zwembad

Iedere maandag volgt de jongerengroep gedurende één uur een groepssessie PMT in het zwembad 'De sprank' te Venray. Dit uur bestaat normaliter uit de eerste 5 minuten vrij bewegen in het zwembad, vervolgens 30 minuten werken gevolgd door 10 minuten vrij zwemmen en afsluitend 15 minuten lichaamsgericht werken in het bubbelbad.

De hoofdmoot van het programma, namelijk de 30 minuten werken worden naar inzicht van de PMT'er wisselend bewegingsgericht of lichaamsgericht ingevuld. De opzet is hierbij dat activiteiten wisselend gebaseerd zijn op alle thema's die ook in de observatie aan bod komen. Alhoewel het binnen de activiteiten niet altijd mogelijk is om thema's zuiver van elkaar te scheiden. In overeenstemming met het werken in de zaal wordt er echter voornamelijk ingezet op zelfgerichte zelfbepaling in evenwicht met de omgeving. Hierbij kwamen tijdens mijn stage voornamelijk de volgende 3 soorten activiteiten aan bod.

1. Spelvormen

Hierbij moet worden gedacht aan vormen als waterpolo, korfbal in het water, tienbal en andere wedstrijdvormen in team verband. De aanpak is hierbij hetzelfde als in de zaal met bijbehorende stop afspraak en communicatieprotocol en beslissingsvorm betreffende regels.

2. Activiteiten binnen het thema samenwerken

Hierbij wordt veelal gewerkt in activiteiten waarbij men in tweetallen en soms ook grotere aantallen moet samenwerken. Interventies zijn hierbij vooral gericht op vlot trekken en op gang houden van de onderlinge communicatie en zijn ook gedragstherapeutisch van aard in de zin dat directieven worden gegeven over hoe cliënten zelf de communicatie op gang kunnen houden in evenwicht met hun partner en omgeving. Binnen deze activiteiten komt het thema leiden/volgen ook vaak naar voren bij cliënten.

3. Activiteiten binnen het thema grenzen

Binnen deze activiteiten worden cliënten uitgedaagd in nieuwe situaties waarbij de nadruk ligt op het bepalen van de eigen grenzen en deze vervolgens hanteren in evenwicht met de omgeving. Dit houdt in dat dus ook wordt gelet op grensoverschrijdend gedrag naar de ander toe. Interventies zijn met name gericht op het uitdagen van de cliënt en duiden van gevoelens die de activiteit oproept en gedrag van de cliënt. Deze activiteiten raken voor veel cliënten vaak ook aan het thema vertrouwen in de zin van in hoeverre zij vertrouwen op zichzelf en/of op de ander.

Eindtermen

Aan de hand van de eindtermen communiceert de therapeut naar de rest van het multidisciplinair team en de hoofdbehandelaar wanneer een cliënt volgens hem zijn proces binnen de PMT behandeling heeft voltooid. Toch toen ik mijn mentor vroeg naar de eindtermen van de PMT viel het even stil. Nu is het binnen de kliniek ook zo dat in principe de cliënt in overleg met de hoofdbehandelaar bepaalt wanneer de behandeling voltooid is. De hoofdbehandelaar op zijn beurt overlegt hierin met het multidisciplinair team, maar het zijn de hoofdbehandelaar en cliënt die bepalen. De PMT speelt hierin met name een adviserende rol.

Toch zijn er uit de reeds losgekomen informatie wel degelijk eindtermen te vinden. In de opzet van mijn mentor zijn de PMT eindtermen namelijk tweeledig:

- Enerzijds de persoonlijke doelen van de cliënt en of deze naar tevredenheid van cliënt en psychomotorisch therapeut zijn behaald.
- Anderzijds het in staat zijn tot zelfgerichte zelfbepaling in evenwicht met de omgeving.

De eindtermen bestaan dus uit een persoonsgebonden gedeelte in de vorm van de persoonlijke doelen, maar ook uit een algemeen stuk wat men binnen de PMT voor iedereen tracht te bewerkstelligen.

Rationale

Voor de rationale van de behandelvormen put ik uit het interview met mijn stagementor Theo Jaspers (zie bijlage) daar deze het product ook in de lijn van zijn rationale's heeft opgezet.

Rationale bewegingsgericht in de zaal:

"De rationale is dat de arrangementen ingrijpen op bepaalde thema's en de cliënt hierbinnen in 5 stappen komt tot zelfbepaling in evenwicht met het milieu. Hierbij wordt de context in toenemende mate complex, in de zin dat er meer gevraagd wordt op de aspecten van LECS. Men werkt altijd op het spanningsveld van radicaal accepteren en/of veranderen van de context en/of het gedrag".

Rationale lichaamsgericht:

"Rationale is dat cliënten gebruiken om niet te voelen. Ze willen anders voelen met behulp van een middel. Het idee is dat als ze leren bewust te zijn van wat ze voelen en wat de betekenis is dat ze daar anders mee om kunnen gaan".

Voor de sessies PMT in het zwembad gelden dezelfde rationale's, maar de context van het water voegt wel een extra aspect toe.

Rationale van PMT in het zwembad:

"Binnen lichaamsgericht werken maakt de andere context dat men zich meer op het eigen lichaam kan richten en specifieker het eigen lichaam kan voelen en beleven. Hierbij kan men ook met relatief kleine instructies andere lichaamservaringen doen".

"Binnen bewegingsgericht werken sta je meer in relatie tot de context. Je staat meer bloot. Hierbij maakt de context tevens dat bijv. B clusters worden afgeremd door het water en C clusters meer worden uitgedaagd door de context van het water, het zwemmen met cliënten van de andere sekse en het aanwezig zijn in badkleding. Enerzijds komt vaak het spelen/stoeien meer tot zijn recht omdat mensen zich veiliger voelen. Anderzijds hebben sommige cliënten een hoop angst gevoelens/gedachten bij het zwemmen. Met hen wordt dan een plan afgesproken om stapsgewijs deel te gaan nemen aan de activiteiten, angsten onder ogen te zien en gedachten en verwachtingen op de proef te stellen.

3. Interview en vragenlijsten

Interview met stagementor:

Op dinsdag 10 mei 2011 heb ik een interview met betrekking tot deze scriptie gehouden met mijn mentor (zie bijlage). In eerste instantie was dit strikt bedoeld voor het vormen van hypothesen over de veronderstelde werking en effecten van het behandelproduct. Hoewel het interview hier nog steeds enig zicht op geeft is het gaandeweg meer gebruikt om meer duidelijkheid te krijgen in hoe het product in elkaar zit en wat daar de gedachte achter zijn.

Hierbij kwam naar voren dat de uitgangspunten voor hem in de behandeling het beweging en lichaamsbewustzijn in relatie tot de verslaving zijn. Binnen PMT wordt er gericht op het signaleren en bewustzijn hiervan en ontwikkelen van adequate coping. De signalen die leiden tot terugval zijn hierin ook specifieke aandachtspunten.

Het milieutherapeutische karakter van de instelling beïnvloedt hierin ook de PMT. Dit in zoverre dat het een groepsbehandeling is met de therapeut als mededeelnemer vanuit een echte, invoelende en empathische attitude die de onderlinge communicatie tussen groepsleden op gang houdt en vlot trekt. Hierbij zet de therapeut de groep neer in arrangementen waarbij het doel is dat iedere cliënt een crisis voelt die voor hem/haar behapbaar is, zodat het ego versterkt wordt en adequate coping ontstaat. De PMT behandeling is buiten de milieutherapie ook gebaseerd op gedragstherapie en groeimodellen, waarbij de nadruk ligt op het opbouwen van ego en vaardigheden in een veilige omgeving. Het stop protocol speelt hierin een belangrijke rol voor de veiligheid van cliënten en het leren aangeven, hanteren en respecteren van grenzen.

Ook werden de rationales besproken die reeds aan bod zijn geweest in deze scriptie. Verder gaf mijn mentor aan bij veel cliënten een gelijksoortige ontwikkeling te zien: *“het uiteindelijk meer zichzelf kunnen zijn en eigen verantwoordelijkheid dragen, binnen en in evenwicht met het milieu. Hierin zie ik dat ze zich ontwikkelen van afzetten tegen de ander en verantwoordelijkheid bij de ander naar verantwoordelijkheid bij zichzelf en in evenwicht met de ander en zichzelf.”*

De verschillen tussen de verschillende contexten van het water en bewegingsgericht en lichaamsgericht kwamen ook naar voren. Hierbij valt op dat het bewegingsgerichte aanbod in de zaal veel meer gestructureerd is opgebouwd. Het water daarbij brengt echter een nieuwe beleving teweeg van geremd en opgevangen worden en in badkleding zijn in nabijheid van andere cliënten en van de andere sekse.

De werkzame factor in dit alles is volgens mijn mentor: *“Het bewust worden van bewegings en lichaamssignalen en een andere adequate coping eigen maken.”*

Wel is er naar zijn eigen inzicht ruimte voor enige verbetering in de ‘monitoring’ van de behandeling wat betreft voor en na metingen en meetbare doelen. Deze doelen wil hij ook meer koppelen aan lichaamssignalen. Als laatste wordt ook de discipline en doelgerichtheid ten opzichte van de behandeling genoemd.

Ervaringen van de cliënten

Voor het meten van de ervaringen van de cliënten heb ik gebruik gemaakt van een anonieme vragenlijst. Deze vragenlijst is een aangepaste versie van de 'GGZ thermometer' vragenlijst die binnen GGZ Nederland gebruikt wordt om de algemene klanttevredenheid te meten. Voor de vragenlijst zelf met de vermelding van alle antwoorden verwijs ik u naar de bijlagen. Op het moment van de meting is het een vrij rustige tijd geweest binnen de jongerengroep in de zin van nieuwe groepsleden. Er zijn op dat moment 6 groepsleden waarvan enkele al langere tijd in behandeling zijn en anderen zitten nog in de MD fase. 6 groepsleden hebben uiteindelijk dus de vragenlijst kunnen invullen.

De vragen zijn opgedeeld in 4 categorieën ja/nee vragen, een cijfer beoordeling en enkele open vragen met betrekking tot werkzame punten en verbetermogelijkheden.

De eerste categorie is 'waardering informatie' met 3 vragen over de informatie die de cliënt heeft gekregen over behandel en begeleidingsmogelijkheden, de aanpak hiervan en te verwachten resultaat. Hierbij beantwoordt 1 cliënt 'nee' op de vragen of er voldoende informatie was over behandeling en begeleidingsmogelijkheden en resultaat en 'ja' op de informatie over de aanpak. Alle andere cliënten geven een 'ja' op alle 3 de vlakken.

Wat betreft de waardering van de inspraak op de behandeling zijn er lichtelijk meer 'nee' antwoorden, maar de meerderheid is positief over de eigen inspraak die ze hebben.

De derde categorie is de waardering van de PMT'er. Hierin zijn alle cliënten unaniem positief in de antwoorden op alle vragen. De laatste categorie is waardering van het resultaat van de behandeling en begeleiding. Hierin worden bijna alle vragen door de meerderheid met 'ja' beantwoordt. Bij de vraag of men door de behandeling beter in staat is om dingen te doen die men belangrijk vindt is het echter een gelijke verdeling tussen 'ja' en 'nee' antwoorden. Wat opvalt aan deze en andere antwoorden beantwoordt met 'nee' is dat het steeds 3 dezelfde cliënten betreft. 2 hiervan geven aan pas net in behandeling te zijn en één van de cliënten geeft aan al 8 maanden in behandeling te zijn.

Bij de cijferbeoordeling is men over het algemeen vrij positief. PMT scoort 4x een 9, 1x een 8 en 1x een zes. Één cliënt die een 9 geeft noteert hier echter bij dat deze geldt voor het zwemmen en is met een 5 minder positief over lichaamsgericht en bewegingsgericht in de zaal. De zes is hierbij een beoordeling door de cliënt die reeds 8 maanden in behandeling is en bij de waardering van het resultaat ook meermaals 'nee' antwoordde. Blijkbaar was 1 cliënt in behandeling niet tevreden over de PMT behandeling.

4 cliënten geven verder aan dat PMT heeft bijgedragen aan hun behandeling. Één cliënt die net in behandeling zegt te zijn geeft aan dat dit nog niet het geval is. Dezelfde langere tijd in behandeling zijnde cliënt die een 6 gaf geeft aan dat PMT niet heeft bijgedragen aan de behandeling. Hierna noemt deze cliënt echter radicaal accepteren als iets belangrijks wat ze van PMT meeneemt en hem/haar heeft geholpen.

In de uitgebreidere vermelding van de vragenlijst in de bijlagen is verder te zien hoe lang de verschillende cliënten in behandeling zijn en welke voornaamste leerpunten van zichzelf en verbeterpunten van de PMT behandeling men noemt.

Eigen mening:

Het meest memorabele aan de PMT behandeling binnen de jongerengroep vind ik steeds weer de omslag in de omgang met grenzen en in de houding van de jongeren.

Het centrale doel zelfbepaling in evenwicht met de omgeving en het spanningsveld tussen verdragen en radicaal accepteren zijn hierin volgens mij zeer sterke factoren.

Daarbij vind ik met name het bewegingsgerichte gedeelte in de zaal erg sterk. Mede de doordachte opbouw en structuur van complexiteit in contexten, de duidelijk benoemde rationales en de strakke interventies. Ook al blijft er altijd ruimte om waar nodig van het vaste programma of de vaste volgorde af te wijken. Het gebruik daarbij van het whiteboard om cliënten te bewegen om voor en na een sessie bewust bezig te zijn met hun persoonlijke doelen blijkt vaak ook een handig middel om mensen in proces te krijgen/houden en om te signaleren wanneer iemand dit niet is.

Hetzelfde expliciet en concreet bezig zijn met persoonlijke doelen mis ik echter binnen PMT in het zwembad. Hier geschiedt eigenlijk geen voor dan wel nabespreking van doelen. Alhoewel er wel gewerkt wordt en geïntervenieerd wordt en soms 1 op 1 met de cliënten zaken besproken worden. Hierdoor mist zwemmen voor mijn gevoel voor de cliënten soms een zekere therapeutische lading die er in de zaal wel is. Dit zie ik ook bevestigd in de vragenlijst waarbij 1 cliënt zwemmen expliciet loskoppelt als anders en leuker dan het werk in de zaal.

Toch is hier echter wel alle ruimte voor in het zwembad naar mijn idee. Zo zit men op het eind van iedere sessie in het zwembad gedurende 10-15 minuten in het bubbelbad, waarbij een gedeelte van die tijd gebruikt wordt voor oefeningen omtrent aan en ontspannen. De overige tijd zou zich volgens mij prima lenen voor een nabespreking met betrekking tot de persoonlijke doelen.

Binnen het lichaamsgericht werken is er ook wel degelijk sprake van duidelijk doelgericht werken wat betreft de persoonlijke doelen die ook besproken worden alsmede een duidelijke rationale. Hier mis ik echter dezelfde doordacht opgezette lijn in activiteiten als die er is bij het bewegingsgericht werken om naar die rationale toe te werken. Er wordt met behulp van de van perso afgeleide oefeningen en oefeningen van Van Dixhoorn,J(1998) wel degelijk goed gewerkt. Maar er lijkt geen vooropgezette opbouw in het hier naar toe werken die voor mijn gevoel het bewegingsgerichte aanbod juist zo effectief maakt.

Daarbij lijkt het lichaamsgericht werken binnen de jongerengroep aan een ernstig imagoprobleem te leiden. Men lijkt zichzelf te stoer of te ruig te achten om eraan toe te geven, mogelijk speelt de ontwikkelingsfase van de jongeren hierin ook een rol. De eigen identiteit wordt gedeeltelijk nog bepaald en de mening van de groep is vaak nog sterk bepalend voor de eigen mening. Hier stoot men vaak tegenaan binnen de therapie. Zelfs wanneer men zich binnen de context van PMT er voor open stelt en ervaart dat het voor hen werkt bestaat er nog een grote weerstand tegen het toepassen van geleerde vaardigheden buiten de PMT. Binnen de opzet van het lichaamsgericht werken zou het volgens mij heilzaam zijn om ook deze weerstand en stoerheid tegen het open stellen voor lichaamsgericht werken aan te pakken binnen PMT. Dit zou volgens mij de werking van het lichaamsgericht werken zelf sterk kunnen verbeteren.

Als laatste is de algemene eindterm van zelfgerichte zelfbepaling in evenwicht met de omgeving volgens mij weinig concreet en meetbaar. Een gevoelsmatig oordeel of iemand hiertoe in staat is volgens mij goed mogelijk. Maar voor een 'evidence based' product of wetenschappelijke

resultaatmeting is het voorgeschreven dat een eindterm concreet meetbaar moet zijn en ook concreet en toetsbaar moet zijn wanneer iemand hier aan voldoet. Hierin doet volgens mij deze eindterm tekort. Want wanneer maakt iemand zijn beslissingen zo dat men zelf volledig tot zijn recht komt? Hoe wordt dat bepaald? Wanneer is dit voldoende in evenwicht met de omgeving en wat is hierin voldoende?

4. Conclusie

In deze scriptie heb ik het standaard behandelproduct van de PMT voor de behandelgroep jongeren van Paschalis beschreven volgens het daartoe opgestelde Format van de FVB. Hierbij heb ik ook de onderliggende behandeltheorieën en principes besproken alsmede de opzet en structuur van behandelvormen en de visie van zowel de cliënten als mijn stagementor en mijzelf hierover.

Dit alles met als doel een productbeschrijving en een antwoord om mijn hoofdvraag:

Waaruit bestaat precies het standaard behandelproduct van de PMT binnen de behandelgroep jongeren van de verslavingskliniek en op welke principes en theorieën berust deze?

Samengevat vindt de behandeling plaats in verslavingskliniek Paschalis welke zich baseert op milieutherapie. Het standaard PMT behandelproduct voor de jongeren groep is gebaseerd milieutherapie, gedragstherapie en groeimodellen. De behandeling duurt 3 tot 9 maanden gedurende 2 keer per week met als prototype werkvorm focaal inzichtgevend tot inzichtgevend plus. De indicaties voor plaatsing in deze behandelgroep waren duidelijk uitgespitst, de contra indicaties daarentegen niet.

De doelen worden vastgesteld met behulp van een observatiemodule welke al eerder is beschreven, de Boer, J(2007).

Het behandelproduct bestaat dus uit 2 PMT sessies per week, waarvan één in het zwembad en de ander in het sportcomplex. In het sportcomplex is er daarbij een duidelijke afwisseling in lichaamsgericht en bewegingsgericht werken.

Dit alles is gericht op het centrale doel van zelfgerichte zelfbepaling in evenwicht met de omgeving. Hieraan werkt men in 5 opeenvolgende stappen zijnde:

1. Veiligheid
2. grenzen bepalen
3. grenzen hanteren
4. zelfverantwoordelijke zelfbepaling.
5. Zelfverantwoordelijke zelfbepaling in evenwicht met milieu.

Hierbinnen wordt echter ook gewerkt aan persoonlijke doelen die aan de hand van de observatiemodule zijn gesteld.

Dit geheel is gebaseerd op milieutherapeutische en gedragstherapeutische theorieën alsmede groeimodellen en het opbouwen van ego en vaardigheden in een veilige omgeving. Deze wordt gerealiseerd door een echte empathische attitude van de therapeut die in positie wisselt tussen mede groepslid en leraar/vader rol en de strikte handhaving van het 'stop!' communicatie protocol.

Hierin missen naar mijn mening zoals hiervoor nader uitgelegd het lichaamsgericht werken in het sportcomplex en de PMT in het zwembad enigszins de strak doordachte en uitgezette opzet die er is bij het bewegingsgericht werken in de zaal. Verder is de algemene eindterm weinig concreet en zal naar mijn mening problematisch blijken bij een mogelijke resultaatmeting in de toekomst.

Afsluitend is met deze productbeschrijving en optekening van hypothesen met betrekking tot werkzaamheid en werkzame factoren voldaan aan een vraag vanuit de stage instelling. Hopelijk is deze verder ook nog van nut bij verder wetenschappelijk onderzoek naar de werkzaamheid van PMT binnen de instelling waar men momenteel mee bezig is.

Nawoord

Door het schrijven van deze scriptie heb ik meer zicht gekregen op het methodisch werken naar een eindterm en het belang van rationales in het wel of niet 'werken' van arrangementen.

Daarbij heb ik ook van dichtbij mogen ervaren hoe jonge mensen binnen een tijdsbestek van verschillende maanden een enorme verandering in gedrag, houding en gedachtegoed mee maakten en de verschillende fasen waarin men dit deed. Hierin bleek voor mij dat vrijwel iedereen in staat is tot veranderen zolang men zich veilig genoeg voelt en voldoende motivatie bezit.

Als therapeut heb ik mogen ervaren hoe belangrijk dit basisgevoel van veiligheid is in therapie en hoe dit behouden en versterkt wordt door het werken binnen de kracht en mogelijkheid van de cliënt totdat het als het ware verinnerlijkt wordt. Confrontaties waren hierbij ook vaak nodig en het was openbarend om te zien hoe een empathische attitude en onvoorwaardelijke acceptatie van iemands gevoelens een confrontatie kan maken tot belangrijke leermomenten in plaats van conflict.

Door het mijzelf hierin ook bekwamen en ontwikkelen merkte ik dat cliënten steeds opener werden naar mij toe en zelfs zeer gesloten over assertieve persoonlijkheden zich na verloop van tijd kwetsbaar op durfden te stellen en durfden te veranderen.

Als laatste wil ik ook mijn stagementor Theo Jaspers bedanken voor zijn tomeloze inzet en steun in het begeleiden van mij tijdens mijn eindstage. Mijn scriptiebegeleider Mia Scheffers voor haar scherpe feedback en spellingscontrole die ik zodra ik een mail verstuurde al bijna weer binnen had. De PMT collega's van mijn stagementor Joost de Boer voor het beschikbaar stellen van zijn scriptie ter informatie en Kees van den Bos voor het voorzien van het FVB format voor productbeschrijving.

Bronvermelding

- American Psychiatric Association(2010), *DSM-IV TR*, Washington: American Psychiatric Association.
- De Boer, J(2007), *Waarom gebruik ik*, Zwolle: Scriptie BA-PMT.
- Janzing, C. Kerstens, J(2009), *Werken in een therapeutisch milieu*, Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Jaspers ,T(2011), 'Activiteiten PMT Paschalis', Venray: Vincent van Gogh GGZ
- Van der Beek, R(2008), *Format product beschrijving*, Federatie Vaktherapeutische Beroepen(FVB).
- Van Dixhoorn, J(1998). *Ontspanningsinstructie*, Maarssen: Elsevier.
- van Hattem,M. Hutschemakers, G(2007), *In beweging*, Utrecht: Trimbos instituut.
- Vincent van Gogh GGZ(20 januari, 2011), opgevraagd op 20 januari 2011, van <http://www.ggznm.nl/ggz/pid-161-taalkeuze-1/Welkom+bij+GGZ+Noord--en+Midden-Limburg/Verslavingszorg///Verslavingskliniek+Paschalis.html?opt=1>

Activiteiten PMT Paschalis

PMT uitgangspunten en situaties.

Fasen van behandeling/proces tevens items van reflectie op basis van individuele doelen:

6. Veiligheid
7. grenzen bepalen
8. grenzen hanteren
9. zelfverantwoordelijke zelfbepaling.
10. Zelfverantwoordelijke zelfbepaling in evenwicht met milieu.

Afspraken:

1. Stopregel met communicatie protocol
2. Waar nodig clinical management: sturen, steunen en structureren, maar altijd gericht naar eigen verantwoordelijkheid. .

Aktiviteiten:

Aktiviteiten ordening vanuit gedragstherapeutische principes, situaties worden complexer, tav menselijke dimensies (lichamelijke, psychische, cognitieve en sociale) vertaald in PMT thema's waarbinnen doelen geformuleerd zijn (Wordt geïnventariseerd binnen observatie/indicatie periode) .

1. Instrumentele sensibiliteit
2. sociale sensibiliteit
3. kracht/agressie
4. Vertrouwen
5. ruimte
6. lichaamsbeleving
7. ontspanning.

Concrete activiteiten.

1. fysiek Circuit - Stationsorganisatie in 2-tallen, individuele telling, gericht op lichamelijke prestatiegeschiktheid. Strategische interventie Pushen/stimuleren/uitdagen/reflecteren. Attitude sportleider, gespreksleider.
2. Recordjacht Circuit – spelen stationsorganisatie in 2 tallen, samen optellen, gericht op zoveel mogelijk punten scoren, Strategische interventie Pushen/stimuleren/uitdagen/reflecteren. Attitude sportleider,. gespreksleider .
3. Trampoline- kader gedragstherapeutisch, stap voor stap, verhogen competentie. Strategische interventie: uitleggen, instrueren, uitdagen en begrenzen, observeren, reflecteren. Attitude: leraar. gespreksleider .
4. Trampoline – Zie 3
5. Trampoline – Spelen met geleerde. Strategische interventie: veiligheid en grenzen in de gaten houden. Uitdagen, begrenzen Attitude: leraar. gespreksleider
6. Ballenregen/bank omhoog/ ballen stapelen – Vak leeg houden, Zo veel mogelijk ballen in handen stapelen, zo hoog mogelijk klimmen, anderen bank omhoog houden. Strategische interventie: vorm uitleggen, uitdagen, begrenzen, signaleren, confronteren observeren, en reflecteren. Attitude: sportleider, groepsgenoot, gespreksleider

7. Badminton 4 velden, Instructie basis vaardigheden, roulatiesysteem 2 tallen of move up move down systeem. Strategische interventie: instrueren, organiseren, observeren, reflecteren Attitude: gym leraar, gespreksleider
8. Stuitbal: 2 groepen, tennisveld en net. Grote stuitbal. Iedere kant max. 3 maal stuiten, met hele lijf spelen, niet vasthouden. Volleybal telling. Samen overleggen, tactiek, Strategische interventies: uitleggen, organiseren, observeren, begin tellen, later niet meer tellen. Scheidsrechter. Gespreksleider. Attitude: bewaker afspraken.
9. Trefbal: vakken, Amerikaans, Kasten. Afwerpen. Tactiek bespreking. Strategische interventies: uitleg, overleg, Observeren, reflecteren. Attitude groepsgeenoot, verantwoordelijkheid laten t.a.v. regels.
10. Jagerbal: Iemand is 'm, niemand is hem. Jager-hond, banken jagerbal. Overleg. Strategische interventies: Uitleg, organiseren, motiveren, stimuleren, verantwoordelijkheid laten t.a.v. regels. Observeren, Reflecteren, Attitude: groepsgeenoot, gespreksleider.
11. Basket 1 Oef. Vaste "man to man" dekking, 2 tallen op basis van mogelijkheden, spreken af of ze samen rennen of lopen. Strategische interventies, uitleggen, regels uitleggen, verantwoordelijkheid voor uitvoering regels geleidelijk bij mensen laten. Attitude:
12. Basket 2 Zie 11 maar met ruimte dekking.
13. Basket 3 Als 11 en 12 met afspraken door teams hoe ze spelen. Strategische interventies, elke verantwoordelijkheid bij groep laten. Duiden, gesprek op gang houden
14. Blokjesvoetbal; Eerst blokjes indiv., dan 2 tallen en daarna 2 groepen. Uitleg regels Strategische interventies, elke verantwoordelijkheid bij groep laten. Duiden, gesprek/spel op gang houden.
15. Wattenstokken hockey Eerst blokjes indiv., dan 2 tallen en daarna 2 groepen Strategische interventies, elke verantwoordelijkheid bij groep laten. Duiden, gesprek/spel op gang houden
16. Dweilhockey: 2 groepen. Strategische interventies, elke verantwoordelijkheid bij groep laten. Duiden, gesprek/spel op gang houden

Vragenlijst cliëntwaardering van PMT behandeling

I.	Waardering informatie	Nee	Ja
1.	Heeft u voldoende informatie gekregen over de behandel en begeleidingsmogelijkheden binnen PMT?	1x	5x
2.	Heeft u voldoende informatie gekregen over de aanpak van uw behandeling of begeleiding?		6x
3.	Heeft u voldoende informatie gekregen over wat u kon verwachten als resultaat van de behandeling of begeleiding?	1x	5x

II.	Waardering inspraak	Nee	Ja
4.	Kon u meebeslissen over de behandeling of begeleiding die u zou krijgen?	2x	4x
5.	Is er een behandel of begeleidingsplan gemaakt?	1x	5x
6.	Heeft u ingestemd met het behandel of begeleidingsplan?	1x	5x

III.	Waardering Psychomotorisch therapeut	Nee	Ja
7.	Vond (vindt) u de PMT'er voldoende deskundig of goed in zijn vak?		6x
8.	Kon (kunt) u de PMT'er voldoende vertrouwen?		6x
9.	Toonde (toont) de PMT'er voldoende respect voor u?		6x
10.	Vond (vindt) u de PMT'er voldoende geïnteresseerd in u en uw mening?		6x

IV. Waardering resultaat behandeling of begeleiding.		Nee	Ja
11.	Werd (wordt) het behandeling of begeleidingsplan naar wens uitgevoerd?		6x
12.	Vond (vindt) u de behandeling of begeleiding de juiste aanpak voor uw problemen?	1x	5x
13.	Heeft u door de behandeling of begeleiding meer op uw problemen gekregen?	1x	5x
14.	Bent u door de behandeling of begeleiding voldoende vooruit gegaan?	2x	4x
15.	Bent u door de behandeling of begeleiding beter in staat om dingen te doen die u belangrijk vindt?	3x	3x
16.	Kunt u door de behandeling of begeleiding beter omgaan met mensen of situaties waar u eerder problemen mee had?	2x	4x

17. Welk rapportcijfer zou u geven aan de standaard PMT behandeling of begeleiding

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
					1x		1x	4x	

18. Heeft PMT wel of niet bijgedragen aan uw behandeling?

Wel: 4x Nee: 2x (1 keer met vermelding: 'Nog maar net met PMT bezig)

19. Hoe heeft PMT wel of niet bijgedragen aan uw behandeling?

Genoemde zaken:

- zelfvertrouwen en mijn grenzen aangeven
- Door rust
- Inzicht gekregen in mijn agressie
- Radicaal accepteren

20. Zijn er volgens u verbeterpunten?

2x nee, 4x ja

genoemde zaken:

- PMT in de zaal kan leuker.
- Meer rust.
- Minder lichaamsgericht.

21. Wilt u als laatste nog aangeven hoelang u momenteel in behandeling bent?

2 maanden(2x), 6^e week, 7 ½ maanden, 8 maanden (2x)

Interview met stagementor, 10 mei 2011

Hoelang werkt u al als PMT'er met de behandelgroep jongeren van Paschalis?

3 jaar.

Wat is voor u de essentie van PMT?

Bewegings en lichaamsbewustzijn.

Wat is voor u het uitgangspunt van PMT in de verslavingszorg?

Bewegings en lichaamsbewustzijn in relatie tot verslaving. Dit zit hem in bewegings en lichaamssignalen ter attentie van terugval. Binnen PMT gaat het om het signaleren en bewustzijn hiervan en hier adequaat mee omgaan (adequate coping).

Wat zijn voor u specifieke aandachtspunten in de behandeling?

De betekenis van de signalen die leiden tot terugval. Mensen komen in situaties en worden zich bewust van signalen die ze ook hebben bij terugval en wat is daar de betekenis van? Is het verkeerde gewoonten/trauma/stoornis/ inadequate betekenisverlening/....?

In hoeverre beïnvloedt de milieutherapeutische visie van de instelling uw handelen?

In zoverre dat het een groepsbehandeling is. Dat mensen vooral van elkaar leren. Waarbinnen ik ook deelnemer ben en zorg dat de communicatie op gang blijft. Dat doe ik door het aanbieden van arrangementen, waarbij ieder een (behapbare) crisis voelt en bewust is van het eigen handelen en oplossingen vindt zonder middelen. Van belang is dat een crisis behapbaar is zodat het ego versterkt wordt en dus adequate coping versterkt wordt/ontstaat.

Welke behandeltheorieën liggen uzelf het meest en past u het meeste toe?

Milieutherapeutische, gedragstherapeutische en groeimodellen. Het opbouwen van ego en vaardigheden in een veilige omgeving, waar men grenzen kan hanteren en bepalen. Wat uiteindelijk leidt tot zelfverantwoordelijke zelfbepaling die in evenwicht is met het milieu.

Wat is volgens u de meerwaarde van PMT in de totale behandeling?

PMT is een context die manipuleerbaarder, waarin situaties neergezet kunnen worden die binnen de kliniek niet passend zijn en die meer bewegings en lichaamsgeoriënteerd zijn. Dit maakt dat het spectrum waarbinnen geoefend wordt en de aspecten van het mens zijn die aan bod komen verbreedt wordt. Met de nadruk op lichaams en bewegingsgeoriënteerde aspecten.

Zijn er overeenkomsten in de ontwikkeling of het proces dat u cliënten door ziet maken binnen de PMT?

Ja, het uiteindelijk meer zichzelf kunnen zijn en eigen verantwoordelijkheid dragen, binnen en in evenwicht met het milieu. Hierin zie ik dat ze zich ontwikkelen van afzetten tegen de ander en verantwoordelijkheid bij de ander naar verantwoordelijkheid bij zichzelf en in evenwicht met de ander en zichzelf.

Waarin onderscheidt volgens u de PMT behandeling zich van andere vormen van behandeling?

Het ingrijpen op en werken met vormen van bewegings en lichaamsbewustzijn.

Door welke overwegingen laat u zich leiden bij het doen van een interventie of neerzetten van een arrangement?

Ik intervenieer op het moment dat ik zie dat de communicatie stagneert of men de uitdaging niet meer kan hanteren met het oog op het vlot trekken van de communicatie en/of het hanteerbaar maken van de uitdaging. Dat gaat dan via het verkennen/herkennen/erkennen enerzijds en het bewust worden de situatie anderzijds.

Is er een vaste lijst of volgorde van arrangementen en wat is de rationale hiervan?

Voor het bewegingsgerichte aanbod in de zaal is er een vaste lijst van arrangementen (zie document Jaspers, T (2011) in de bijlagen). Voor het lichaamsgerichte aanbod in het sportcomplex en PMT in het zwembad niet. De rationales zijn als volgt:

Rationale bewegingsgericht in de zaal:

“De rationale is dat de arrangementen ingrijpen op bepaalde thema’s en de cliënt hierbinnen in 5 stappen komt tot zelfbepaling in evenwicht met het milieu. Hierbij wordt de context in toenemende mate complex, in de zin dat er meer gevraagd wordt op de aspecten van LECS. Men werkt altijd op het spanningsveld van radicaal accepteren of veranderen”.

Rationale lichaamsgericht:

“Rationale is dat men gebruikt om niet te voelen wat ze voelen. Ze willen anders voelen met behulp van een middel. Het idee is dat als ze leren bewust te zijn van wat ze voelen en wat de betekenis is dat ze daar anders mee om kunnen gaan”.

Voor de sessies PMT in het zwembad gelden dezelfde rationale’s, maar de context van het water voegt wel een extra aspect toe.

Rationale van PMT in het zwembad:

“Binnen lichaamsgericht werken maakt de andere context dat men zich meer op het eigen lichaam kan richten en specifiek het eigen lichaam kan voelen en beleven. Hierbij kan men ook met relatief kleine instructies andere lichaamservaringen doen”.

“Binnen bewegingsgericht werken sta je meer in relatie tot de context. Je staat meer bloot. Hierbij maakt de context tevens dat bijv. B clusters worden afgeremd door het water en C clusters meer worden uitgedaagd. Ook komt het spelen/stoeien meer tot zijn recht omdat mensen zich veiliger voelen.”

Welke attitude(s) hanteert u bij het aanbieden van de arrangementen en waarom?

In eerste instantie en ik mede groepslid vanuit een empathische, invoelende en echte attitude. Omdat je dan kunt voorleven, een voorbeeld kunt zijn en omdat daarin een onvoorwaardelijke acceptatie zit. Iemand is zoals ie is. Ik wissel ook met een leraar/vader rol waarbij ik aanwijzingen geef omdat ik dan mogelijke alternatieven kan aanreiken, maar altijd in het kader van voorstellen. Ook om grenzen te kunnen stellen in het kader van veiligheid.

Waarin verschillen het bewegingsgerichte en lichaamsgerichte in de zaal en het zwembad van elkaar?

In de regel wordt in het zwembad meer 1 op 1 gewerkt wat de meest intensieve vorm van samenwerken is. En het spelende/stoeien komt wat meer tot zijn recht omdat mensen zich veiliger voelen.

Heeft u zelf verbeterpunten in gedachten voor het behandelproduct?

Ja, het concreter en meer meetbaar maken van de doelen (monitoring). Voor en nameting van de

gestelde doelen. Veel meer de discipline en doelgerichtheid centraal stellen ter attentie van de behandeling. Doelen meer koppelen aan lichaamssignalen, deze ook concreter benoemen.

Wat is volgens u de werkende factor van de standaard PMT behandeling?

Het bewust worden van bewegings en lichaamssignalen en een andere adequate coping eigen maken.

Werkblad pmt

Voor- en achter naam: _____ Groep: _____

Leerdoel:

Wat ga je doen om binnen pmt aan je leerdoel te werken?

(geldt voor lichaamsgericht, bewegingsgericht en zwemmen)

Hoe heb je aan je leerdoel gewerkt?

Datum: _____ o- Zwemmen o lichaamsgericht 0 sport - Aktiviteit:.....

Datum: _____ o- Zwemmen o lichaamsgericht 0 sport - Aktiviteit:.....

Datum: _____ o- Zwemmen o lichaamsgericht 0 sport - Aktiviteit:.....

Datum: _____ o- Zwemmen o lichaamsgericht 0 sport - Aktiviteit:.....

Format product beschrijving FVB

Controlelijst bij het schrijven van producten

Hieronder volgt een controlelijst bij het beschrijven van producten. Producten voldoen aan een bepaalde vorm (zie hieronder, eerste kader). Uitgangspunt hierbij is het model van productomschrijvingen zoals beschreven door Van Hattum en Hutschemaekers in *‘Vakwerk, producttyperingen van vaktherapeuten voor het programma stemmingstoornissen’* (2000).

De opbouw van het product wordt als raamwerk aangehouden voor de controlelijst. In de kaders treft u steeds de beschrijvende uitleg per onderdeel van het product zoals beschreven in ‘Vakwerk’. Daarna volgen enkele aandachtspunten ten aanzien van het betreffende productonderdeel. De aandachtspunten zijn een verzameling van ‘tips’ uit de diverse publicaties door de jaren heen over het beschrijven van producten. Dit aangevuld met aanwijzingen die in de loop van de tijd aan diverse productbeschrijvers zijn gegeven als reactie op de door hen ter accordering aangeboden producten bij de Commissie Producten en Modulen Ontwikkeling (CPMO) van de FVB.

Deze controlelijst geeft u handvatten om na te gaan of het door u geschreven product een samenhangend geheel vormt tussen de hulpvraag en het hulpaanbod.

Raamwerk

Naam van het product

Zorgprogramma

Prototype werkvorm

Rationale

Indicaties

Contra-indicaties

Doelen

Interventies:

1. Opbouw en vorm van het product

Een product is een vraag/aanbodcombinatie en geeft een overzicht van het specifieke aanbod bij een specifieke groep cliënten. Hierbij past een beschrijving van de hulpvraag en van het passende hulpaanbod. De hulpvraag wordt beschreven in indicaties, contra-indicaties en doelen.

- Voldoet het product aan de juiste vorm, heeft het product de vereiste onderdelen;
NB:

Bij een goede productbeschrijving zijn de verschillende onderdelen (rationale, indicaties, doelen, interventies, eindtermen) steeds met elkaar te verbinden.

De indicatie (voor wie), de doelen (welke verandering), de interventies (welk aanbod) en de eindtermen (tot welk niveau) vormen de kernonderdelen van een productschema samen met de rationale (waarom?) die de samenhang tussen de onderdelen geeft.

Wanneer er nu bijvoorbeeld een doelstelling is vermeld waarover niets verduidelijkt wordt in de rationale, of wanneer er eindtermen beschreven staan die niet te herleiden zijn tot de doelstellingen, of wanneer er bijvoorbeeld in de rationale werkzame bestanddelen van de therapie beschreven staan zonder dat het een verbinding heeft met de doelstellingen, indicaties, eindtermen dan is er sprake van 'losse eindjes'.

Kijk dan of je nader moet beschrijven en de verbindingen tussen de verschillende onderdelen van het product kunt leggen. Het kan ook zijn dat er geschrapt moet worden of dat het product beter opgedeeld kan worden in twee producten.

Verder is een product een abstracte, gedestilleerde vorm waaruit bijvoorbeeld ook directe praktijkinformatie geschrapt dient te worden.

- Staan de beschrijvingen bij de verschillende onderdelen van het product op de juiste plaats;
- Staan de beschrijvingen van de verschillende onderdelen in een logisch verband tot elkaar;
- Is het een samenhangend geheel; controleer het product op niet-relevante informatie;
- zijn er 'losse eindjes' die bij een bepaald onderdeel geïntroduceerd worden en geen vervolg krijgen.

2. Onderdelen van het product

2.1 Naam van het product

- Heeft het product een naam (evt. doelgroep vermelden);
- Is de titel logisch en dekt het de lading van het product;
- Kan uit de titel opgemaakt worden wat de inhoud van het product is;
- Is de titel compact en kernachtig.

2.2 Zorgprogramma's

- voor welk zorgprogramma is het product geschreven:
(Psychotische stoornissen, stemmingsstoornissen, angststoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, etc);
- Is het product zorgprogramma overstijgend (wanneer een product op een probleem gericht is dat bij meer categorieën patiënten voorkomt, bijv. bij faalangst) dan meerdere zorgprogramma's vermelden.

2.3 Prototype werkvorm

Dit is het type behandeling. Voor een indeling in het type behandeling wordt door het Trimbos-instituut, naar De Jonghe, de volgende categorieën gehanteerd:

1. Steunend

Deze is gericht op het creëren van ontspanning en veiligheid, en het handhaven van het evenwicht. Het doel is niet direct therapeutisch, wel worden therapeutische technieken gebruikt. Een veelheid van methodieken wordt gebruikt om de cliënt tot rust te brengen of om hem enige afstand te geven ten opzichte van zijn klachten.

2. Pragmatisch-structurend

Het doel is gericht op herstel van het evenwicht en het beperken van de invaliderende gevolgen van de stoornis. Pragmatisch is deze therapie omdat daarbij een veelheid van technieken wordt gehanteerd en omdat rekening wordt gehouden met de beperkte tijd en mogelijkheden van de cliënt.

3. Directief-klachtgericht

Deze is gericht op klachtenreductie en heeft doorgaans een kortdurend karakter. Vaak wordt in deze varianten gewerkt met protocollen.

4. focaal-inzichtgevend

Bij dit type behandeling wordt gewerkt met een focus en begrensde mogelijkheden in tijd. Doel is inzicht en verwerking van een specifiek probleem.

5. Inzichtgevend-plus

Dit is behandeling waarbij de cliënt zijn eigen tempo en thema's bepaalt, met als doel dat inzicht in de aard en oorzaken van de problematiek ontstaat waardoor geleidelijk een persoonlijkheidstransformatie kan optreden.

2.4 Rationale

De rationale legt de verbinding tussen de hulpvraag van de cliënt met het hulpaanbod van de therapeut. Centraal bij de uitwerking van de rationale staat de vraag waarom het betreffende hulpaanbod werkt voor de genoemde hulpvraag. Verwezen kan worden naar de bestaande en algemeen bekende theoretische referentiekaders of naar evidentie uit wetenschappelijk onderzoek.

Dit is kortom een belangrijk onderdeel van het product. Hier kan o.a. verwezen worden naar onderzoeken waaruit bewezen werkzaamheid naar voren komt.

De rationale (het 'waarom') geeft de samenhang aan tussen de doelgroep (voor wie?), de doelen (waartoe?) en de interventies (wat?).

- geeft de rationale antwoord op de vraag waarom de doelstelling relevant is gezien de problematiek van de doelgroep;
- geeft de rationale antwoord op de vraag waarom de interventies (activiteiten, materiaal, houding) zinvol zijn gezien de doelstelling van het product;
- Is het veronderstelde therapeutische mechanisme beschreven;
- Van groot belang is om, indien mogelijk, te verwijzen naar bestaande theoretische referentiekaders of aantoonbare werking uit wetenschappelijk onderzoek. Controleer of je dit uitputtend gedaan hebt;

- Heb je bronnen geraadpleegd en vermeld die de werkzaamheid aantonen en daarbij de keuze voor het hulpaanbod bij de hulpvraag ondersteunen;
- Is er een relatie tussen de door jou reeds vermelde onderzoekgegevens/ literatuur en de doelstellingen/ indicaties/ eindtermen;
- Zijn de onderzoeksresultaten correct weergegeven;
- Staat de rationale in relatie tot de doelen/ indicaties/ interventies;
- Dat wat als doel gesteld wordt, vind je daar een onderbouwing voor in de rationale;
- Staan er beschrijvingen bij de rationale die als 'losse eindjes' kunnen worden gezien: bijv. er is geen relatie tot doelstellingen en/ of indicaties en interventies;
- Er dient niet beschreven te worden waarom bijv. muziek of muziektherapie in het algemeen geschikt is voor de doelgroep maar om de redenering achter het specifieke product;
- Zijn de beschrijvingen specifiek: vermijd algemene beschrijving en controleer hierop.

2.5 Indicaties

Voor welke (sub)doelgroep van de ruime doelgroep van het programma is het product bedoeld. Op basis van de hier gegeven informatie moet een verwijzer kunnen beslissen of het product geschikt is voor een bepaalde cliënt. De indicaties geven de startsituatie van de cliënt weer.

- is de stoornis, de handicap of het probleemgebied waar de behandeling voor bedoeld is beschreven;
- is nauwkeurig omschreven voor wie het product is;
- is de startsituatie van de cliënt duidelijk omschreven;
- Is de doelgroep in algemeen gangbare, eenduidige termen beschreven;
- Staat de indicatie in verband met de rationale:
In de rationale wordt namelijk theoretisch verklaard waarom een bepaald therapieaanbod geëigend is bij de hulpvraag.
- Staat de indicatie in verband met de doelstellingen:
De doelstellingen zijn gebaseerd op de indicatie (en zijn de doelstellingen op hun beurt weer gerelateerd aan de eindtermen en de interventies);
- Voorts is het niet nodig om groepen te noemen die buiten het zorgprogramma vallen;
- Is de indicatie niet eigenlijk een contra-indicatie en daar omgekeerd geformuleerd dient te worden;

Voorbeelden hiervan:

Indicatie: patiënten met een BPS met voldoende reflectievermogen

Hierbij dient 'met voldoende reflectievermogen' omgekeerd vermeld te worden bij de contra indicaties: 'patiënten met onvoldoende reflectievermogen'.

Evenzo bij:

Indicatie: '....waarbij de angst niet te hoog is' wordt onder contra indicatie vermeld: 'met te hoog angstniveau'.

Indicatie: '.....met ziekte-inzicht' wordt bij contra indicatie beschreven: 'onvoldoende ziekte-inzicht'.

Indicatie: '....die in een groep kunnen functioneren', bij contra indicaties: 'patiënten die niet in een groep kunnen functioneren'.

2.6 Contra-indicaties

Deze verwijzen naar de cliënten in de doelgroep, waarvoor het product minder of niet geschikt is.

- bij de contra indicaties is het niet nodig groepen te noemen die buiten de indicaties vallen omdat deze door specificering van het zorgprogramma reeds uitgesloten zijn.

2.7 Doelen

Dit is de richting waarin de verandering bewerkstelligd wordt en de effecten die met het product nagestreefd worden. De doelen kunnen eventueel uitgesplitst worden in algemene en specifieke doelen. De doelen moeten aansluiten bij de hulpvraag van de cliënt

- Het gaat om de centrale doelen, de doelen waarvoor de patiënt verwezen wordt naar het betreffende product. Niet wenselijk zijn lange lijsten met mogelijke therapie-effecten die eventueel bij de een of andere patiënt door het product teweeg worden gebracht;
- Zijn de doelen gerelateerd aan het dagelijkse leven en/ of het dagelijks functioneren van de patiënt;
- Staan de doelen in verband met de indicaties, de eindtermen;
- Schrijf voorts niet uitgebreid, beschrijf globaal. Bedenk dat een product een hoog abstractieniveau heeft.

2.8 Interventies

De manier waarop de doelen verwezenlijkt worden. De interventies kunnen worden onderverdeeld in drie subdelen.

- *rol van de therapeut*
De positie die de therapeut gaat innemen (bijvoorbeeld coach, docent), alsmede een specifieke attitude
- *activiteit*
wat wordt er gedaan (in grote lijnen, niet gedetailleerd)

- is de rol van de therapeut congruent wat betreft het type behandeling waarvoor gekozen is (zie punt 2.3);
- Is de attitude van de therapeut beschreven: steunend, directief, confronterend, uitnodigend;

- Is onder het kopje activiteit de beschrijving in grote lijnen in acht genomen;
- Is uit de beknopte beschrijving een beeld te vormen van wat zich bij het product feitelijk afspeelt;
- Op deze plaats wordt niet beredeneerd waarom bepaalde interventies zinvol zijn, zie hiervoor de rationale;
- Is het verband tussen de werkvorm en de daarmee nagestreefde doelen duidelijk uit de beschrijving op te maken;
- Zijn de specifieke materialen die bij het product ingezet worden beschreven. Hierbij valt te denken aan materialen die specifiek zijn voor dit product of juist buiten de gangbare materialen valt.

2.9 Randvoorwaarden

De minimaal noodzakelijke elementen om het product te kunnen aanbieden. Te denken valt aan zaken als een sociaal of institutioneel vangnet of specifieke, dat wil zeggen niet vanzelfsprekende kwalificaties van de therapeut. De setting waarin producten worden aangeboden wordt alleen geëxpliciteerd en beschreven voor zover deze een dwingend karakter heeft.

- Zijn de voorwaarden waaraan voldaan moet zijn behalve de onder het kopje 'indicaties/ contra-indicaties' genoemde patiëntkenmerken beschreven;
Let op: eventueel vereiste eigenschappen van de patiënt zoals een bepaald cognitief niveau of leeftijd wordt niet bij de randvoorwaarden vermeld maar bij de (contra) indicaties;
- zijn vanzelfsprekendheden vermeden (voorbeeld: de patiënt moet bereid zijn om aan een groep deel te nemen);
- zijn de genoemde kwalificaties van de therapeut specifieke, bijzondere kwalificaties. Vanzelfsprekende kwalificaties hoeven niet te worden benoemd;
- vermijd het beschrijven van instellinggebonden informatie.

2.9 Subtypen

Eventuele variaties van het beschreven product. Gedacht moet worden aan een open of gesloten variant, een groepsvariant, of juist een individuele variant, een seksespecifieke of leeftijdsspecifieke variant, enzovoort.

- Er kan volstaan worden met enkel het aangeven van de variant, aanpassingen van het product hoeven hier niet te worden beschreven;
- Let op! Het gaat hier slechts om varianten, vermeld hier niet compleet nieuwe producten.

2.10 Behandelduur en frequentie

Hier wordt de duur van het product, het aantal zittingen per week en de duur van de zittingen weergegeven

2.11 Eindtermen

Het te bereiken einddoel, bij voorkeur beschreven in meetbare, dan wel observeerbare grootheden.

- Zijn de eindtermen in zo concreet mogelijke meetbare termen beschreven (= fenomenen waarvan afgelezen kan worden of en in hoeverre de doelstelling is bereikt (bijv. gedrag, symptomen, uitspraken van de patiënt, scores op gevalideerde vragenlijsten,...));
- is de koppeling met de gestelde doelen hier gemaakt;
- is er aangegeven waaraan afgelezen kan worden in hoeverre de voorgenoemde gespecificeerde doelen bereikt zijn;
- controleer op losse eindjes: doelstellingen zonder eindterm en eindtermen zonder doelstelling.

3. Algemeen

- Controleer het product op spel- en stijlfouten. Hanteer hiervoor de 'Woordenlijst van de Nederlandse taal' (Het Groene Boekje);
- Lopen de zinnen correct, is de opbouw van de zinnen correct;
- Zijn de zinnen niet te lang. Te lange zinnen belemmert de leesbaarheid;
- Formuleer waar mogelijk met de in de reguliere GGZ gebruikelijke formuleringen;
- Vermijd vaktaal en vaktermen.

4. Tot slot

Staat je naam op het product vermeld? Zet altijd naam en datum op het product, bij voorkeur op iedere bladzijde.

Literatuur

- Cleven, G., De routeplanner voor producten en modules, *Tijdschrift voor Creatieve Therapie*, 2002/3 p.16-18.
- Drieschner, K., & Pioch, A., 'Een pragmatische benadering ter ontwikkeling van modules', *Tijdschrift voor Creatieve Therapie*, 2001/4 p. 7-10.
- Drieschner, K., 'Het ontwikkelen van creatief therapeutische producten', *Tijdschrift voor Creatieve Therapie*, 2002/1 p.12-15.
- Hattum, M. van & Hutschemaekers, G., *Vakwerk, producttyperingen van vaktherapeuten voor het programma stemmingsstoornissen*, Utrecht: Trimbos-instituut, 2000.
- Kamp, J. van der, 'Wat doe jij voor de kost?', *Tijdschrift voor Creatieve Therapie*, 2002/1 p. 16-19.
- Kamp, J. van der, 'Een verzameling tips bij het schrijven', *Informatiepakket Productontwikkeling NVCT*, februari 2004.
- Smeijsters, H.J., *Handboek creatieve therapie*, Bussum: Coutinho, 2000.

Rix van der Beek, 2008