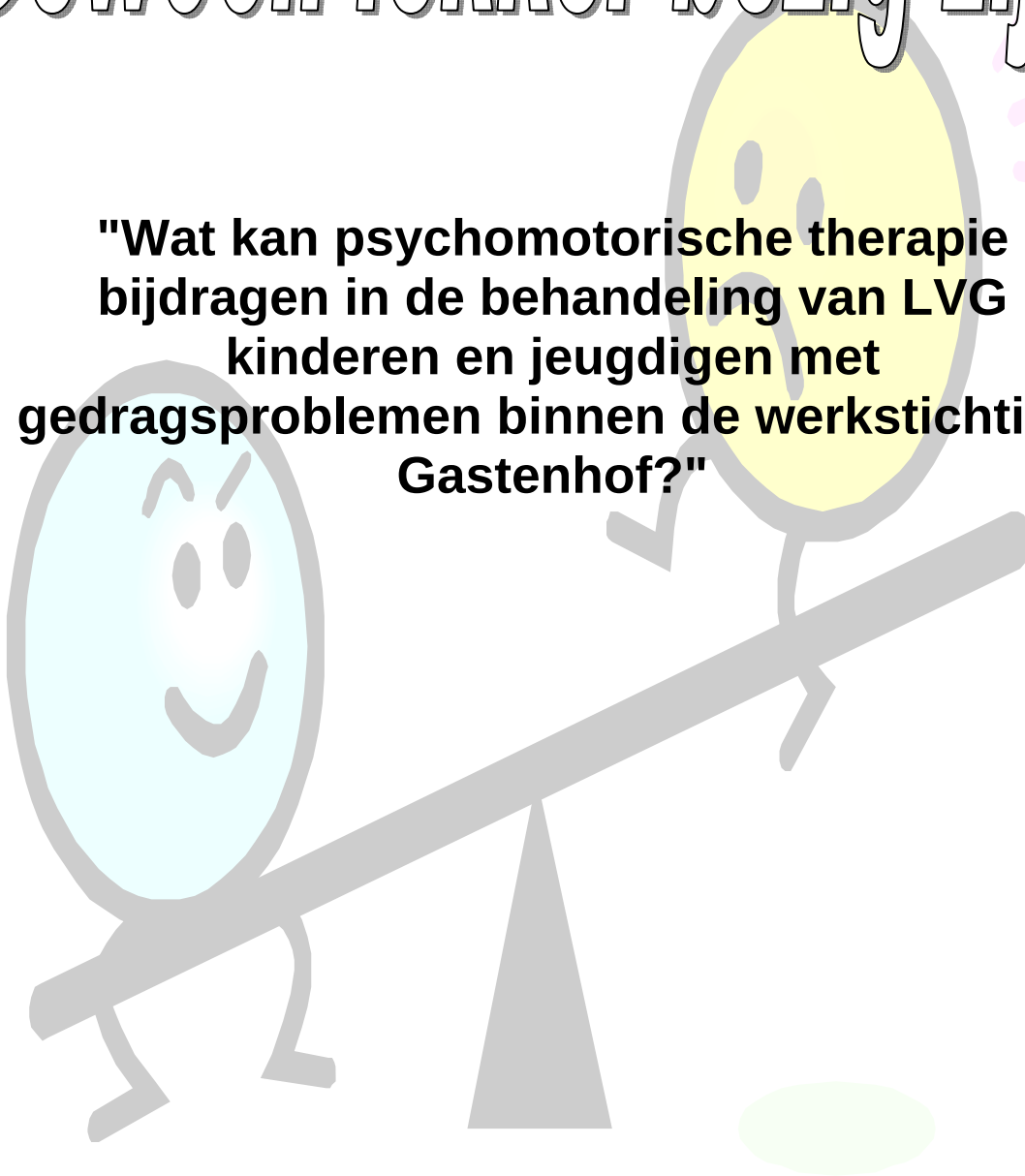


Gewoon lekker bezig zijn!?

**"Wat kan psychomotorische therapie
bijdragen in de behandeling van LVG
kinderen en jeugdigen met
gedragsproblemen binnen de werkstichting
Gastenhof?"**



Datum: 15 januari 2009

Student: Jeffrey Deckers

Studentnummer: s316911

Opleiding: Christelijke Hogeschool Windesheim te Zwolle,
Bewegingsagogie/Psychomotorische Therapie

Scriptiebegeleider: P. Hekking

Scriptiebeoordelaar: C. Niks

Voorwoord

Bewegen.....mijn hele leven ben ik er al mee bezig. Eigenlijk is iedereen er mee bezig. Sommigen bewust en anderen minder bewust. Ik ben er al vanaf het begin heel bewust mee bezig. Vanwege de beperking aan mijn rechterhand ben ik mijn hele leven lang aan het zoeken naar oplossingen om mijn handelen zo gemakkelijk en efficiënt mogelijk te maken. Hierdoor moet ik steeds compenseren en oplossingen bedenken met betrekking tot dit handelen.

Aan de hand van volgend voorbeeld wil ik duidelijk gaan maken welke algemene domeinen we kunnen onderscheiden op het gebied van bewegen, wat deze onderling met elkaar te maken hebben en hoe ze invloed op elkaar hebben.

De wereld van een baby is nog heel klein. Hij kan nog niet bewust bewegen. Communiceren kan hij wel. Als hij huilt, komt mama/papa hem troosten en eventueel eten geven. In een later stadium gaat hij lachen en weet zo de aandacht te trekken van andere mensen. Als hij kan kruipen, begint zijn wereld groter te worden. Hij gaat op ontdekkingsreis en komt andere mensen en dingen tegen. Hier moet hij op een adequate manier mee omgaan. Ditzelfde geldt als hij gaat lopen, rennen, fietsen, auto rijden etc. Bewegen is belangrijk! Het verruimt je wereld. Je ontwikkelt jezelf als je kunt bewegen en je voelt je er prettig bij! Stel je maar eens voor als je een week thuis in bed ligt, omdat je geblesseerd bent aan je been. Je komt nergens meer; je krijgt niet veel meer mee wat er om je heen gebeurt en je gaat je zelfs niet lekker voelen. Je wordt er een beetje depressief van.

We onderkennen de volgende vier domeinen:

Lichamelijk domein: Je ligt op bed en kunt je niet bewegen.

Emotioneel domein: Je voelt je niet prettig in je vel.

Cognitief domein: Je krijgt weinig mee wat er om je heen gebeurt.

Sociaal domein: Je wereld is kleiner geworden; je kunt niet zomaar naar iemand toegaan.

Dus door een kleine beperking in het bewegen kun je emotioneel achteruit gaan, waardoor je bijvoorbeeld depressieve symptomen kunt ontwikkelen. Als deze symptomen te lang voortduren kun je zelfs je sociale omgeving negatief beïnvloeden en in het ergste geval verliezen.

In deze scriptie wil ik beschrijven wat psychomotorische therapie kan bijdragen in de behandeling van Licht Verstandelijk Gehandicapte (LVG) kinderen en jeugdigen met gedragsproblemen binnen werkstichting Gastenhof.

Zoals jullie hierboven hebben kunnen lezen staan de vier domeinen met elkaar verbonden.

Welke invloed heeft psychomotorische therapie op deze vier domeinen en hoe pas ik dit toe?

Dit ga ik verduidelijken door middel van een case.

Ik wens jullie veel leesplezier!

Inleiding

De aanleiding dat ik voor deze casestudy heb gekozen, is de ontwikkeling die ik heb door gemaakt tijdens de studie Bewegingsagogie/Psychomotorische therapie (BA/PMT). Mijn blik op bewegen werd breder. Niet in de zin van bewegingsactiviteiten, maar meer met welke bedoeling iemand gaat bewegen. Ik kreeg de gelegenheid om binnen de Koraalgroep een pilot/proefproject te starten. Ik zou gaan bekijken welke mogelijkheden er binnen de Koraalgroep (werkstichting Gastenhof; zie beschrijving in hoofdstuk 1) zijn om BA/PMT op te starten.

De eerste vragen die in me opkwamen waren: "hoe krijg ik de jeugdige aan het bewegen?", maar vooral "hoe *houd* ik de jeugdige aan het bewegen?". Tevens was ik nieuwsgierig wat voor een invloed het toepassen van psychomotorische therapie binnen Gastenhof kan hebben. Dit was mijn beginpunt en vanuit hier heb ik mijn vraagstelling voor deze scriptie geformuleerd.

"Wat kan psychomotorische therapie bijdragen in de behandeling van LVG kinderen en jeugdigen met gedragsproblemen binnen de werkstichting Gastenhof?"

Doelstelling:

Het doel is dat door middel van psychomotorische therapie gedragsverandering tot stand kan komen, zodat de kinderen en jeugdigen in andere contexten adequater en meer omgevingsaangepast gedrag ontwikkelen. Hierdoor zullen ze in verschillende situaties beter kunnen functioneren. Denk bijvoorbeeld aan de behandelgroep waar ze wonen, school en/of thuissituatie.

Opzet

In deze casestudy wil ik allereerst enkele gebruikte begrippen uitleggen. Deze basis informatie heb ik voornamelijk verwerkt in hoofdstuk 1 tot en met 3.

In hoofdstuk 4 zal ik laten zien, door middel van het uitwerken van een case, hoe psychomotorische therapie goed toepasbaar is bij een LVG-cliënte.

Dit door het gebruik van het Dialoogmodel (Maurer en Westerman 2007), waardoor een goed werkbaar en verantwoord behandelplan tot stand komt.

Tenslotte zal ik in hoofdstuk 5 terugkomen op mijn vraagstelling in een eindconclusie.

Inhoudsopgave

Voorwoord	1
Inleiding	2
Inhoudsopgave	3
Hoofdstuk 1 Gastenhof Urmond	4
1.1 Gastenhof Urmond met haar missie en visie	4
1.2 Wat is de doelgroep van Gastenhof	6
1.3 Psychiatrische problematieken binnen Gastenhof Urmond	8
Hoofdstuk 2 Van hulpvraag tot behandeling (methodisch werken)	10
2.1 Wat is Bewegingsagogie (BA) en Psychomotorische therapie (PMT)	10
2.2 Dialoogmodel	11
2.3 Aanvraag	13
2.4 Behandelplan	13
Hoofdstuk 3 Bewegingsagogie en Psychomotorische therapie	14
3.1 Bewegingsagogie en Psychomotorische therapie binnen de werkstichting Gastenhof	14
3.2 Kapstok Bewegingsagogie en Psychomotorische therapie	14
Hoofdstuk 4 Casus	16
4.1 Casus beschrijving	16
4.2 Gebruikte psychologische stromingen en therapeutische attitudes binnen de casus	20
4.2.1 Gedragstherapie	21
4.2.2 Cliëntgerichte/humanistische therapie	22
Hoofdstuk 5 Eindconclusie en beantwoording van de vraagstelling	24
Literatuurlijst	26
Bijlagen	27

Hoofdstuk 1 Gastenhof

Gastenhof Urmond met haar missie en visie

Inleiding

Om een goed beeld te schetsen wil ik eerst een beschrijving geven van Gastenhof Urmond. Omdat het voor mijn scriptie niet relevant is om de gehele organisatie uit te werken zal ik mij echter beperken tot wat voor mij belangrijk is. Wat is de missie van de Stichting Koraalgroep en dus ook van Gastenhof Urmond en vanuit welke visie wordt er gewerkt? Alle informatie in dit hoofdstuk over Stichting Koraalgroep en over Gastenhof, heb ik gevonden op de officiële website van Stichting Koraalgroep (www.koraalgroep.nl).

Stichting Koraalgroep

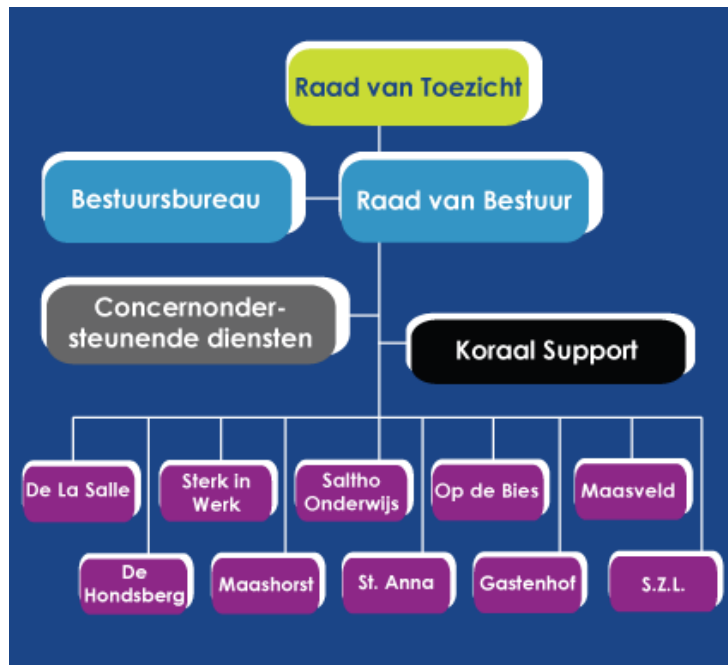
Gastenhof Urmond is een onderdeel van Stichting Koraalgroep. Koraalgroep is een stichting die werkt voor mensen met een verstandelijke en/of psychosociale beperking of belemmering in Limburg en Noord-Brabant. De stichting is per 1 juli 2006 ontstaan uit een fusie tussen de stichtingen St. Anna (Limburg) en Saltho (Noord-Brabant). Op dit moment bestaat Stichting Koraalgroep uit tien stichtingen. Al deze stichtingen werken vanuit de missie en visie van Stichting Koraalgroep. In figuur 1 is te zien welke er allemaal binnen de Stichting Koraalgroep vallen en waar ze gevestigd zijn.

Figuur 1: Werkstichtingen Stichting Koraalgroep (website van Stichting Koraalgroep: <http://www.koraalgroep.nl/werkstichtingen.koraal> , 2008)



In figuur 2 is de organisatie van Stichting Koraalgroep eenvoudig uiteen gezet in een organogram.

Figuur 2: Organisatiestructuur van Stichting Koraalgroep (website Stichting Koraalgroep, <http://www.koraalgroep.nl/organisatiestructuur.koraal> , 2008)



Missie van Stichting Koraalgroep

Stichting Koraalgroep probeert mensen met een beperking of belemmering te adviseren en ondersteunen op een professionele manier. Zij trachten dit te doen vanuit de persoonlijke vragen en behoefte van deze mensen. Ze proberen ondersteuning te bieden op het gebied van wonen, begeleiding, diagnostiek, behandeling, onderwijs, werken en/of vrijetijdsbesteding. In dialoog met de cliënt wordt geprobeerd om het unieke van deze persoon tot ontplooiing te brengen en zijn leven waardevol laten zijn.

Visie van Stichting Koraalgroep

Mensen met beperkingen en/of belemmeringen geven zelf aan wat zij belangrijk vinden voor invulling van hun leven. Deze kunnen gelegen zijn op verstandelijk, lichamelijk en psychosociaal gebied. Stichting Koraalgroep wil bevorderen dat ieder van hen optimale kansen krijgt. Hun advisering en ondersteuning is erop gericht hen actief te laten meedoen aan onze samenleving. Medewerkers spelen hierbij een belangrijke rol.

Werkstichting Gastenhof

Gastenhof is een orthopedagogisch behandelinstituut voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking met daarnaast leer-, gedrags-, psychosociale- en/of psychiatrische problematiek. De jeugdigen zijn tussen de 4 en 21 jaar oud.

Vanuit de persoonlijke vragen en behoeften van de jeugdige en zijn systeem zet Gastenhof zich in om het unieke in de jeugdige te ontplooiën en het leven van de jeugdige waardevol te laten zijn. Om dit te bereiken bevordert Gastenhof dat de jeugdige optimale kansen krijgt. De behandeling is erop gericht de jeugdige actief te laten deelnemen aan onze samenleving. Hierbij staan de volgende waarden centraal: respect, verbondenheid, geborgenheid en verantwoordelijkheid.

Gastenhof biedt de volgende hulpverleningsvormen: observatie, diagnostiek, behandeling, onderwijs en arbeidstoeleiding. Deze hulp wordt zoveel mogelijk in ambulante vorm aangeboden. Zo kan de jeugdige thuis blijven wonen, naar zijn eigen school blijven gaan en zijn vrije tijd zoveel mogelijk in zijn eigen woonomgeving doorbrengen. Soms is echter tijdelijke opvang in een van de voorzieningen nodig. In de hulpverlening staat de jeugdige altijd centraal!

Gastenhof heeft behandelcentra op de volgende plaatsen:
Simpelveld, Urmond, Venlo, Roermond.

Gastenhof heeft naast de behandelcentra ook trajecthuizen in Bunde, Landgraaf en Maasniel. Tevens is er een polikliniek psychiatrie gevestigd in Sittard.

Binnen Gastenhof Urmond vind men bewegen belangrijk. Er is een voetbalveld en op het binnenterrein van de locatie zijn twee basketbaldoelen geplaatst. De medewerkers geven aan dat het bewegen voor de jeugdigen goed is om te kunnen ontladen, waardoor ze weer rustiger worden en een hogere tolerantiegrens krijgen.

1.1 Wat is de doelgroep van Gastenhof?

Als ik naar de omschrijving kijk, genoemd in hoofdstuk 1.1, valt het op dat het gaat om jeugdigen met een meervoudige problematiek. Om een duidelijk beeld te krijgen van de doelgroep zal ik de meest voorkomende problematieken afzonderlijk bekijken en uitwerken.

LVG staat voor Licht Verstandelijk Gehandicapt en kan gaan over jongeren mét gedragsproblemen of zonder gedragsproblemen. Ik ga hier in op de groep jongeren mét gedragsproblemen.

LVG is vooral een handicap als gevolg van omgevingsfactoren gecombineerd met een laag intellectueel functioneren. Er kan sprake zijn van leer- en opvoedingsproblemen, ernstige gedragsproblemen of een psychiatrische stoornis. Deze problematiek komt vaak voor in combinatie met problemen in de gezinssituatie zoals mishandeling, verwaarlozing, verslaving of seksueel misbruik.

Om de term LVG duidelijk neer te zetten, gebruik ik de volgende uitwerking van de Nederlandse Vereniging voor Gehandicaptenzorg (NVGz). Deze omvat alles wat bovenstaande genoemd is.

‘Jeugdigen met een licht verstandelijke handicap zijn personen tot 21 jaar die in hun ontwikkeling zijn belemmerd en die zich op grond van hun lager intellectueel functioneren en beperkte sociale redzaamheid niet (zonder hulp) kunnen handhaven in één of meer reguliere maatschappelijke verbanden (gezin, school, werk, groep, leeftijdsgenoten, buurt). Met speciale hulp hebben zij een redelijke kans op een zekere mate van zelfstandigheid als volwassene’ (Nederlandse Vereniging voor Gehandicaptenzorg, 1995, p.14)

Wat zijn de kenmerken van LVG kinderen of jeugdigen?

De doelgroep is het meest scherp gedefinieerd in de AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten). Het gaat dan om jongeren die:

- 1 Een verstandelijke beperking hebben:
 - laag intellectueel functioneren (IQ-score van 50 tot 85)
 - beperkt sociaal aanpassingsvermogen
- 2 Bijkomende problematiek hebben:
 - psychiatrische problemen
 - sociale problemen
 - lichamelijke problemen
- 3 Ernstige gedragproblemen vertonen en daardoor behoefte hebben aan chronische ondersteuning.

De definitie van de NVGz geeft een duidelijk beeld van de problematiek en de complexiteit ervan. Er wordt echter niet gesproken over IQ in deze definitie en dus ook niet over een eventueel hieraan gerelateerde grens. Misschien is dit wel bewust zo gedaan, omdat je op mensen niet op basis van hun IQ alleen een etiket kunt plakken.

Gelukkig wordt de IQ bovengrens van 70 tegenwoordig niet meer als scheidslijn gehanteerd. Als dit wel nog zou gebeuren, zouden er veel jeugdigen namelijk tussen wal en schip vallen en niet de juiste hulp krijgen (bron: Landelijk Kenniscentrum-LVG, 2005).

Bij een IQ-score tussen de 50-70 is er een zeer sterk vermoeden van een lichte verstandelijke handicap. Een IQ-score tussen de 70-85 wordt opgevat als een mogelijk signaal van een lichte verstandelijke handicap. Vervolgens wordt door een screening op andere kenmerken, waaronder het sociaal aanpassingsvermogen, duidelijk gemaakt of betreffende cliënt tot de LVG doelgroep behoort en daardoor van de LVG-zorg gebruik mag maken. In het volgende figuur zijn de criteria zoals die door het LKC-LVG zijn opgesteld, weergegeven.

Figuur 3: Model van LVG-problematiek van het Landelijk Kenniscentrum LVG

LVG specifieke kenmerken:	en bijkomende kenmerken / problematiek:	komen tot uiting in:
INTELLIGENTIE: IQ 50-70 + 70-85	LEERPROBLEMEN	ERNSTIGE GEDRAGSPROBLEMEN
	PSYCHIATRISCHE STOORNIS	
BEPERKT SOCIAAL AANPASSINGS-VERMOGEN	MEDISCH-ORGANISCHE PROBLEMEN	
	PROBLEMEN IN GEZIN EN SOCIALE CONTEXT	
en leiden tot: CHRONICITEIT / LANGDURIGE BEHOEFTE AAN ONDERSTEUNING		

1.2 Psychiatrische problematieken binnen Gastenhof Urmond

Zoals we in het voorgaande stuk hebben gelezen, worden jeugdigen binnen Gastenhof opgenomen, omdat ze een lichte verstandelijke beperking hebben. Al dan niet in combinatie met andere problematieken, zoals gedrags- en sociaal-emotionele problematieken. Zowel voor gedragsproblemen, als voor sociaal-emotionele problemen geldt, dat ze in allerlei gradaties kunnen voorkomen. Hoe hardnekkiger een probleem is, des te eerder zal men het als een "stoornis" kwalificeren. Er is dan sprake van een zich herhalend en aanhoudend patroon.

Gedragsproblemen hebben te maken met sociaal ongewenst gedrag. Men spreekt bij gedragsproblemen dikwijls van "anti-sociale problemen." Anderen hebben dan last van het gedrag.

Bij sociaal-emotionele problemen is het individu zélf het "slachtoffer" van zijn/haar probleem. In sommige gevallen is een gedragsprobleem voor de een, een sociaal-emotioneel probleem voor de ander. Denk bijvoorbeeld aan "pesten", dat als een gedragsprobleem kan voorkomen (bij degene die pest) én een sociaal-emotioneel probleem (bij degene die gepest wordt) kan worden.

Tot de gedragsproblemen kunnen onder andere worden gerekend:

- verbaal druk zijn
- brutaal zijn
- druk zijn met bewegingen (o.a. hyperactiviteit)
- clownesk gedrag
- snel afgeleid zijn en verminderde concentratie
- niet kunnen samenwerken
- zich niet aan de regels houden
- anderen pesten
- ruzie maken
- vechten/geweld gebruiken
- conflicten uitlokken
- overdreven/ongepaste assertiviteit
- agressief zijn
- liegen
- stelen
- van de groep weglopen

Sociaal-emotionele problemen kunnen onder andere zijn:

- gepest worden
- faalangst
- een laag zelfvertrouwen
- een negatief zelfbeeld
- verdriet om een situatie (ruzie, verlies, rouw e.d.)
- stil, gesloten of terug getrokken zijn
- sociaal isolement
- sociale angst
- te lage assertiviteit
- onvoldoende weerbaarheid
- niet genoeg zelfstandig zijn
- een depressie
- gevolgen van fysieke, geestelijke en seksuele mishandeling door thuis of omgeving

- te laag empathisch vermogen: zich niet of onvoldoende in het doen, denken en voelen van anderen in kunnen leven.
- te weinig "zelfreflectie": niet of onvoldoende in staat zijn om het eigen doen, denken en voelen kritisch te bekijken.

Kinderen en jeugdigen kunnen soms een specifieke stoornis hebben of ontwikkelen. We doelen dan op stoornissen, die te maken hebben met de aandacht, het gedrag, de communicatie, de pervasieve ontwikkeling, de stemming, angst, tics, het eten, de motorische vaardigheden, de hechting aan anderen en het niet kunnen spreken in bepaalde situaties. Zo'n stoornis heeft in de meeste gevallen een sterke negatieve invloed op het leren en het presteren, de concentratie, het gedrag, de werkhouding, het sociaal-emotioneel functioneren en het welbevinden van het kind/de jeugdige.

Vaak beheersen de hier bedoelde stoornissen het hele dagelijkse leven van het kind of de jongere.

Leerproblemen en leerstoornissen kunnen andere stoornissen tot gevolg hebben, maar gedragsproblemen, sociaal-emotionele problemen en stoornissen kunnen dus op hun beurt ook leiden tot leerproblemen (niet zijnde leerstoornissen!). Zo kan bijvoorbeeld een depressie het gevolg EN de oorzaak zijn van leerproblemen!

Alle mogelijke stoornissen staan omschreven in de "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, TR " (DSM-IV-TR) en de "International Classification of Diseases, 10th Edition" (ICD-10) (bron: <http://www.edumax.nl/gedrag.html>).

Nu wil ik graag terugkomen op de kop van deze paragraaf. Zoals eerder in dit hoofdstuk al aangegeven is, komen psychiatrische problematieken regelmatig voor bij LVG jeugdigen. Ook de jeugdigen die opgenomen zijn binnen Gastenhof hebben regelmatig bijkomende problematieken. Sommige hebben zich in de loop van hun leven ontwikkeld, andere zijn aangeboren. Hieronder staat een opsomming van problematieken die binnen Gastenhof Urmond veel voorkomen.

Veel voorkomende stoornissen binnen Gastenhof Urmond zijn:

- Oppositionele gedragsstoornissen
- Conduct disorder
- Hechtingsstoornis
- Aan autisme verwante contactstoornissen
- ADHD
- Borderline persoonlijkheidsstoornis in ontwikkeling
- Depressies
- Angststoornissen

Vaessen (2003) geeft goede omschrijvingen van deze stoornissen in zijn boek. Deze zijn een vrije vertaling op wat er geschreven staat in de DSM-IV-TR.

Hoofdstuk 2 Van hulpvraag tot behandeling (methodisch werken)

2.1 Wat is Bewegingsagogie (BA) en Psychomotorische therapie (PMT)?

Omdat deze scriptie deels gaat over een proefproject BA/PMT binnen Gastenhof Urmond wil ik in deze paragraaf kort stilstaan bij de verschillen en overeenkomsten van de 2 beroepsgroepen: Bewegingsagogie en Psychomotorische therapie.

Allereerst 2 definities:

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 brengen of tenminste daaraan een bijdrage te leveren en daarmee psychosociale of psychiatrische problematiek weg te nemen of te verminderen (Beroepsprofiel NVPMT, 2004).

Het verschil tussen de bewegingsagogie en psychomotorische therapie is dat de bewegingsagogie erop gericht is te zoeken naar aanpassingen. Dit gebeurt door het bevorderen van de LECS (Lichamelijk Emotioneel Cognitief Sociaal) in de context (to care, zie figuur 4) om zo mogelijkheden om deelname aan bewegingssituaties (weer) mogelijk te maken¹. De doelgroepen zijn cliënten met lichamelijke, psychische, cognitieve en/of sociale beperkingen. Te denken valt bijvoorbeeld aan het gebruik maken van pictogrammen in de gymles voor kinderen met PDD-nos (een aan autisme verwante contactstoornis), een andere techniek dan de schoolslag om toch te kunnen zwemmen of een rolstoel om toch te kunnen basketballen. Dit zijn enkele mogelijkheden die een bewegingsagoog kan bieden om de cliënten toch te integreren in het bestaansveld bewegen.

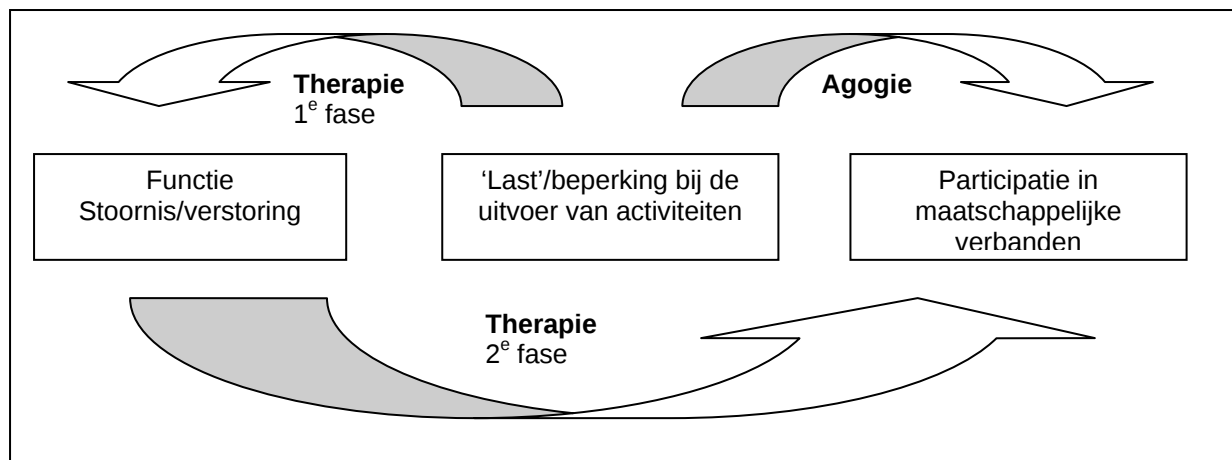
De psychomotorische therapie is erop gericht om cliënten met in ieder geval één of meerdere psychische en/of sociale beperkingen door middel van behandeling dit te doen wegnemen of te doen verminderen (to cure, zie figuur 4). Deze stoornissen beperken de cliënten tot bewegen. Vanuit de hulpvraag wordt er door de psychomotorische therapeut therapeutisch gewerkt om de psychische en/of psychosociale problematiek weg te nemen of te verminderen. Als de bovengenoemde zwemmer schaamte kent voor zijn eigen lichaam in een openbaar zwembad vormt hij, met psychosociale last als aanleiding, een potentiële doelgroep voor de psychomotorische therapeut. De lichamelijke beperking van de zwemmer blijft daarbinnen een gegeven.

Kortom: de bewegingsagoog gaat 'rechtsom' en de psychomotorische therapeut gaat 'linksom' (zie figuur 4).

¹ Fellinger, P. (2006). Bewegingsagogie; Een plaatsbepaling met handelingskader. *Tijdschrift voor vaktherapie*, uitgave 4/2007, 23-29.

Figuur 4:

Weergave van de therapeutische (cure) en agogische (care) processen vanuit het ICF (International Classification of Function) model.



2.2 Dialoogmodel

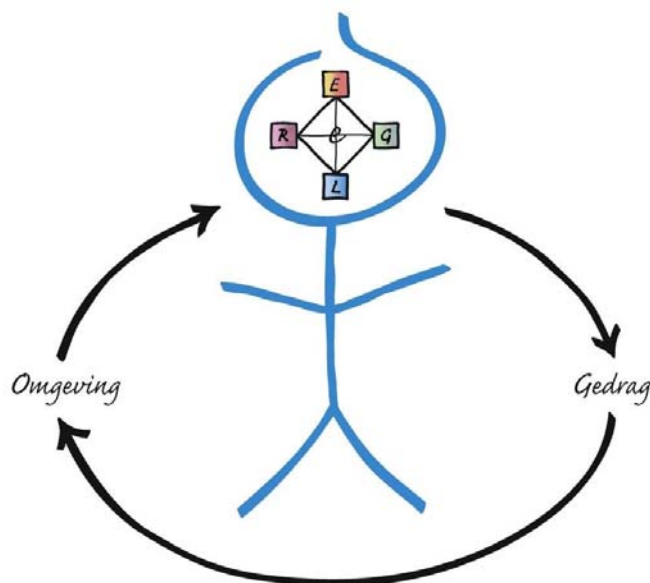
Mijn eindstage heb ik gelopen bij Mondriaan Zorggroep (divisie Kinderen & Jeugdigen). Binnen deze stichting ben ik in contact gekomen met het Dialoogmodel en de auteur dhr. J. Maurer. Ik was meteen enthousiast over het model, omdat ik veel overeenkomsten zag met de studie Bewegingsagogie en Psychomotorische therapie. Met name de LECS (lichamelijk-, emotionele-, cognitieve- en sociaal domein)! Een knelpunt tijdens de stage was dat ik moeilijk tijdens het geven van een therapiesessie de rode draad kon vasthouden van de behandeling. Ik kon ook het totaalplaatje niet helder krijgen, waardoor ik geen duidelijke uitleg kon geven waarom ik voor bepaalde (be)handelingen koos. Door het gebruiken van het Dialoogmodel lukte mij dit een stuk beter. Ik zal nu in het kort het Dialoogmodel uit leggen.

Het Dialoogmodel is bedoeld om in een hulpverleningsrelatie de onderlinge communicatie te vergemakkelijken. Het Dialoogmodel ondersteunt het bereiken van een werkbare overeenstemming over probleemdefiniëring, verwachtingen, doelen van behandeling en over de mogelijkheden om deze te bereiken.

Hoe meer eenduidigheid tussen de hulpvrager en hulpverlener over vraag, doel en mogelijkheden bestaat, hoe vruchtbaarder en effectiever (en daarmee efficiënter) de samenwerking kan worden.

Het Dialoogmodel is een verdere uitwerking van het eerder geïntroduceerde ID-model (Integratie – Differentiatie-model), waarover twee publicaties verschenen zijn (Westermann & Maurer, 2003; Maurer & Westermann, 2003). Het eerste artikel bevat vooral theoretische overwegingen; het tweede artikel beschrijft de praktische toepassing van het ID-model. Het model is primair bedoeld om eenvoudig en eenduidig over (psychiatrische) problematiek en eventuele behandeling te kunnen spreken en denken om zo de samenwerking tussen de hulpvragende en het hulpverlenende systeem te bevorderen. Het Dialoogmodel is geen theoretisch, maar een praktisch model. Het probeert in een hulpverleningsrelatie recht te doen aan individuele, interactionele en contextuele aspecten; het probeert deze te integreren tot uitgangspunt voor overleg en afstemming.

Figuur 5: Het Dialoogmodel (www.dialoogmodel.nl)



Het poppetje dat in figuur 5 te zien is kan een jeugdige van Gastenhof Urmond zijn. De jeugdige is naar Gastenhof gekomen omdat er problemen zijn. De jeugdige en de omgeving krijgen het zelf niet goed meer geregeld. Gastenhof wil samen met de jeugdige en het systeem (ouders/verzorgers) zoeken naar mogelijkheden waardoor het weer lukken kan. Daarbij wordt er gebruikt gemaakt van de sterke kanten en rekening gehouden met de minder sterke kanten.

Als er problemen zijn, komt dat meestal op meerdere gebieden tot uiting: in hoe de jeugdige met anderen omgaat, zijn emoties, hoe hij denkt, lichamelijk en in

hoe de jeugdige en zijn omgeving op elkaar reageren.

Duidelijk is: hoe het met de jeugdige gaat, heeft niet alleen invloed op het gedrag van de jeugdige, maar ook op zijn omgeving. En de reacties uit de omgeving hebben weer invloed op de jeugdige en zijn gedrag.

Ieder mens is weer anders, is een uniek persoon. De lichamelijke (L), de gevoelens, emoties (E), de gedachten (G) en hoe je met jezelf en anderen omgaat, dus de relationele stijl (R), bepalen samen wie je bent, wat je wilt en kunt. Deze vier domeinen van de jeugdige staan met hoofdletters in het hoofd getekend.

Binnen de studie beter bekend als LECS. Die vier staan niet los van elkaar, als de jeugdige bijvoorbeeld sterke emoties heeft, zal dit ook zijn gedachten bepalen en zal het lichaam bepaalde reacties laten zien, en zo gaat hij dus ook op een bepaalde manier met anderen om. In het plaatje zijn daarom de verschillende domeinen met lijntjes verbonden. Ze zullen elkaar steeds op allerlei manieren beïnvloeden. Het feit dat de domeinen kunnen veranderen, is in elk blokje te zien door de overgang van een lichtere kleur naar een donkerdere kleur.

Als het goed met de jeugdige gaat, zijn de verschillende kanten in *evenwicht* en vormen ze samen een *eenheid* (de letter 'e' in het midden). Als er problemen zijn, dan is er meestal bij enkele van de genoemde kanten iets mis gegaan en werken ze niet meer zo goed samen: de jeugdige raakt dan ontregeld.

Dit is het geval bij de jeugdigen van Gastenhof Urmond. Door middel van het schema kan ik kijken hoe zijn of haar REGeLsysteem weer beter kan functioneren, zodat hij/zij zichzelf met vertrouwen verder kan ontwikkelen; dit in evenwicht met zijn omgeving (thuis, school/werk, vrienden). Ook de bijdrage van anderen in zijn of haar omgeving is belangrijk. Samen met de jeugdige en zijn ouders/verzorgers/groepsbegeleiders wordt gekeken naar waar zijn/hun sterke kanten liggen, en hoe deze zo goed mogelijk te gebruiken. Ook worden de minder sterke kanten dan belicht, om samen eraan te werken deze te verstevigen. Samen wordt aan de slag gegaan, zodat de jeugdige na een tijdje kan zeggen: *goed geregeld!*²

In hoofdstuk 4 pas ik het Dialoogmodel toe in de gebruikte case.

² © GW-JM 2007 Uit: Maurer en Westermann. Beter communiceren in de hulpverlening, het Dialoogmodel als leidraad

2.3 Aanvraag

Zoals ik in de vorige paragraaf beschreven heb, is het Dialoogmodel een praktisch hulpmiddel om bijvoorbeeld de case helder op papier te krijgen. En vanuit dit punt kun je beter een behandelplan opstellen. Komende 2 paragrafen zal ik verder uitwerken hoe de aanmelding van een cliënt verloopt en welke stappen ik hierin heb genomen.

Een goede aanvraag is heel belangrijk. Binnen de andere werkplek (werkstichting Maasveld) worden heel veel aanvragen voor bewegingsagogie ingediend. De afdeling bewegingsagogie kreeg als team de aanvragen niet helder gemaakt, waardoor de hulpvragen onduidelijk bleven. Dit gaat ten koste van de kwaliteit van de afdeling. Binnen mijn te draaien pilot (in Gastenhof) wilde ik BA/PMT steviger neerzetten. Je moet het zien als het bouwen van een huis. Een huis heeft een stevig fundament nodig waar je op kunt bouwen. Ik zie het fundament als een concrete aanvraag/hulpvraag. Vanuit dit standpunt kun je verder gaan werken. In Gastenhof komt de aanvraag binnen vanuit de orthopedagoog. Deze ontvangt een aanvraagformulier³. Hierop staan enkele basisgegevens en wat verder nog belangrijk is om te weten. Denk bijvoorbeeld aan de diagnose van de jeugdige en de vraagstelling. Vanuit deze vraag wordt er door de psychomotorische therapeut/bewegingsagoog een intakegesprek en observatie voor BA/PMT gepland. Vervolgens wordt er advies uit gebracht richting orthopedagoog of BA of PMT aansluit bij deze jeugdige. Na overleg wordt door de psychomotorische therapeut of bewegingsagoog een behandelplan gemaakt .

Zodra ik het aanvraagformulier krijg, kan ik al beginnen om het Dialoogmodel toe te passen. Vervolgens ga ik op zoek naar voorinformatie, dan volgt de intake/observatie en aan de hand daarvan noteer ik de relevante gegevens in het model. Nu heb ik de gegevens duidelijk in kaart gebracht en kan ik een behandelplan gaan maken.

2.4 Behandelplan

Middels het behandelplan⁴ kunnen de doelen richting onder ander de jeugdige, orthopedagoog en groepsbegeleiding beter worden verwoord. Voor mezelf is het een goed hulpmiddel om een houvast te hebben tijdens de behandeling. Het behandelplan wordt regelmatig geëvalueerd en bijgesteld.

In hoofdstuk 4 wil ik gehele proces van aanvraag tot behandeling verder verhelderen aan de hand van een case.

³ Zie bijlage voor een aanvraagformulier.

⁴ Zie bijlage voor een voorbeeld behandelplan.

Hoofdstuk 3 Bewegingsagogie en Psychomotorische therapie

3.1 Bewegingsagogie & Psychomotorische therapie binnen de werkstichting Gastenhof

Zoals ik in hoofdstuk 1 beschreven heb, vindt men bewegen erg belangrijk binnen de werkstichting. Tijdens de pilot ben ik erachter gekomen dat men onvoldoende op de hoogte is wat beide vakgebieden betekenen. Dit is ook niet geheel abnormaal. Er is namelijk nog nooit binnen de werkstichting BA/PMT aangeboden. Wel is er in het verleden een sportclubje geweest. De jeugdigen gingen eenmaal per week naar een gymzaal om een partij voetbal te spelen. Het is dus de taak van de bewegingsagoog en psychomotorische therapeut om het vakgebied te profileren. Door de vakgebieden duidelijk te splitsen door middel van een kapstok, maak ik duidelijk waarom, hoe en wat een bewegingsagoog of psychomotorische therapeut doet. In de case zullen de begrippen terugkomen.

3.2 Kapstok Bewegingsagogie en Psychomotorische therapie

Binnen de deeltijdstudie BPT 3^e jaar heb ik het vak BA&PMT mogen volgen van de heer L. Sietsma. Hierbij kregen we handvaten toegereikt over de modaliteiten van BA/PMT, interventies die de agoog/therapeut kan plegen met de eventuele doelstellingen. Dit alles is overzichtelijk gemaakt in de onderstaande kapstokken⁵.

Kapstok Bewegingsagogie

Actie van de deelnemer / Modaliteit WAT	Actie/interventie Bewegingsagoog HOE	Doelen geformuleerd in termen van WAAROM
Ontmoeten Tegenkomen ander/andere Ontdekken MIS en MSS Ontdekken van 'ik' t.o.v. omgeving Ervaren/verkennen sensibiliteit Snoezelen Plezier hebben	Structureren Motiveren Stimuleren Naleven/aanpassen Spelregels	Regels in stand houden Aanzetten tot bewegen Kennis maken met.... Succeservaring voor iedereen Het beleven van...
Leren Ontwikkelen bew. mog. Ontdekken fascinaties Oefenen Herhalen, variëren Thuis raken Herkennen en verdiepen Uitbouwen Inslijpen	Complimenteren Het geven van correcties Geven van aanwijzingen Uitleg van de technieken Aanreiken van vervolgtechnieken Beïnvloeden van weerstand Didactische opbouw van de technieken	Aanleren technische vaardigheden. Verbeteren van lichaamsverbeteringen Het eigen maken van technische vaardigheden Rekening houden met elkaar Samenwerken met elkaar
Sparren Uitdagen Rivaliseren Er/onderkennen en spelen met tegengesteld belang Beproeven eigen en	Grenzen stellen Situaties uitleggen Inspelen op een actie Motiveren Uitlokken	Deelnemen bestaansveld Voor jezelf opkomen Uitproberen van... Toepassen van het geleerde in andere situaties

⁵ BPT opleiding: Vak BA&PMT 3^e jaar, dhr. L. Sietsma

andermans mogelijkheden Respecteren ander Automatiseren technieken Experimenteren	Verduidelijken acties	Complementeren van bestaansveld Optimaliseren van technische vaardigheden
Vieren Plezier beleven in doen Verblijven zonder moeten Recreëren Spelen en laten spelen	Aanbieden van het onbekende Stimuleren om vrij te bewegen	Bewegen zonder beperkingen Zelfinitiatief ontplooiën

Kapstok Psychomotorische therapie

Actie van de deelnemer Modaliteiten Behandelstrategieën WAT	Actie van de therapeut HOE	Doelen geformuleerd in Termen van WAAROM
Oefenen Leren Doen Hier en nu In contact blijven met de omgeving en/of lichaam Omgaan eigen problematiek Verkennen	Structureren Sturen Leiden	Mobiliseren (re)activering (re)habiliteren Leren om... Vergroten waarnemings-, belevingsvermogen en gedragsrepertoire
Ervaren Beleven Experimenteren Zicht krijgen op eigen gedrag Accent hier-en-nu en daar Denken Voelen Handelen Herkennen	Uitlokken Creëren Uitnodigen tot... Structureren	Ervaren dat... Compenseren Uitproberen van...
Ontdekken Ontwikkelen Herbeleven Benoemen Accent hier-en-nu, daar en toen Uiten Erkennen	Creëren Spiegelen Confronteren Bewust maken van....	Inzicht krijgen in inadequaat gedrag in sociale verbanden Conflict oplossen Integreren van... Relabelen

Hoofdstuk 4 Casus

4.1 Casus beschrijving

In het komende hoofdstuk ga ik een case uitwerken aan de hand van de eerder benoemde onderwerpen. Eerst beschrijf ik de biografie van de cliënte, vervolgens beschrijf ik de aanvraag en hoe het behandelplan tot stand is gekomen.

Wegens privacyredenen gebruik ik geen namen en andere belangrijke privégegevens van de cliënte. Het gaat om een vrouwelijke cliënt van 17 jaar (21-09-1991). Ik noem haar "cliënte". Cliënte is woonachtig binnen Gastenhof op behandelgroep Raadhuisstraat 17B.

Raadhuisstraat 17 (algemeen) is een zeer intensieve behandelgroep voor jongeren vanaf 15 jaar, zowel jongens als meisjes. De groep is gelegen op een besloten terrein. Het betreft jongeren met een licht verstandelijke beperkingen met daarnaast ernstige gedragmatige, psychiatrische, sociaal-emotionele problemen en/of met een beperkte zelfredzaamheid. Dit alles is per jongere verschillend.

Opname binnen Raadhuisstraat 17B vindt plaats als de jeugdige toe is aan het oefenen met en trainen van meer zelfregie en zelfcontrole ter voorbereiding op een plaatsing buiten de locatie Urmond. Dat kan zijn een plaatsing naar huis, een minder intensieve behandelgroep van Gastenhof of een extern begeleid woonperspectief. Binnen raadhuisstaat 17B wordt gewerkt met een duidelijke groepsstructuur met een vast dag- en weekprogramma. Daarnaast wordt er per jongere een individueel programma gehanteerd afgestemd op het perspectief dat voor ieder wordt bepaald.

Toen de cliënte werd aangemeld voor BA/PMT verbleef ze nog op Raadhuisstraat 15. Raadhuisstraat 15 is een zeer intensieve behandelgroep voor licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen van lager cognitief niveau (IQ 50-60) en/of met een psychiatrische problematiek die langdurige behandeling behoeft. Er is vooral veel aandacht voor en de nadruk ligt op de mogelijkheden en de resources die de jeugdigen hebben. Binnen het gecreëerde behandelklimaat worden de jeugdigen aangesproken op hun niveau van functioneren op cognitief, sociaal-emotioneel en zelfredzaamheidsgebied. De diversiteit van problematieken en niveaus van functioneren maken dat behandeling geïndividualiseerd aangeboden wordt. Er wordt een voorspelbaar klimaat gecreëerd waarin jeugdigen weten wat ze kunnen verwachten en wat van hen verwacht wordt. Dit gebeurt door voor elke jeugdige een individueel plan op te stellen met betrekking tot behandeldoelen, gedragsregels en straffen/belonen, met daarnaast enkele basisregels die groepsgewijs gelden. Structureren wordt vooral vormgegeven middels individuele afspraken en voorspelbaarheid in de relatie tussen groepsleider en jeugdige (een van de belangrijkste tools is de manier waarop groepsleiding op professionele en functionele wijze de relatie aangaat met de jeugdige, waarin zaken als afstand/nabijheid, begrenzing, neutraliteit, voorbeeldfunctie en mondeling vormgegeven worden), in mindere mate middels de dagprogrammering en groepsregelgeving. Vanuit deze situatie wordt een veilig klimaat gecreëerd waarin jeugdigen hun eigen plekje kunnen en mogen hebben en waarin ze hun eigenheid kunnen ontwikkelen.

Onderstaande gegevens heb ik uit het dossier van de cliënte gehaald. Deze gegevens heb ik gebruikt om haar problematiek in kaart te brengen. De gegevens heb ik genoteerd in het Dialoogmodel. In een later stadium heb ik de intake en observatie gegevens toegevoegd. Dit is te vinden in de bijlage. Ik heb de gegevens in het Dialoogmodel geplaatst, omdat het voor mij een praktisch hulpmiddel is om een duidelijk en verantwoord behandelplan op te stellen.

Diagnose:

DSM-IV-TR

- As I : Geen diagnose
- As II : Borderline persoonlijkheidsstoornis in ontwikkeling
- As III : Geen diagnose
- As IV : Opvoedingsproblemen, problemen binnen de primaire steungroep
- As V : GAF 40

Biografie:

Met betrekking tot sociale aspecten

1. De cliënte heeft in haar verleden zeer veel verschillende woonsituaties gekend, hetgeen niet voor stabiliteit heeft gezorgd in haar leven. Het maakte dat ze er niet op kan vertrouwen een eigen plekje te hebben en te houden.
2. Sinds de cliënte binnen een klinische setting is opgenomen, is er sprake van een toename in haar gedragsproblematiek; wellicht dat de klinische setting dit appèl op haar doet.

Met betrekking tot gezinsaspecten

1. De cliënte komt uit een multi-probleem gezinssysteem, hetgeen zijn weerslag heeft op haar manier van vormgeven van relaties. Daarnaast heeft dit gezin door problematieken te weinig draagkracht en inzicht om de cliënte onvoorwaardelijk te accepteren en ondersteunen, hetgeen ze gezien haar problematiek wel nodig heeft.
2. De vader van de cliënte stelt zich ambivalent naar haar op, dit verschaft haar geen duidelijkheid over haar relatie met hem. De cliënte blijft zoeken naar welke plek ze inneemt in het leven van de vader.
3. De cliënte heeft verschillende woonsituatie gekend, er is sprake van loyaliteitsproblemen tussen de verschillende systeemonderdelen.

Met betrekking tot cognitieve en gedragsmatige aspecten

1. De cliënte heeft op momenten weinig tot geen controle over haar eigen gedrag, waardoor ze dan agressie naar zichzelf en anderen kan vertonen (automutilatie).
2. De cliënte heeft geleerd dat het vertonen van abnormaal gedrag (manipulatie, automutilatie) haar aandacht oplevert, ook al is dit negatieve aandacht.
3. De cliënte heeft door verschillende misbruikervaringen geleerd dat het weinig zin heeft grenzen aan te geven op lichamelijk gebied, deze grenzen zijn voor haar vervaagd. Daarnaast voelt ze ambivalentie ten opzichte van mannen.
4. Als de cliënte overvraagd wordt, gaat ze gedragsproblemen vertonen, bijvoorbeeld op school.

Met betrekking tot psychodynamische aspecten

1. De cliënte heeft een traumatisch verleden achter de rug op het gebied van mishandeling, verwaarlozing en misbruik. Dit heeft een duidelijke indruk achtergelaten op haar persoonlijkheid en maakt dat ze onveilig in het leven staat.
2. De cliënte heeft gezien haar leefomstandigheden met de zeer vroege uithuisplaatsing geen mogelijkheden gehad om zich veilig te hechten aan voor haar belangrijke figuren, waardoor er sprake is van een basisonveiligheid in haar leven.

Met betrekking tot ontwikkelings- en persoonlijkheidsaspecten

1. De cliënte heeft een ontwikkelingsachterstand op allerlei gebieden (cognitief en sociaal-emotioneel) waardoor ze minder begrip heeft van de wereld om haar heen en ze minder grip hierop heeft.
2. Gezien haar persoonlijkheid wisselen haar stemmingen zich snel en veelvuldig af, hetgeen voor haar omgeving soms moeilijk te hanteren is.

3. De cliënte staat op momenten minder in de werkelijkheid; ze hoort stemmen en lijkt te dissociëren.
4. De cliënte bevindt zich in een levensfase waarin ze erg op zoek is naar eigenheid en autonomie; ze kan deze echter niet altijd goed hanteren hetgeen ze dan moeilijk vindt en toont weerstand als ze hierin beperkt wordt.

Met betrekking tot de biologische aspecten

1. –

Met betrekking tot resources (informatiebronnen)

1. De cliënte kan goed haar vrije tijd indelen en om krijgen.
2. Als ze goed gestemd is, maakt ze veel grapjes en lacht ze veel.
3. Zelfverzorging is goed.
4. Heeft een huisdier; hier zorgt de cliënte goed voor.
5. Als ze goed gestemd is, is de cliënte op correcte wijze assertief.
6. Ze heeft een leuk en prettig contact met groepsleden.
7. De cliënte geniet van individuele aandacht van groepsleiding middels een spelletje of een knuffel.
8. De cliënte kan zelf een en ander aangeven over wat haar zou kunnen helpen en wat ze leuk vindt, bijvoorbeeld paardrijden en meer controle over zichzelf krijgen.
9. Als de cliënte gevaarlijke spullen inslikt, geeft ze dit meestal snel en eerlijk aan, hetgeen het gemakkelijker maakt hierop te anticiperen.
10. Het wordt steeds duidelijker hoe met de cliënte om te gaan in alledaagse situaties waarin ze gedragsproblemen vertoont. Het protocol heeft hierin voor meer voorspelbaarheid gezorgd voor zowel de cliënte als groepsleiding.
11. De cliënte heeft een uitgebreid systeem om zich heen staan dat betrokkenheid toont; elk subsysteem op eigen wijze.

Onderzoekshypothesen:

- Er is sprake van een licht verstandelijke handicap
 - bevestigd op basis van dossieronderzoek en klinische observatie.
- Er is sprake van onveilige hechting
 - bevestigd op basis van dossieronderzoek.
- Er is sprake van persoonlijkheidsproblematiek
 - bevestigd op basis van dossieronderzoek, klinische observatie en psychiatrische diagnostiek.
- Er is sprake van systeemproblematiek
 - bevestigd op basis van dossieronderzoek en klinische observatie

De meerwaarde om bovenstaande gegevens te verzamelen is dat je als therapeut een betere achtergrond van de cliënte hebt. Dit heeft als voordeel dat men zich kan verplaatsen in de cliënt. De DSM VI-TR geeft mij handvaten om me bijvoorbeeld te verdiepen in het ziektebeeld. Dus het is in principe het theoretische vlak van de casus. Ik kan vervolgens op zoek gaan naar wat het ziektebeeld inhoudt en vanuit dit standpunt kan ik de strategieën en attitudes bepalen. Niet alle gegevens die in het dossier staan zijn belangrijk om als psychomotorische therapeut te weten. Het Dialoogmodel helpt deze gegevens te ordenen en overzichtelijk te krijgen.

De cliënte werd aangemeld door de orthopedagoge met als hulpvraag om meer te bewegen. Hierbij is het doel om energie kwijt te raken met als gevolg minder snel gefrustreerd te raken (ontladen). Tevens was de vraag om door bewegen af te vallen.

De middelen die ik kon gebruiken waren in eerste instantie minimaal. Ik had een kleine fitnessruimte ingericht en kon in een later stadium gebruik maken van een gymzaal. De gegevens in het dossier vond ik onoverzichtelijk. Het was heel veel informatie, waarvan ook niet alle informatie belangrijk was voor de psychomotorische therapie/bewegingsagogie. Dat maakte het voor mij moeilijk om een goed beeld van de cliënte te krijgen. Het Dialoogmodel ordent het verhaal rondom de cliënte duidelijk en overzichtelijk. Ik kon, nadat ik de gegevens in het Dialoogmodel had geplaatst, voor mezelf een betere keuze maken welk domein ik de aandacht zou gaan geven. In de bijlage heb ik een voorbeeld van het Dialoogmodel gevoegd. In het lichamen domein was niet veel bekend. Daarom ben ik in eerste instantie gaan onderzoeken wat de cliënte wil en kon; dit door het aanbieden van diverse bewegingsactiviteiten. Veel keuze hadden we niet vanwege de beperkte faciliteiten. We hebben samen het doel besproken en zijn begonnen met fitness. Bij bewegingsagogie zou ik dan binnen de modaliteit van "ontmoeten" zitten. Helaas merkte ik aan de cliënte dat haar motivatie daalde, haar inzet verminderde en de resultaten uit bleven. Ik moest haar steeds meer stimuleren om mee te gaan. Tijdens de fitnessoefeningen gaf ze sneller aan te willen stoppen. De redenen hiervoor waren divers. Voornamelijk gaf de cliënte redenen van buitenaf aan: "Ik kan niet mee want ik kan telefoon verwachten", "heb zo meteen een gesprek", "voogd komt zo", "voel me niet lekker", "ben moe" etc. De oplossingen die ik voor de therapietrouw bedacht, waren vooral erop gericht dat iedereen wist waar we waren, zodat we bereikbaar waren. Ik probeerde haar iedere keer te begrijpen, was meegaand in haar gesprek en probeerde haar vervolgens in beweging te krijgen. Meestal lukte het ook, maar de cliënte deed vervolgens minder actief bewegen. Ik was al blij als ik haar had meegekregen naar de fitnessruimte. Het minpunt was dat ze dus passief was en daardoor geen resultaat zag. Achteraf gezien heb ik de SMART doelstelling niet helder geformuleerd. Wel had ik een beloning afgesproken, maar dit was ook niet concreet gemaakt.

De ruimte waarin gewerkt werd, was niet "bewoonbaar"⁶. Het was er rommelig en vies, werden vaak gestoord door personeel dat de ruimte gebruikten als in- en uitgang. Tevens was er veel inkijk. Andere jeugdigen kwamen aan de ramen kijken of bonkte op de deur. De werkruimte is onvoldoende om een veilige omgeving te creëren waardoor therapie geven bijna niet mogelijk is. Na een aantal weken konden we gebruik gaan maken van een gymzaal. Toch bleven we nog gebruik maken van de fitnessruimte om te werken aan gewichtafname. We hebben elkaar in deze periode redelijk goed leren kennen. De vraag van de orthopedagoge om energie kwijt te raken, waardoor ze minder snel gefrustreerd zou worden, heb ik bijgeschaafd. Frustratie wordt in de dikke Van Dale beschreven als: "gevoel van teleurstelling". Teleurstelling is geen fijn gevoel. Het kan je verdrietig of zelfs boos maken. Maar hoe kun je dit voorkomen? Je eigen verwachtingen of de verwachtingen in of van een ander bijstellen? Dus je moet jezelf kennen, maar ook de ander. En wat is dan gevoel? De dikke Van Dale beschrijft gevoel als "datgene wat men voelt". Dit kan zijn: pijnlijk (lijfelijk) of met gemengde gevoelens (emotioneel). Gevoelens kunnen dus ook emoties zijn. Onder emoties kunnen we verstaan: boos, blij, bedroefd, bang. Ik vroeg me bij de cliënte af of ze wel haar eigen gevoelens herkende. Ze kon tijdens de fitness geen lijfelijke verschillen benoemen noch emotionele gevoelens, hetgeen niet vreemd is met een traumatisch verleden. Zo stelde ik de nieuwe hulpvraag op: "herkennen van gevoelens".

Binnen de fitness bleef gewichtafname de belangrijkste doelstelling. In de gymzaal werd de doelstelling het herkennen van gevoelens. In eerste instantie wist ik nog niet goed hoe ik de sessies moest vormgeven. De studie en een studiegenoot hebben me handvaten gegeven. Ik ben uitgekomen bij "Rots en Water"⁷. Het 'Rots en Water'-programma stelt zich ten doel jongens/meisjes bij te staan in het ontdekken van hun eigen kwaliteit en richting; het leren beheersen, vergroten en richten van de eigen kracht en hen met begrip, respect en gevoel te leren omgaan met zichzelf en de mensen om hen heen.

⁶ P.J.A.M. Hekking & M.J. van den Blink, Psychomotorische therapie in de praktijk, Ervaringsgerichte psychomotorische therapie met jeugdigen

⁷ Ykema, F. (2002). Het Rots & Water perspectief. Een psychofysieke training voor jongens: basisboek, SWP, Amsterdam

Binnen de cursus Rots & Water komen onder andere de onderdelen grounding, centreren en focussen naar voren. Grounding is een heel belangrijk onderdeel van het Rots en Water programma. Allerlei spreekwoorden, bijvoorbeeld: “met beide benen op de grond staan”, geven aan dat het letterlijk stevig op je benen staan, verbonden wordt met ook mentaal sterk staan en zijn. Als iemand letterlijk stevig op zijn benen staat, staat hij/zij dus niet alleen fysiek steviger, maar geeft automatisch ook een gevoel van meer mentale stevigheid. Er ontstaat dus bijgevolg meer zelfvertrouwen en innerlijke kracht. Bovendien oogt deze houding ook voor de buitenwereld steviger en straalt een zekere vorm van rust uit, wat in conflictsituaties zeker van pas komt. Het leren “gronden” (stevig en ontspannen staan met een bewust voet-grondcontact), het leren “centreren” (kracht en aandacht verzamelen in de buik) en het leren “focussen”(het richten van de aandacht op een doel) zijn daartoe essentiële onderdelen.

Als dit binnen het Dialoogmodel geplaatst wordt, richt ik de aandacht op de lichamelijke, cognitieve en emotionele domeinen. Binnen het lichamelijke domein is de oefening de hoofdkern: het lichamenlijk laten ervaren. Bijvoorbeeld als de cliënte niet stevig genoeg staat, krijg ik haar zo omgeduwd. Bij het cognitieve stuk zijn de aandachtspunten het letten op de ademhaling en houding. Binnen het emotionele domein zal ze meer zelfvertrouwen gaan ontwikkelen, omdat ze merkt aan haar lijf dat ze steviger staat. Lichamenlijk kan het ook zijn dat ze veranderingen/kriebels voelt in haar lichaam. Als therapeut doe je interventies hierop te plegen met als doel bewustwording van lichaamssignalen. Dus herkennen van lichaamssignalen.

4.2 Gebruikte psychologische stromingen en therapeutische attitudes binnen de casus

Als ik de gegevens van de cliënte heb genoteerd in het Dialoogmodel kan ik een start gaan maken met het behandelplan. Als eerste start ik met de doelstelling(en) en vervolgens ga ik bekijken hoe ik deze doelstellingen wil gaan behalen als therapeut; dus welke attitude/strategie is belangrijk. Middels het gebruiken van een psychologische stroming kan ik hier een onderbouwde en verantwoorde keuze in maken.

Psychomotorisch therapeuten werken doelgericht met hun cliënten en kunnen hun werkwijze onderbouwen en verantwoorden. Op basis van diagnostische procedures komt de therapeut tot een verantwoord behandelplan. In het behandelplan worden zowel de doelstellingen als de wijze waarop ze bereikt worden helder omschreven. Tevens wordt het behandelplan regelmatig geëvalueerd en waar nodig is bijgesteld.

Binnen deze paragraaf wil ik duidelijkheid gaan aangeven welke psychologische stromingen met de daarbij horende therapeutische attitude ik gebruik heb binnen mijn casus.

De psychomotorische therapie modules (Borderline persoonlijkheidsproblemen, een kapstokmodel voor de behandeling van borderline persoonlijkheidsproblemen, NVPMT) en het boek Gedragsproblemen bij jongeren met psychiatrische stoornissen (G. Vaessen, 2008) hebben mij handvaten gegeven om een insteek te maken binnen de therapie met bijbehorende therapeutische attitudes.

Binnen de casus heb ik een aantal verschillende psychologische stromingen gebruikt. De keuze van de stroming had te maken in welke fase van behandeling de cliënte was. In de beginfase heb ik voornamelijk de cliëntgerichte therapie gebruikt. Belangrijk in deze fase is dat de therapeut veiligheid schept, gedrag en situaties structureert en de cliënte laat focussen op haar werkpunten. Deze stroming is gedurende de hele therapie aan bod gekomen. Belangrijk in de beginfase is zeker de vertrouwensband opbouwen tussen cliënte en therapeut. Gaandeweg de therapie heb ik gebruikt gemaakt van gedragstherapie. Beide psychologische stromingen zal ik in de komende twee paragrafen beschrijven. Binnen de stromingen horen

ook therapeutische attitudes. Deze zal ik ook beschrijven en koppelen aan een modaliteit van psychomotorische therapie.

Binnen de casus heb ik dus gebruik gemaakt van de volgende psychologische stromingen⁸:

- Gedragstherapie
- Cliëntgerichte/humanistische therapie

4.2.1 Gedragstherapie

Doel van de gedragstherapie:

Het gaat er om het verkeerde gedrag weer af te leren en het gewenste gedrag aan te leren. Zo kan bijvoorbeeld roken gezien worden als een vorm van verkeerd gedrag omdat het schadelijk is voor de gezondheid. Er wordt van uit gegaan dat roken kennelijk gekoppeld is aan een plezierig gevoel. Het is af te leren door het te koppelen aan een naar gevoel, bijvoorbeeld misselijkheid. Door een misselijkmakend middel in de sigaret te stoppen associeer je roken met een onplezierig gevoel en wil je op een gegeven moment niet meer roken (duimzuigen).

- Gedragstherapie werkt probleemgericht met de nadruk op het opheffen van concrete problemen of klachten.
- Het gaat op zoek naar de factoren die ongewenst gedrag in stand houden.
- De cliënt leert anders om te gaan met zijn problemen.
- Leren is veranderen, veranderingen treden op als gevolg van bepaalde ervaringen.
- Het leerproces wordt observeerbaar vanuit de gedragsverandering.
- Kennis opdoen over de samenhang tussen gebeurtenissen.
- Disfunctionele denkwijzen afleren of cognitieve vaardigheden aanleren.
- Bewust verlopende processen zijn onbruikbaar als informatiebron.
- Voordeel van de behandelwijze is dat er in korte tijd goede resultaten geboekt kunnen worden.

Gedragstherapie wordt gebruikt bij:

Angst, Autisme, Psychose, Borderline, Alcohol- en drugsproblemen en Seksuele stoornissen.

Technieken uit de gedragstherapie:

- 1) Ontspanningstechnieken (antagonistische reactie).
- 2) Systematische desensitisering (stap voor stap minder gevoelig maken). Angst geleidelijk laten uitdoven door stimuli die angst uitlokken te koppelen aan stimuli die door de cliënt als aangenaam worden ervaren.
- 3) Flooding (overladen).
- 4) Assertiviteitstraining (weerbaarheid).
- 5) Positieve en negatieve bekrachtiging (straffen en belonen).
- 6) Cognitieve en zelfcontrole technieken (zelfregistratie bijhouden), Exposure (respons preventie).

Aandachtspunt binnen de gedragstherapie is dat als je bijvoorbeeld niet meer kan roken, maar wel de behoefte hebt, wat je dan gaat doen.

Waarschijnlijk ga je een vervangingsmiddel zoeken, misschien ga je wel extreem veel snoepen. Als je dit dan weer wilt afleren, voel je wel dat je bezig bent met symptoombestrijding, niet met de oorzaak.

⁸ A. Weerman (2006), Zes psychologische stromingen, één cliënt

Gedragstherapie gekoppeld aan de modaliteiten van de PMT:

Modaliteit waarin de gedragstherapie valt is namelijk OEFENEN er kunnen soms uitstapjes gemaakt worden naar STRUCTUREREN.

Doel:

- Cliënte krijgt contact en blijft in contact met zijn omgeving en/of zijn lichaam.
- Omgaan eigen problematiek
- Verkennen

Al oefenend werkt de cliënte aan het vergroten van het:

- Waarnemingsvermogen
- Belevingsvermogen
- Gedragsrepertoire

Therapeut: Structureert (geeft geordende samenhang)
 Schept veiligheid
 Stuurt
 Leidt

4.2.2 Cliëntgerichte/humanistische therapie

Doel van de cliëntgerichte/humanistische psychotherapie is:

In de traditionele humanistische psychotherapie worden geen oplossingen aangedragen, geen adviezen gegeven, geen vaste theorieën, interpretaties of diagnoses aangedragen. De therapeut doet niets anders dan verhelderen en reflecteren wat de cliënt zegt, verbaal en non-verbaal. De therapeut probeert te begrijpen wat de cliënt beleeft, en probeert dit naar voren te halen op een accepterende manier. Het is de bedoeling dat de cliënt op deze manier meer zicht krijgt op zichzelf en beter durft te ervaren wat er in hem omgaat. De cliënt moet weer keuzes leren maken die bij hem passen. De therapie is erop gericht het zelfbeeld dichter bij het echte “zelf” te brengen. Veel mensen zitten vast op het niveau van de veiligheidsbehoeften (niveau 2) waardoor ze last hebben van angst. De therapeut werkt aan het verstevigen van het basisvertrouwen, de basic trust. Allereerst door zelfacceptatie; het leren van zelfbevestiging is daarbij fundamenteel. Dat wil zeggen leren houden van jezelf zoals je bent; niet anders willen zijn dan je bent. Je sterke en minder sterke kanten niet ontkennen, maar herkennen en erkennen. Van jezelf mogen zijn wie je bent, zonder dat er steeds een afkeurende stem is die je naar beneden praat. De cliënt voelt zich veilig en kan langzamerhand steeds meer ervaringen, die hij voorheen niet mocht hebben, tot zijn bewustzijn toelaten.

Hij durft naar zichzelf te kijken en krijgt daar waardering voor. Hij accepteert, zonder oordeel en zonder schuld wat er is. De therapie kan worden afgerond als de cliënt door de toegenomen zelfacceptatie weer voldoende vrij en congruent met zijn wezenlijke ervaringen kan omgaan. Daardoor kan het proces van zelfverwezenlijking weer opgang komen en wordt de omgang met anderen vrijer.

Cliëntgerichte/humanistische psychologie en PMT:

- De non-directieve of cliënt-centered-therapy.
- Liefdevolle goede therapeutische relatie. Aandacht voor de persoon. Aan de lijve ondervinden.
- Warmte – echtheid – empathie
- Experimentele aanpak (denken – voelen – handelen)

Volgens Rogers moet therapie aan een drietal voorwaarden voldoen. Deze voorwaarden zijn nodig en voldoende om veranderingen in de persoon tot stand te laten komen.

1. De therapeut moet in zijn relatie met de cliënt congruent functioneren.
2. De therapeut moet de patiënt met een maximum aan onvoorwaardelijke positieve waardering tegemoet treden.
3. De therapeut dient zich maximaal in te leven, in de denk- en gevoelswereld van de cliënt.

De kerngedachte is dat de therapeut als “belangrijke andere” voor de cliënt veel onvoorwaardelijke positieve waardering moet tonen, ter compensatie van het teveel aan voorwaardelijke positieve waardering dat de cliënt in zijn leven heeft ervaren. De combinatie van empathie en onvoorwaardelijke waardering is een bevrijdende ervaring voor de cliënt.

Cliëntgerichte/humanistische therapie gekoppeld aan de modaliteiten van de PMT:

De modaliteit waarbinnen de humanistische therapie valt, is voornamelijk structureren en ervaren (hier, nu en daar).

Doel:

- Cliënte ontwikkelt zelfstructurerend gedrag in therapiesituaties en in haar leven buiten de therapiesituaties.
- Cliënte krijgt zicht op eigen gedrag in relatie tot haar omgeving.
- De cliënte leert te experimenteren met gedragsalternatieven en effecten van deze alternatieven op haar gedrag in relatie tot haar omgeving. Alternatieven hebben aspecten van denken, voelen en handelen in zich.

Therapeut: Schept veiligheid
 Structureert gedrag en situaties
 Focus cliënte op wat van haar, met haar hulpvraag, van belang is.

Door deze bewuste keuze van psychologische stromingen kon ik als therapeut beter mijn behandelplan opzetten. Duidelijk werd welke attitude ik moest aannemen en wat het globale doel was van de cliënte. Tevens kon ik beter verantwoorden waarom ik bepaalde keuzes had gemaakt binnen het behandelplan.

Hoofdstuk 5 Eindconclusie en beantwoording van de vraagstelling

Referentiemateriaal:

Met de vraag wat psychomotorische therapie kan bijdragen in behandeling van kinderen en jeugdigen met een licht verstandelijke beperking en gedragsproblemen binnen Gastenhof Urmond heb ik gebruik gemaakt van verschillende referentiekaders. Omdat er nog geen psychomotorische therapie is binnen Gastenhof Urmond heb ik de ervaring gebruikt vanuit mijn stage bij Mondriaan Zorggroep, divisie kinderen en jeugdigen in Heerlen. Tevens ben ik op zoek gegaan naar literatuur en heb de boeken en artikelen die mij aanspraken gebruikt in mijn scriptie. Deze zijn terug te vinden in de literatuurlijst.

Gebruikte modellen:

De modellen die ik heb gebruikt zijn de DSMIV en het Dialoogmodel. DSMIV heb ik gebruikt om achter de kenmerken van het ziektebeeld te komen. Door het hanteren van het Dialoogmodel kreeg ik ordening omtrent de cliënt..

Door de casus goed in kaart te brengen middels het Dialoogmodel kon ik een keuze maken welke domeinen (LECS) ik wilde versterken. Als eerste wilde ik het lichamelijke domein gaan verkennen, omdat hiervan weinig bekend was. Vervolgens heb ik gebruik gemaakt uit een gedeelte van de "Rots en Water" training. Met name het herkennen van lichaamssignalen. Ik wilde de cliënte haar lichaamssignalen laten herkennen, zodat ze uiteindelijk door gedragsverandering de frustratie/boosheid (emoties) controleerbaarder kon houden.

Technieken/methodes:

Door het non-verbale karakter van de psychomotorische therapie krijg je een mooie ingang bij de jeugdige. Het verbale staat wat meer op de achtergrond en de ervaring centraal. Toch moet het verbale stuk worden meegenomen en aangepakt; hierdoor krijgen de dingen die je doet meer woorden en betekenis. Hopelijk neemt de jeugdige dit goed op, waardoor hij/zij zich steeds beter kan gaan verwoorden. Zeker rondom emoties en gedachtes.

Door lichaamsgericht te werken, dus aan den lijve ervaren. Het lichaamsbesef, lichaamsbeleving, spanningsklachten, angst, frustratiegrens verkennen, herkennen en erkennen.

Door positieve ervaringen op te doen, versterkt de cliënte een positief zelfbeeld en zelfvertrouwen.

Door de cliënte concreet te laten ervaren in het bewegen en het lijfelijk bezig zijn, sluiten de volgende hulpvragen, agressieregulatie, emotieregulatie, sociale vaardigheden vergroten en traumaverwerking, goed aan binnen de psychomotorische therapie.

Attitude:

Aan het begin van de behandeling heeft het krijgen van een goede therapeutische werkrelatie de prioriteit. Het is daarom van belang dat de therapeut veiligheid, warmte en echtheid laat voelen. Ook is een structurerende, empathische, ondersteunende houding nodig om hiermee een basis van vertrouwen te winnen. Gedurende het therapie-proces kan de ondersteunende houding van de therapeut afnemen.

Het is belangrijk dat de therapeut structurerend werkt. Bijvoorbeeld dat je iedere sessie hetzelfde begint of iets laat terugkomen. Dit geeft bekendheid en veiligheid voor de cliënt. Als er genoeg veiligheid is, kan de therapeut de experimentele aanpak (denken-voelen-handelen) gaan toepassen. In deze fase kun je samen met de cliënt naar gedragsalternatieven gaan zoeken. Hierin komt naast de hierboven beschreven attitudes ook de sturende en leidende houding van de therapeut naar voren.

Evaluatiecriteria:

De gebruikte technieken, methodes en attitudes heb ik puur vanuit de casus genomen. Bij andere ziektebeelden kunnen andere attitudes en technieken horen. Denk maar bijvoorbeeld aan ADHD. Dan is je attitude weer erg leidend door de cliënt strak te houden.

Uit bovenstaande punten kan ik concluderen dat psychomotorische therapie zeer zeker een bijdrage kan leveren in het behandelaanbod bij LVG kinderen en jeugdigen met gedragsproblemen binnen de werkstichting Gastenhof. Dit heb ik ook duidelijk door middel van de casus laten zien.

Een kanttekening is dat als er psychomotorische therapie wordt aangeboden er ook de middelen voor moeten zijn. Je kunt het vergelijken met een musicus die ook een instrument nodig heeft om muziek te maken. Binnen Gastenhof is er een therapiezaal nodig om het vak uit te kunnen oefenen. Zonder therapiezaal kun je de cliënt geen veiligheid, rust etc. geven. Dit ingrediënt heb je onder andere nodig om een goed therapieresultaat te behalen.

Literatuurlijst

- **Boeken**

Vaessen, G (2003) Een kink in de kabel

Psychiatrische problemen bij kinderen en jeugdigen in een leefgroep

Vaessen, G (2008) Gedragsproblemen bij jongeren met psychiatrische stoornissen

Maurer en Westermann (2007) Beter communiceren in de hulpverlening, het Dialoogmodel als leidraad

Ykema, F. (2002). Het Rots & Water perspectief. Een psychofysieke training voor jongens: basisboek, SWP, Amsterdam

A. Weerman (2006), Zes psychologische stromingen, één cliënt

Nederlandse Vereniging Gehandicaptenzorg (1995)

- **Artikelen**

Fellinger, P. (2006). Bewegingsagogie; Een plaatsbepaling met handelingskader. *Tijdschrift voor vaktherapie*, uitgave 4/2007, 23-29.

P.J.A.M. Hekking & M.J. van den Blink, Psychomotorische therapie in de praktijk, Ervaringsgerichte psychomotorische therapie met jeugdigen

Dhr. L. Sietsma, BPT-opleiding, BA&PMT 3^e jaar

Beroepsprofiel NVPMT, 2004

Beroepsprofiel NVBA, 2004

- **Websites**

www.koraalgroep.nl

www.dialoogmodel.nl

www.edumax.nl/gedrag

www.pmtinfosite.nl

http://www.kcco.nl/handicap/verstandelijk/licht_verstadelvg

Bijlagen

Dialoogmodel (alleen dossiergegevens zijn momenteel in het voorbeeld Dialoogmodel verwerkt. Intake en observatiegegevens nog niet.)

Naam:

leeftijd:

ingevuld door:

datum:

Omgeving

gezin:

- Multiprobleem gezinsysteem
- Systeemproblematiek
- Raadhuisstraat 17B

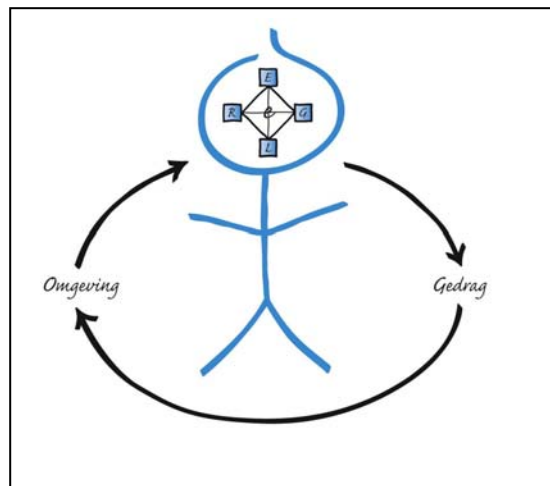
school:

vrije tijd sociale contacten:

- Paardrijden lijkt haar leuk
- Zwemmen
- Fitness lijkt haar leuk

Gedrag

- Klinische setting toename gedragsproblematiek
- Agressie naar zichzelf en anderen
- Stemningswisselingen
- Persoonlijkheidsproblematiek, Borderline
- Impulsief
- Geen controle over eigen gedrag
- Overvraging -> gedragsproblemen



Dialoogmodel © GW-JM 2007

Lichamelijk [L]

?

Relationeel [R]

- Heeft geleerd door het vertonen van abnormaal gedrag de aandacht te krijgen.
- Onveilige hechting (vroegge uithuisplaatsing, basisonveiligheid)
- Heeft een huisdier, zorgt hier goed voor.
- Prettig leuk contact met groepsgenoten en personeel.
- Als ze goed gestemd is, correct assertief.

Emotioneel [E]

- Traumatisch verleden
- Ontwikkelingsachterstand, minder grip op de wereld
- Stemningswisselingen
- Goed gestemd, veel lachen

Gedachten [G]

- GAF 40 (enige beperkingen in reality testing of de communicatie Verschillende beperkingen werk etc. zie DSM IV)
- LVG
- Hoort stemmen/dissociëren

Aanvraagformulier

Aanvraagformulier Bewegingsagogie / Psychomotorische therapie

Aanvraag afkomstig van:

Naam Jeugdige:

Geboorte datum:

(Voorlopige) diagnose of werkhypothese:

Specifieke vraagstelling:

Aangemeld door:

Aanvraagdatum:

Voorbeeld behandelplan

Ik heb een ander voorbeeld behandelplan toegevoegd omdat het plan dat ik beschreven heb in de casus niet is uitgewerkt. Dit had ik toen nog niet gemaakt. Ik ben hiermee begonnen in de tijd dat ik stage liep bij Mondriaan zorggroep. Voorheen was het uitwerken van een behandelplan bij mij onbekend.

Therapie plan PMT

Betreffende:	Cliënte
Geboortedatum:	21-09-1991
Therapeut:	J. Deckers
startdatum:	24 november 2008
einddatum:	Eind december 2008
vorm:	Individueel 45 minuten per week (excl. Reistijd)
diagnose/ probleemstelling :	DSM-IV-TR
	- As I : Geen diagnose
	- As II : Borderline persoonlijkheidsstoornis in ontwikkeling
	- As III : Geen diagnose
	- As IV : Opvoedingsproblemen, problemen binnen de primaire steungroep
	- As V : GAF 40
strategie:	Ervaringsgericht, oplossingsgericht
attitude:	Ondersteunend, confronterend
ruimte:	Zwembad Maasveld / en "de Nieuwe Hateboer"
medicatie:	Nog onbekend bij mij. Nog navragen.

doelstellingen:

1. Gaan zwemmen en me hier ook op me gemak voelen.

omschrijving einddoelen:

1. Over +/- 1 maand wil ik in mijn badbak in een openbaar zwembad gaan zwemmen gedurende een half uur. Tijdens deze activiteit wil ik me op mijn gemak voelen. Ik vind het leuk om te gaan zwemmen.

uitwerking doelstellingen:

ad 1. stappenplan/opbouw

- Aanschaf van een badpak
- Samen gaan zwemmen in Maasveld (zwembad wordt niet gebruikt door anderen). Als ik me op mijn gemak voel, ga ik naar de volgende doelstelling.
- Samen gaan zwemmen in Maasveld als het zwembad ook door anderen wordt gebruikt. Als ik me hierbij fijn voel kan ik naar de volgende doelstelling.
- Samen naar zwembad De nieuwe Hateboer. Voel ik me prettig ga ik het water in.
- Samen naar De nieuwe Hateboer . Ik ga het water in. Ik kan benoemen wanneer ik me niet prettig voel. Therapeut geeft oplossingen.

- Samen naar De nieuwe Hateboer. Ik ga het water in. Ik kan benoemen wanneer ik me niet prettig voel. Samen wordt gezocht naar oplossingen.
- Samen naar De nieuwe Hateboer. Ik ga het water in. Ik kan benoemen wanneer ik me niet prettig voel. Ik probeer oplossingen te zoeken.
- Samen naar De nieuwe Hateboer. Ik ga het water in. Ik kan benoemen wanneer ik me niet prettig voel. Ik heb oplossingen.

volgorde van aanpak doelen:

Doelen stapsgewijs proberen te bereiken. Pas als doel bereikt is, naar het volgende doel.

termijn waarop doelen gerealiseerd worden

1. Ongeveer 6 weken.

opbouw therapiesessie (45 minuten):

- Vorige sessie bespreken (sterke en zwakke punten)
- Ik geef aan tot hoe ver ik wil gaan, stop is stop!
- Einde sessie, sessie evalueren

vaste afspraken:

- Start therapie badpak hebben.
- Iedere keer meegaan.