

Het geheim van het PMT-observatiemoduu



“Welke specifieke aspecten van het PMT-observatiemoduu leveren een bijdrage aan de eindrapportage van de observatieperiode op de Forensische Psychiatrische Afdeling te Franeker?”

Gemaakt door: Marlies Huurman
Begeleidend docent: Cor Niks
Beoordelende docent: Paul Verschuur
Hogeschool Windesheim,
School of Human Movements and Sports
Bewegingsagogie en psychomotorische therapie
Zwolle mei 2009

Voorwoord

Van jongs af aan speel ik al tennis en houd ik me bezig met hoe anderen op de tennisbaan staan. De manier waarop iemand een wedstrijd speelt kan veel zeggen over hoe iemand in het dagelijkse leven is. Het houdingsbeeld op het moment van de wedstrijd kan bijvoorbeeld iets zeggen over de voortgang van de wedstrijd. Het lichaamsbeeld kan informatie geven over de aanleg en ervaringsfactoren van de persoon. Het bewegingsbeeld kan bijvoorbeeld iets zeggen over of iemand een aanvaller of verdediger is tijdens de wedstrijd. Hieronder enkele observaties van mijn teamgenoot tijdens de competitie in een tenniswedstrijd.

Mijn teamgenoot heeft een flitsend tennispakje aan met daaronder dure Nike tennisschoenen en op de baan staat een grote tennistas waarin zij haar twee reserve rackets bewaard. Een gebogen hoofd, kromme rug, hangende schouders en een slingerend tennisracket. De ballen die zij slaat gaan uit of belanden in het net. Verder hoor ik gemopper van mijn teamgenoot. Op belangrijke punten wordt ze onder druk gezet door haar tegenstander en gaat ze voorzichtig spelen. Het ware niveau van een tennisser is het beste te herkennen wanneer iemand onder druk staat.

Het spel van mijn teamgenoot is aanvallend en ongeduldig. Ze wil snel punten scoren en lijkt geen geduld te hebben voor kansen die zich voordoen. Hierdoor maakt ze veel onnodige fouten. Mijn maatje juicht enthousiast wanneer ze een punt scoort en moppert wanneer ze een bal fout slaat. Zonder naar het bord te kijken, waar de stand op te zien is, weet ik dat mijn teamgenoot achter staat in de wedstrijd en vermoedelijk gaat verliezen. Het spel van mijn teamgenoot, en de manier van het uiten van emoties in de tenniswedstrijd, komen overeen met haar gedrag in het dagelijkse leven.

Uit bovenstaande kan geconcludeerd worden dat veel van wat ons bezig houdt, en hoe wij ons voelen, te zien is aan ons lichaam. Naast het al dan niet gezond functioneren van ons lichaam hebben onze stemming en de manier waarop wij denken invloed op de uiterlijke verschijningen van het lichaam. Uit het lichaams-, houdings- en bewegingsbeeld van mijn teamgenoot valt veel informatie te halen. Hoe je deze informatie observeert, interpreteert en controleert is van groot belang.

De opleiding psychomotorische therapie (PMT) in Zwolle heeft me meer doen interesseren naar lichaamstaal. Tijdens mijn eindstage op de Forensische Psychiatrie Afdeling (FPA) te Franeker kwam ik in aanraking met het PMT observatiemoduu en ben hier een moduu voor gaan ontwikkelen. Ik raakte meer geïnteresseerd in het observatiemoduu en ben hier mijn scriptie aan gaan wijden.

Op deze plek wil ik de patiënten bedanken die tijdens mijn eindstage op de FPA te Franeker deel hebben genomen aan het PMT observatiemoduu. Daarnaast wil ik mijn scriptiebegeleider C. Niks bedanken voor het begeleiden van mijn scriptie.

Marlies Huurman, mei 2009

Inleiding en vraagstelling

Tijdens mijn eindstage op de FPA te Franeker maakte ik kennis met de PMT observatiegroep. Voor deze groep bestond nog geen beschreven module en deze besloot ik, samen met behulp van mijn stagebegeleider (Norbert Nijland), te ontwikkelen. Na het moduul te hebben ontwikkeld ben ik deze gaan geven aan nieuw opgenomen patiënten op de FPA waarbij behandeldoelen nog niet duidelijk waren. Nadat een patiënt het observatiemoduu heeft afgerond wordt er een observatieverslag gemaakt aan de hand van de zeven geobserveerde thema's. Deze thema's worden later in deze scriptie uiteengezet. Het gemaakte observatieverslag wordt besproken in het behandelteam. De bijdrage die het observatieverslag levert, in de verdere behandeling van de patiënt, is groot. Mede hierdoor ben ik trots op het door mij gemaakte observatiemoduu.

Om twee redenen ben ik mij gaan verdiepen in wat, uit het PMT- observatiemoduu, bijdraagt aan de eindrapportage van de observatieperiode op de FPA te Franeker. Ten eerste werd ik nieuwsgierig: "Waarom valt er zoveel uit het bewegingsgedrag van deze patiënten te halen?" en "Waarom valt er in de zaal, in een groep, meer te observeren dan op de afdeling?" Door deze gedachten en het gedrag van de patiënten raakte ik gefascineerd door het observatiemoduu. Ten tweede wilde ik iets zoeken om me meer te profileren in het behandelteam. Tijdens mijn stageperiode kwam ik erachter dat PMT af en toe nog als een ondergeschoven kindje wordt gezien. Door in deze scriptie antwoorden te vinden op de door mij geformuleerde vraagstelling denk ik me meer te kunnen profileren als PMT'er. Mede door mijn eigen fascinatie en een reden tot profilering ben ik tot de volgende vraagstelling gekomen:

"Welke specifieke aspecten van het PMT-observatiemoduu leveren een bijdrage aan de eindrapportage van de observatieperiode op de Forensische Psychiatrische Afdeling te Franeker?"

In deze scriptie probeer ik het geheim van het PMT-observatiemoduu te ontrafelen. Dit doe ik door achtereenvolgens de volgende zaken te behandelen: in het eerste hoofdstuk geef ik algemene informatie zodat de lezer weet waar het in mijn vraagstelling over gaat. In het tweede hoofdstuk zoom ik in op de visie van PMT op bewegen. Het derde hoofdstuk gaat over de visie van de FPA te Franeker en het vierde hoofdstuk gaat over het verband van deze twee. In het vijfde hoofdstuk analyseer ik het PMT observatiemoduu aan de hand van een casus waarin alle aspecten van het PMT observatiemoduu naar voren komen.

Mijn scriptie wordt afgesloten met een conclusie waarin ik een antwoord geef op welke specifieke aspecten van het PMT-observatiemoduu een bijdrage leveren aan de eindrapportage van de FPA te Franeker.

Inhoudsopgave	blz. 4
Verantwoording vraagstelling	blz. 5
1. Algemene informatie	blz. 6
1.1 Inleiding	
1.2 De FPA te Franeker	
1.3 De doelgroep	
1.4 Het PMT observatiemoduu	
1.5 De eindrapportage van de Riepel	
1.6 De eindrapportage van het PMT observatiemoduu	
1.7 Conclusie	
2. De visie van PMT op bewegen	blz. 10
2.1 Inleiding	
2.2 De definitie van PMT	
2.3 De theoretische basis van PMT	
2.4 Het relationeel bewegingsconcept verder uitgewerkt	
2.5 De visie va de PMT'er op de FPA	
2.6 Conclusie	
3. De behandelvisie van de FPA	blz. 15
3.1 Inleiding	
3.2 Het sociaal-competentiemodel	
3.3 Conclusie	
4. De visie van PMT in relatie tot de behandelvisie van de FPA	blz. 16
4.1 Inleiding	
4.2 De visie van PMT in relatie tot de behandelvisie van de FPA	
4.3 Conclusie	
5. Het observatiemoduu geanalyseerd	blz. 17
5.1 Inleiding	
5.2 Casus observatiemoduu	
5.3 Specifieke aspecten	
5.4 Diagnostiek	
6. Conclusie	blz. 24
7. Literatuurlijst	blz. 25
8. Bijlage	blz. 27

Verantwoording vraagstelling

In mijn vraagstelling, die ik voorafgaand het maken van mijn scriptie heb gesteld, komt duidelijk mijn eigen mening naar voren. Namelijk dat het PMT-observatiemoduu een bijdrage levert aan de eindrapportage van de observatieperiode op de FPA te Franeker. Hieronder verklaar ik waarom mijn eigen mening zo duidelijk naar voren komt in de vraagstelling.

De FPA te Franeker is een relatief kleine instelling waar plek is voor 24 patiënten. In zo'n kleine instelling zijn weinig behandelvormen die een bijdrage leveren aan de observatieperiode. De behandelvormen die een bijdrage kunnen leveren zijn; één psychiater, één psycholoog, één psychomotorisch therapeut (PMT'er), één activiteitenbegeleidster en op elke afdeling twee sociotherapeuten. De sociotherapeuten zijn dag en nacht op de afdeling aanwezig. Samen met de sociotherapeuten levert de PMT'er de grootste bijdrage aan de eindrapportage van de observatieperiode. De PMT'er is de enige behandelvorm die zich expliciet richt op verbale en non-verbale communicatie.

Daarnaast heb ik zelf ervaren dat de PMT'er een bijdrage levert aan de eindrapportage van de observatieperiode. Tijdens het bespreken van de eindrapportage van de observatieperiode in het behandelteam geeft de PMT'er altijd een advies voor verdere behandeling voor eventuele groeps- dan wel individuele PMT voor de desbetreffende patiënt. Daarnaast kunnen de psychiater en psycholoog (beide hoofdbehandelaar) zich bijna altijd vinden in het geformuleerde advies van de PMT'er. Wanneer een patiënt als gastplaatsing op de FPA verblijft en toch meedoet aan de observatieperiode levert de PMT'er een observatieverslag dat doorgestuurd kan worden naar een vervolg instelling.

Er kan nog enige onduidelijkheid ontstaan over de specifieke aspecten die ik in mijn vraagstelling benoem. Onder specifieke aspecten versta ik dat wat typerend is voor PMT ten opzichte van andere disciplines.

Ik ben aan deze scriptie begonnen in de veronderstelling dat er specifieke aspecten zijn in het PMT-observatiemoduu die een bijdrage leveren aan de eindrapportage van de observatieperiode. Via een theoretische onderbouwing en door een visie vergelijking denk ik mijn eigen ideeën over de specifieke aspecten binnen het PMT observatiemoduu te kunnen beargumenteren.

1. Algemene informatie

1.1 Inleiding

In dit hoofdstuk geef ik informatie over de instelling, de doelgroep, observatiemoduu en de eindrapportage. Deze informatie geef ik zodat de lezer een helder beeld kan schetsen waar het in mijn vraagstelling over gaat. Daarnaast is deze informatie van belang bij het beantwoorden van mijn vraagstelling.

1.2 De Forensische Psychiatrische Afdeling (FPA) te Franeker

De FPA is een besloten klinische afdeling en is opgericht in maart 2002. De FPA heeft 24 bedden die zijn verdeeld over drie afdelingen binnen de FPA waarvan drie bedden beschikbaar zijn gesteld voor Sterk Gestoord Licht Verstandelijk Gehandicapten (SGLVG). Voor mijn scriptie houd ik me alleen bezig met de afdeling de Riepel. De patiënten die op deze afdeling verblijven komen in aanmerking voor het observatiemoduu:

- De Riepel (crisis en kortdurende zorg):
Deze afdeling is bestemd voor crisisinterventie, observatie, diagnostiek en kortdurende behandeling/begeleiding. De meeste patiënten die “nieuw” van buiten af komen worden geplaatst op de Riepel. Doorstroming naar de andere afdelingen is mogelijk. Patiënten die nieuw op de Riepel komen krijgen bijna allemaal een kamerprogramma. Dit houdt in dat ze grotendeels op hun kamer verblijven en nog weinig op de afdeling mogen komen. Tijdens de dagopening, maaltijden en dagsluiting komen de patiënten op de afdeling. Deze contactmomenten op de afdeling maken groepsobservatie mogelijk.

De FPA richt zich voornamelijk op forensisch psychiatrische patiënten die zorgintensieve behandeling en begeleiding behoeven en die niet acuut delictgevaarlijk zijn. Forensisch psychiatrische patiënten zijn patiënten die als gevolg van een psychiatrische stoornis met een strafrechtelijke titel in het psychiatrische of justitiële circuit in behandeling zijn. Forensische patiënten krijgen een behandeling, die erop is gericht het gedrag zodanig te veranderen, dat de patiënt niet opnieuw een delict pleegt. De patiënt krijgt een behandeling voor een stoornis of een verslaving of hij krijgt therapie om te leren omgaan met zijn stoornis.

De patiënten hebben vaak niet (meer) de strenge beveiliging en zware bewaking nodig van een Forensisch Psychiatrische Kliniek (FPK) of Tbs-kliniek, maar kunnen om verschillende (nog) niet rechtstreeks worden geplaatst in reguliere instellingen van de GGZ.

Het multidisciplinair behandelteam van de FPA bestaat uit: één psychiater, één psycholoog, één maatschappelijk werker, één psychomotorisch therapeut, sociotherapeuten, twee teamleiders en één activiteitenbegeleidster. Elke week komt het team bij elkaar voor de behandelteambesprekingen van patiënten. Tijdens een behandelteambespreking worden o.a. de eindrapportages van de observatieperiode van een patiënt besproken.

1.3 De doelgroep

De psychische stoornissen die veel voorkomen op de afdeling zijn psychosen en persoonlijkheidsstoornissen. In deze patiëntencategorie is vaak sprake van maatschappelijk en systematisch isolement, verslavingsproblematiek, agressie en een geschiedenis van delinquentie.

Daarnaast zijn er een aantal SGLVG patiënten de afdeling aanwezig. Dit zijn patiënten met een IQ 50-85 met daarbij ernstige gedragsproblematiek. Verder zijn er patiënten van buitenlandse afkomst die de Nederlandse taal niet goed beheersen. Psychopaten komen ook voor in de Forensische Psychiatrie. Bij een psychopaat ontbreekt de capaciteit om emoties zoals schuld of wroeging te voelen omdat ze niet kunnen empathiseren met anderen. Het gedrag van een

psychopaat laat zich vooral tonen in sterk egocentrisch gedrag, waarbij het eigenbelang altijd boven dat van anderen gaat. Dit kan op een duidelijk zichtbare wijze gebeuren, maar het kan ook zo zijn dat men zich schijnbaar aardig en sociaalvoelend voordoet om daarmee te bereiken dat er later rechten of gunsten kunnen worden geëist. (<http://nl.wikipedia.org/wiki/Psychopathie>)

Er is weinig empirisch onderzoek verricht naar de vraag welke psychische stoornissen voorkomen bij forensisch psychiatrische patiënten in Nederland. Greeven (1997) heeft een onderzoek gedaan naar prevalentiecijfers in een studie naar de intramurale behandeling van forensische patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. De meest voorkomende persoonlijkheidsstoornissen waren de antisociale (51, 8%), borderline (35,3%), paranoïde (24,7%) en narcistische persoonlijkheidsstoornis (3,5%).

Onder persoonlijkheidsstoornissen wordt volgens de vierde editie van de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-IV) verstaan: "psychiatrische stoornissen gekenmerkt door starre en onaangepaste gedragspatronen, die opvallende beperkingen in het sociale en beroepsmatige functioneren of onlustgevoelens veroorzaken" (American Psychiatric Association, 1994). Persoonlijkheidsstoornissen vormen een algemene risicofactor voor het optreden van delictgedrag en zijn daarom een belangrijke focus van behandeling.

Wat betreft de eventuele aanwezigheid van DSM-III-R as 1- pathologie vond hij dat er bij 55% van de onderzochten een symptoomstoornis aanwezig was; 62% bleek verslaafd (geweest te zijn) aan alcohol, softdrugs of harddrugs. Ongeveer 30% van de TBS-gestelden heeft een psychotische stoornis, meestal schizofrenie.

1.4 Het PMT observatiemoduu

Het observatiemoduu is een module die kan worden gebruikt als handleiding voor een observatiegroep in de forensische psychiatrie. In het observatiemoduu komen zeven thema's aanbod die gekoppeld zijn aan de ontwikkelingstaken vanuit het sociaal competentiemodel (Slot & Spanjaard, 1999) waarmee op de FPA wordt gewerkt. Daarnaast is er in het moduu gebruikt gemaakt van de zeven thema's die zijn ontwikkeld door P.J.A.M. Hekking en M.J. van den Blink. Deze twee, de ontwikkelingstaken vanuit het sociaal competentiemodel en de zeven thema's van P.J.A.M. Hekking en M.J. van den Blink, zijn samengevoegd waaruit zeven thema's zijn gekomen die gebruikt worden in het observatiemoduu. Het complete moduu is in de bijlage te vinden.

De thema's zijn:

- Thema gezondheid en uiterlijk/lichaamsbeleving
- Thema vertrouwen en leiden/volgen
- Thema agressie en spanning
- Thema samenwerken
- Thema grenzen en assertiviteit
- Thema vrije tijd en ontspanning
- Thema macht/onmacht en autoriteit en instanties

In het moduu staat de behandeling uitgebreid beschreven waar bij elk thema een mental set, rationale, uitleg activiteit, arrangement en observatiepunten genoemd worden. Door de observatiepunten, voor het aanbieden van een thema door te lezen, valt er meer uit de activiteit te halen. Hierdoor wordt er meer gericht gekeken. Gert van Driel (1991) zegt: "Wie geen kader heeft om te kijken, ziet van alles, maar let op niets. Wie een te vast kader heeft om te kijken, let op van alles, maar ziet niets." Na elk aangeboden thema worden de observatiepunten beantwoord en op deze manier kan de therapeut iets zeggen over de patiënt in combinatie met het behandelde thema.

Het einddoel van het observatiemoduu

Nadat de patiënt alle zeven thema's van het observatiemoduu heeft doorlopen heeft de patiënt het moduu afgerond. Er is dan genoeg informatie verzameld zodat een verdere behandeling kan worden uitgestippeld en er behandeldoelen kunnen worden geformuleerd. De PMT'er geeft dan een advies voor eventuele behandeldoelen voor individuele- of groep PMT. Daarnaast levert de PMT'er een bijdrage aan de verdere diagnostiek van de patiënt.

De attitude van de therapeut tijdens het observatiemoduu

De attitude die gebruikt wordt tijdens het observatiemoduu is die van de motiverende gespreksvoering van Miller en Rollnick (1991). Onderzoek toont aan dat de motiverende gespreksvoering effectief blijkt bij verschillende doelgroepen waar in de forensische psychiatrie mee gewerkt wordt. Motiverende gespreksvoering stoelt op twee principes, te weten onvoorwaardelijke acceptatie en constructieve zelfconfrontatie. De hulpverlener bouwt aan een relatie die gebaseerd is op samenwerking, eigen verantwoordelijkheid en vrijheid van gedragskeuze. De hulpverlener veroordeelt geen gedrag, ook al is het zelfdestructief. Van belang is dat de hulpverlener in staat is zijn eigen (voor)oordelen over probleemgedrag uit te schakelen. Patiënten uit de forensische psychiatrie gaan in het begin vaak met tegenzin naar PMT omdat er geen ziektebesef is. Ze zijn niet gemotiveerd voor therapie en zien er het nut niet van in. Door de attitude van Miller en Rollnick (1991) kunnen patiënten worden gemotiveerd.

1.5 De eindrapportage van de observatieperiode van de Riepel

Voor de eindrapportage van de observatieperiode bestaat een standaard observatieformat die door de sociotherapeuten van de Riepel wordt ingevuld. Het format ziet er als volgt uit:

- De persoon van de patiënt
- Gezondheid en (zelf) verzorging (lichamelijke klachten en ADL)
- Interactioneel (omgang met medepatiënten, omgang met medewerkers, omgang met relaties "buiten")
- Deelname aan activiteiten (groepsactiviteiten, overige of geïndiceerde activiteiten)
- Delict/delictgedrag
- Incidenten

Vanuit dit standaard observatieformat maken de sociotherapeuten van De Riepel een eind observatieverslag. Uit de eind observatieverslagen is gebleken dat men zich niet altijd houdt aan dit format.

1.6 De eindrapportage van de observatieperiode van het PMT observatiemoduu

Nadat een patiënt het observatiemoduu heeft afgerond maakt de PMT'er een verslag van deze periode. In het observatieverslag komt naar voren hoe het met de intelligentie/cognitie van patiënt gesteld is en wordt er verslag gedaan van alle geobserveerde thema's aan de hand van de observatiepunten die in het observatiemoduu beschreven staan. Zodoende komt de PMT'er tot een voorstel voor behandeling, de vorm en duur ervan en de doelstellingen die behaald dienen te worden.

1.7 Conclusie

Op de FPA afdeling de Riepel start de observatie en diagnostiek periode van nieuw opgenomen patiënten die zeven weken duurt. In deze periode worden patiënten het grootste gedeelte geobserveerd door sociotherapeuten van de Riepel. De patiënten komen nog weinig op de afdeling omdat ze een kamerprogramma hebben. Naast de observaties van de sociotherapeuten levert de PMT'er een bijdrage aan de eindrapportage van de observatieperiode van een patiënt. Het verschil in eindrapportage zit hem in dat de PMT'er gericht kijkt dan de sociotherapeuten. De PMT'er schrijft zijn verslag aan vooraf gestelde

observatiedoelen en maakt op basis van deze punten een verslag. De sociotherapeuten observeren aan de hand van een observatieformat. Echter is het format karig van inhoud en onduidelijk geformuleerd. De PMT'er observeert aan de hand van het sociaal-competentiemodel en houdt zodoende rekening met de visie van de afdeling.

Forensische patiënten krijgen een behandeling die erop is gericht het gedrag zodanig te veranderen dat de patiënt niet opnieuw een delict pleegt. Het gaat binnen de FPA dus vooral om het veranderen van gedrag.

Uit onderzoek blijkt dat persoonlijkheidsstoornissen veel voorkomen onder forensisch psychiatrische patiënten en dan voornamelijk de antisociale, borderline, paranoïde en narcistische persoonlijkheidsstoornis. Persoonlijkheidsstoornissen worden gekenmerkt door starre en onaangepaste gedragspatronen, die opvallende beperkingen in het sociale en beroepsmatige functioneren veroorzaken of onlustgevoelens opwekken. Door naar het gedrag van de patiënt in de zaal te kijken worden de onaangepaste gedragspatronen zichtbaar. Naast de persoonlijkheidsstoornissen zijn er patiënten met psychosen, SGLVG'ers, patiënten van buitenlandse afkomst die de Nederlandse taal niet goed beheersen en psychopaten.

2. De visie van PMT op bewegen

2.1 Inleiding

Om een antwoord te kunnen geven op mijn vraagstelling, is het van belang om de visie van PMT op bewegen te vergelijken met de behandelvisie van de FPA. In het eerste hoofdstuk staat de visie van PMT op bewegen centraal. Ik veronderstel namelijk dat de visie van PMT op bewegen overeenkomt met de behandelvisie van de FPA. Door deze overeenkomst denk ik dat PMT goed aansluit bij de patiënten van de FPA en zodoende een bijdrage levert aan de eindrapportage van de observatieperiode.

2.2 De definitie van Psychomotorische therapie

Psychomotorische therapie (PMT) is een behandelvorm voor mensen met psychische problematiek waarbij, op methodische wijze, gebruik gemaakt wordt van interventies. Deze zijn gericht op de lichaamsbeleving en het bewegingsgedrag. (Beroepsprofiel van psychomotorische therapeut februari 2009)

Interventies gericht op lichaamsbeleving en het bewegingsgedrag:

- De patiënt zowel letterlijk als figuurlijk in beweging te laten komen;
- De patiënt stil te laten staan bij de betekenis van interactioneel bewegingsgedrag;
- De patiënt laten richten op de beleving van het eigen lichaam.

Deze drie interventies maken het primaire onderscheid tussen psychomotorische therapie en andere vaktherapieën.

2.3 De theoretische basis van PMT (Beroepsprofiel van psychomotorische therapeut februari'09)

- *Het relationele bewegingsconcept:*
Gordijn (1975) bedacht het relationele bewegingsconcept. Het relationele bewegingsconcept steunt op een relationeel mensbeeld: de mens en zijn omgeving kunnen niet onafhankelijk van elkaar bestaan, ze verwijzen naar elkaar. Mensen worden primair opgevat als handelende wezens en het menselijk bewegen wordt in de eerste plaats begrepen in termen van bewegingshandelingen, en dus niet in termen van lichaamsbewegingen. Anders gezegd: wij kijken niet door een biologische of biomechanische bril naar het bewegen, maar interpreteren het primair als betekenisvol gedrag. Want omdat mens en wereld naar elkaar verwijzen, zegt Gordijn, is de relatie ertussen een betekenisrelatie. Dit model wordt gezien als het belangrijkste uitgangspunt voor PMT.
- *Het biopsychosociale model:*
Dit model onderscheidt drie subsystemen die elkaar voortdurend wederzijds beïnvloeden: het biologische, psychologische en sociale systeem en die gerelateerd zijn aan gezondheid.
- *Het levensloopperspectief:*
De therapeut beschouwt de problematiek in het licht van de levensgeschiedenis, het toekomstperspectief en de betekenis die deze voor de cliënt hebben. Hij draagt uit dat in elke levensfase veranderingsprocessen mogelijk zijn.
- *Klinisch en sociaal psychologische referentiekaders:*
 - o *Cliënt centered:*
Het inzicht van de cliënt in zichzelf staat centraal. Hierbij is er aandacht voor thema's als lichaamsbewustzijn en (non) verbale expressie van emoties. Cliëntgerichte therapeuten gaan ervan uit dat elk mens een aangeboren kracht heeft om zichzelf te ontwikkelen in een richting die goed is voor zichzelf en anderen. Mensen willen zichzelf ontplooiën. Met cliëntgericht wil men aangeven dat de unieke manier waarop

- de cliënt de dingen beleeft, centraal staat in de therapie en dat de cliënt de therapie stuurt. Men gaat ervan uit dat het 'zelf' een positieve onvoorwaardelijke acceptatie nodig heeft om zich zelf te kunnen ontwikkelen (Weerman, 2006).
- o Psychodynamische model:
Is gericht op het onverwerkte verleden waarbij innerlijke conflicten en de uiting daarvan in het waarneembare (bewegings)gedrag voor de PMT van specifiek belang zijn.
 - o Cognitief gedragstherapeutisch model:
Bij het cognitief gedragstherapeutisch model ziet men een stoornis als een denk- en gedragsprobleem. De therapie richt zich op het veranderen van het denken van de patiënt en op het aanleren van of stimuleren tot nieuw gedrag.

Psychomotorische therapie is gebaseerd op een holistische benadering van de mens. Deze visie vertrekt van de eenheid tussen geest en lichaam. Het begrip integreert het cognitieve, het emotionele en het motorische aspect alsook de capaciteit om te zijn en te ageren in een psychosociale context (Europees Forum voor Psychomotorische Therapie, 1995).

2.4 Het relationeel bewegingsconcept verder uitgewerkt

De lichamelijke opvoeding heeft diepe wortels getrokken in het veld van bewegingstherapie. Vanaf begin jaren vijftig is geprobeerd de eigenschappen van bewegingstherapie af te grenzen t.o.v. dat van gymnastiek en bewegingsrecreatie. Steeds kwam de vraag terug wat de relatie is tussen bewegingsgedrag en psychiatrische problematiek. Het zoeken was gericht op de constructie van bewegingsbeelden. De achterliggende gedachte waren ongeveer de volgende (Rebergen, 1984):

- Het menselijk bewegen is een gedragswijze, een wijze van omgaan met de wereld.
- Psychiatrische problematiek betreft tekorten in binding met de wereld, in omgangsmogelijkheden, deze tekorten zijn terug te vinden in het bewegen.
- Verschillen tussen het bewegen van de één en dat van een ander verwijzen naar een karakteronderscheid.
- D.m.v. het bewegen is het karakter te beïnvloeden

Hieronder licht ik verschillende visies van bewegingstherapeuten toe die bij gedragen hebben aan het relationele bewegingsconcept.

Vanaf begin jaren vijftig werden er al hypothesen getrokken uit het feit dat er overeenkomsten bestonden tussen het bewegingsgedrag en psychiatrische problematiek. Deutsch (1947; 1952) gaat ervan uit dat conflicten zich uitdrukken in de houdingen van de patiënt; ook de spierspanning wijkt af van het normale. Deutsch heeft hier onderzoek naar gedaan en trok de conclusie dat voor de diagnose de methode van houdingsobservatie wel eens zeer belangrijk zou kunnen zijn. Het onderzoek dat Deutsch deed was niet helemaal vrij van methodologische tekortkomingen.

In het boek "wat beweegt ons" geschreven door o.a. Gordijn (1975) staat het volgende beschreven:

Gedrag is een relationele gebeurtenis. Gedragend ga ik in op iets buiten mij. Ik geef daar antwoord op. Ik beantwoord aan datgene wat mij in de buitenwereld aanspreekt. Ik ben voor dat antwoord aansprakelijk, want het is mijn keuze van antwoorden. Gedrag houdt altijd in expressie van mijzelf en expressie van de buitenwereld; ik toon wie ik zelf ben en tegelijkertijd toon ik in mijn daadwerkelijke betrokkenheid hoe mijn wereld van beantwoordbare betekenissen er uit ziet. Het gaat bij het bewegend gedragen om een

persoon die zich gedraagt t.o.v. 'iets', welk iets zijn gedrag mede constitueert en zin verleent. (p.15)

Diepenhorst & van der Klis (1975) beschrijven in een artikel "bewegingstherapie in een psychiatrisch centrum":

Waar de mens zich beweegt, is er sprake van gedrag, d.w.z. van een persoon die doet, handelt, zich gedraagt en een wereld waarop dat doen, dat handelen, dat gedrag betrokken is. In dit bewegend gedragen is het bewegen een beeld van de wijze waarop de persoon omgaat met zijn wereld, hoe hij doet met het buiten hem bestaande, hoe hij handelt met het hem omringende. Anders gezegd, het bewegen is een relationeel gebeuren, dat gestalte krijgt binnen het polaire spanningsveld mens-wereld. Binnen dit spanningsveld krijgt de functionaliteit van het bewegen gestalte. (p.94)

Emck (1996) zegt:

Wanneer je de informatie uit houdings- lichaams en bewegingsbeeld verbindt, dat er op grond van deze uitdrukkingen motoriek een levensverhaal ontstaat, waarin verleden en heden zijn opgenomen en waaruit hypothesen over de toekomst geformuleerd kunnen worden. (p.126)

Emck (2003) beschrijft in haar artikel "het gedachtengoed van Gordijn als hernieuwde inspiratie of als 'mission impossible' voor de psychomotorische therapie?":

De bewegingstherapeuten hanteerden een gedragswetenschappelijk kader waarin de mens in zijn sociale omgeving de centrale eenheid vormde. Zo werd het doel van de bewegingstherapie bijvoorbeeld omschreven als: 'bewegend het verloren gegane contact tussen de patiënt en zijn omgeving te herstellen'. Het bewegingsgedrag was dus zowel diagnostisch materiaal (men ziet aan het bewegen dat de mens-wereld dialoog verstoord is) als doel van de behandeling (bewegend de dialoog herstellen). Daartoe werd een typering van (psychiatrisch) bewegingsgedrag noodzakelijk. Dit werd beschreven als een 'relationeel gebeuren'. (p.110)

2.5 De visie van de PMT'er op de FPA:

2.5.1 Gedragstherapeutisch

De PMT'er op de FPA werkt vooral gedragstherapeutisch. De meest centrale aanname in het gedragsmodel is dat alle gedrag geleerd gedrag is. Ongewenst geleerd gedrag kan weer worden afgeleerd. In gedragstherapie staat het gedrag van de cliënt centraal. Hoe men handelt, bepaalt in belangrijke mate hoe men zich voelt. Wie geneigd is om uit angst bepaalde zaken uit de weg te gaan, zal zijn angst vaak eerder versterken dan verminderen. Wie niet goed weet hoe hij zijn mening het beste naar voren kan brengen, zal eerder onzeker of juist geïrriteerd worden. Wie niet heeft geleerd hoe hij zich moet beheersen, zal gemakkelijk het slachtoffer worden van zijn eigen impulsiviteit.

Binnen gedragstherapie brengt men eerst de problematische gedragingen en de omstandigheden waarin die voorkomen in kaart. Vervolgens helpt men de patiënt om met beter passende gedragspatronen te reageren op die omstandigheden. Zowel het inventariseren van problematisch gedrag als het bedenken en oefenen van nieuw, beter passend gedrag is een gezamenlijke onderneming van patiënt en therapeut. Gedragstherapie wordt vooral gebruikt bij: Angst, Autisme, Psychose, Borderline, Alcohol- en drugsproblemen en Seksuele stoornissen (www.vgct.nl). Deze stoornissen komen voor op de FPA te Franeker.

2.5.2 Oefen en ervaringsgericht

Binnen de PMT zijn er verschillende uitgangspunten waar vanuit de therapeut kan werken. Een

van de onderverdelingen waar vanuit de PMT'er zijn interventies kan ordenen zijn de modaliteiten. De modaliteiten zijn oefenen, ervaren en ontdekken.

Door het gedragstherapeutisch referentiekader zullen binnen het observatiemoduu oefen- en ervaringsgerichte activiteiten centraal staan. Ontdekken komt minder aan de orde omdat dit vooral gaat over de achterliggende zaken en een meer psychoanalytisch referentiekader beoogt en de patiënten op de afdeling te weinig draagkracht hebben om hier op in te gaan. Verder is het zo dat het concrete gedrag meer het uitgangspunt heeft.

Oefenen: de modaliteit oefenen komt voort uit de gedragstherapie. In het oefengericht werken wordt de aandacht gericht op het trainen van de gedrags-, waarnemings-, en belevingsmogelijkheden. De hulpvraag zal in dit geval in termen van het functioneel oefenen als onderdeel van een bredere psychische of psychosociale hulpvraag geformuleerd worden. In de therapie gaat het om oefenen, herhalen en daardoor inslijpen van nieuwe vaardigheden en gewoontes.

Ervaren: de modaliteit ervaren komt voort uit het humanistische cliënt gerichte werken. In het ervaringsgericht werken doet de patiënt nieuwe ervaringen op binnen een bewegingssituatie. Bij deze strategie leert de patiënt experimenteren met gedragsalternatieven en effecten van deze alternatieven op zijn gedrag, in relatie tot zijn omgeving. Deze alternatieven hebben aspecten van het denken, voelen en handelen van de patiënt in zich. Er worden ervaringen aangeboden die de vaak verstarde interactie met de omgeving opent en andere mogelijkheden biedt. Aan de hand van deze opgedane ervaringen kan de transfer naar buiten gemaakt worden; wat betekent dit voor de patiënt buiten de therapieomgeving? (module BA/PMT 2005-2006)

2.5.3 De logische niveaus van Bateson

De PMT'er op de FPA werkt tijdens de behandeling van patiënten vanuit de logische niveaus van Bateson (1987). Gregory Bateson was een gedragswetenschapper. Hij ontwikkelde een model om een mens bewust te maken van wat hij doet, wat hij kan, wat hij vindt, wie hij is en wat hij wil. Bateson gaat ervan uit dat mensen gedrag laten zien dat past in de omgeving waarin zij zich bevinden. Gedrag wordt echter ook beïnvloed door innerlijke factoren. Het gedrag wordt beïnvloed door wat je wel of juist niet kunt. Gedrag wordt ook beïnvloed door wat je van iets vindt. Wie je bent, beïnvloedt je gedrag eveneens. Gedrag wordt ook beïnvloed door je missie in dit leven. Hiervoor bedacht Bateson zes niveaus: 1. Omgeving, 2. Gedrag, 3. Vaardigheden en kwaliteiten, 4. Waarden en overtuigingen, 5. Identiteit, 6. Zingeving.

Robert Dilts (1955) werkte het model van de logische niveaus van Gregory Bateson verder uit. Dilts beschrijft dat in het model de logische niveaus elkaar opvolgen en elkaar beïnvloeden. Hierbij vormt zingeving de identiteit. Uit de identiteit ontstaan overtuigingen. Van daaruit ontwikkelen vaardigheden zich. Deze vaardigheden of kwaliteiten zijn de basis voor gedrag. Gedrag beïnvloedt de aanwezige omgeving. Een hoger niveau beïnvloedt een lager niveau. Over het algemeen valt te zeggen dat de patiënten op de FPA vooral op het derde niveau zitten: het aanleren van vaardigheden. Het valt op dat patiënten die het observatiemoduu hebben afgerond vaardigheden moeten aanleren wat betreft omgaan met spanning. Hierbij worden meestal de vier copingstrategieën (Utrechtse Coping List P.J.G. Scheurs, 1993) gebruikt.

2.5.4 Motiverende gespreksvoering van Miller en Rollnick

De PMT'er werkt daarnaast vanuit de motiverende gespreksvoering van Miller en Rollnick (1995). Motiverende gespreksvoering is een persoonsgerichte, directieve gesprekstijl, bedoeld om verandering van gewoontegedrag te bevorderen door het verhelderen en oplossen van ambivalentie voor verandering. Het is ontwikkeld voor de omgang met mensen met verslavingsproblemen maar wordt ook gebruikt in andere gebieden van de geestelijke gezondheidszorg. Motiverende gespreksvoering wijkt sterk af van de stereotype benadering van

mensen met gewoonteproblemen. Vaak wordt gedacht dat een harde, agressieve confrontatie met het gedrag en de consequenties ervan het beste is. Weerstand dient gebroken en leugenachtige ontkenning onmaskerd te worden. Miller en Rollnick wijzen een dergelijke confronterende aanpak af. Uit een meta-analyse van effectiviteitsstudies in de alcoholhulpverlening concludeerden ze dat er voor de werkzaamheid van confrontational counseling geen empirische evidentie bestaat (Miller e.a., 1995). Het platweg voorhouden van de negatieve consequenties en het overtuigen van patiënten van het slechte van hun gedrag blijkt ineffectief te zijn en geen verandering teweeg te brengen.

Uit de principes van motiverende gespreksvoering vloeien een aantal strategieën voort. Uit het principe van onvoorwaardelijke acceptatie is het nodig dat de hulpverlener de volgende strategieën bezit (www.nvspv.nl/vakblad/sppdf/sp72/sp72_hoofd02.pdf):

- Empathie uitdrukken:
Door middel van reflectief luisteren, laat de hulpverlener blijken dat hij begrijpt wat de patiënt zegt, voelt en denkt. Adequate emotionele en cognitieve reflecties verhogen de mogelijkheid tot verandering: ze ordenen en expliciteren ervaringen. In een sfeer van vrijheid heeft de patiënt de gelegenheid na te gaan welke aspecten aan zijn of haar probleemgedrag kleven.
- Discussie vermijden:
Onvoorwaardelijke acceptatie geldt ook voor de eventuele keuze die de patiënt maakt om te veranderen. De patiënt is zelf deskundig en verantwoordelijk voor beslissingen die zijn eigen leven betreffen. Een discussie tussen een hulpverlener en een patiënt over verandering wijst op een defensieve houding van de hulpverlener. Zo'n houding is onproductief als het de patiënt is die tot verandering moet komen. De hulpverlener werkt samen met de patiënt naar een positieve beslissing om te veranderen. De nadruk ligt op de eigen verantwoordelijkheid en keuzevrijheid van de patiënt.
- Versterken van zelfeffectiviteit:
De hulpverlener versterkt en ondersteunt het vertrouwen dat patiënten in zichzelf hebben in staat te zijn datgene te doen dat nodig is om hun doelen te bereiken: de zelfeffectiviteit. Geloof en hoop zijn van invloed op het slagen van gedragsverandering. De hulpverlener versterkt de succeservaringen van patiënt door verandering in gedrag te bevestigen. Verder lokt hij positieve ervaringen uit.

2.6 Conclusie

Het relationele bewegingsconcept is een belangrijke theoretische basis bij de visie van PMT. Deze theoretische basis zegt dat mensen in het bewegen onlosmakelijk verbonden zijn met de omgeving en betekenissen onderkennen en realiseren. Het bewegen is een beeld van de wijze waarop de persoon omgaat met zijn wereld, hoe hij doet met het buiten hem bestaande, hoe hij handelt met het hem omringende. Dit is iets wat goed te zien is in het PMT- observatiemoduu. Door de zeven thema's aan te bieden en de context zo te manipuleren valt te zien hoe de patiënt handelt met het hem omringende.

De PMT'er op de FPA werkt vooral gedragstherapeutisch met de patiënten op de FPA. De modaliteiten die de PMT'er op de FPA gebruikt zijn vooral oefen en ervaringsgericht. De PMT'er gebruikt tijdens het observatiemoduu de motiverende gespreksvoering van Miller en Rollnick. Uit effectstudie is gebleken dat de principes van de motiverende gespreksvoering bijdragen aan gedragsverandering en de patiënt motiveren. Tijdens het observatiemoduu valt veel gedrag positief te bekrachtigen. Er wordt tijdens het observatiemoduu meer gekeken naar wat de patiënt wel kan. Door de principes van de motiverende gespreksvoering te gebruiken komt de patiënt tot inzichten in zijn gedrag en kan hij gemotiveerd raken. Dit is van belang bij verdere behandeling.

3. De behandelvisie van de FPA

3.1 Inleiding

Hieronder beschrijf ik de visie van de FPA zodat ik in het volgende hoofdstuk de visie van PMT en de visie van de FPA met elkaar kan vergelijken.

3.2 Het sociaal-competentiemodel

De observatie en behandelmethodiek op de FPA wordt volgens het sociaalcompetentiemodel (Slot & Spanjaard, 2005) gegeven. Het model grijpt terug op de ontwikkelingspsychologie en de leertheorieën. Het model gaat ervan uit dat begeleiding die gericht is op het leren van vaardigheden en het vergroten van mogelijkheden de beste uitgangspunten biedt om een eventuele problematische ontwikkeling om te buigen in een meer gewenste richting. Competentiegerichte begeleiding en behandeling richt zich op het versterken van (potentiële) krachten in de patiënt zelf en/of zijn directe omgeving. De nadruk ligt op een positieve benadering waarbij het in eerste instantie gaat om het leren van nieuw gedrag, zodat patiënten voor zichzelf nuttige en betekenisvolle plek in de samenleving kunnen verwerven. Uit onderzoeken is gebleken dat gedragstherapeutisch hulpverleningsvormen het meest succesvol zijn gebleken in de forensische psychiatrie. Van Tuinen (1999) schrijft een artikel over behandelstrategieën in de forensische psychiatrie. In dit artikel komt naar voren dat uit een Canadees criminologisch onderzoek (Antonowicz & Ross, 1994) blijkt dat een gezond conceptueel model gericht op recidive preventie, i.c. cognitive-behavioral theoretical model beter werkt dan een uitsluitend analytisch model.

De behandelprogramma's in de forensische psychiatrie hebben een dubbele doelstelling: Enerzijds richt het programma zich op het verminderen van het risico op herhaling van het delict. Anderzijds richt het programma zich op waar het mogelijk behandelen van psychische problematiek bij de patiënt.

De interventies die worden gebruikt bij competentiegerichte hulpverlening richten zich op het verminderen van probleemgedrag door:

- Het vergroten van de vaardigheden
- Het verlichten of verrijken van de taken
- Het versterken van de protectieve factoren
- Het verminderen van de (invloed van) stressoren en psychopathologie

3.3 Gedragstherapeutische visie

Naast het sociaal competentie model wordt er ook gewerkt vanuit een gedragstherapeutische visie. De gedragstherapie is geënt op het 'behaviorisme', die zich uitsluitend wilde bezighouden met waarneembaar gedrag. Gedragstherapeuten stellen dat iemand met problemen op de een of andere manier verkeerd gedrag heeft geleerd, of bepaald gedrag helemaal niet heeft geleerd. Het aanleren van nieuwe vaardigheden staat bij deze visie centraal.

3.4 Conclusie

Op de FPA wordt er gewerkt vanuit het sociaal competentie model. Het model richt zich vooral op het vergroten van taken en vaardigheden van de patiënt en gaat uit van wat de patiënt wel kan. Vanuit het PMT observatiemoduu kan geobserveerd worden hoe het zit met de taken en vaardigheden die iemand heeft met betrekking tot de aangeboden thema's. Waar beter, dan in de zaal, kun je zien hoe het met iemands bewegingsgedrag en vaardigheden zit?

4. De visie van PMT op bewegen in relatie tot de behandelvisie van de FPA

4.1 Inleiding

Vanuit voorgaande kan de lezer opmerken dat er overeenkomsten zijn tussen de visie van PMT op bewegen en de visie van de FPA op het delictgedrag. In dit hoofdstuk spits ik me toe op deze overeenkomsten en enige verschillen. Dit doe ik omdat ik denk zodoende een antwoord te kunnen vinden op welke specifieke aspecten van het PMT observatiemoduu een bijdrage leveren aan de eindobservatie van de observatieperiode op de FPA.

4.2 De visie van PMT in relatie tot de visie op de FPA

- Beide visies werken vanuit een gedragstherapeutisch referentiekader. Binnen de FPA is de behandeling erop gericht het gedrag zodanig te veranderen, dat de patiënt niet opnieuw een delict pleegt. Het gaat binnen de FPA dus vooral om het veranderen van gedrag.
- De PMT'er werkt vanuit het relationele bewegingsconcept, dat het bewegend gedrag een beeld is van de wijze waarop de patiënt omgaat met zijn wereld. De PMT'er kijkt naar het bewegend gedrag en verleend hier betekenis aan. Het bewegingsgedrag is gedrag en in de zaal, in een activiteit komt gedrag naar voren.
- Beide visies richtten zich op het vergroten van vaardigheden.
- De PMT'er op de FPA werkt vanuit het socratisch motiveren. Dit model gaat uit van onvoorwaardelijke acceptatie van de patiënt en richt zich op wat de patiënt wel kan. Uit onderzoek (Miller e.a., 1995) van dit model komt naar voren dat het socratisch motiveren model een positieve bijdrage levert aan gedragsverandering van de patiënt.
- Op de afdeling werken ze vanuit het sociaalcompetentiemodel. Dit model komt overeen met het socratisch motiveren omdat beide zich meer richtten op het positief bekrachtigen van gedrag.

4.3 Conclusie

In beide visies wordt er vooral gedragstherapeutisch gewerkt. De PMT'er is gespecialiseerd wanneer het gaat om het observeren van bewegingsgedrag. In de zaal komt vooral het gedrag van de patiënt in verschillende situaties tot uiting. Daarnaast komt ook naar voren welke vaardigheden de patiënt al dan wel niet heeft.

De belangrijkste visie binnen PMT is het relationele bewegingsconcept. Het bewegingsconcept gaat uit van dat het bewegen een beeld is van de wijze waarop de patiënt omgaat met zijn wereld, hoe hij doet met het buiten hem bestaande, hoe hij handelt met het hem omringende. Uit het bewegingsgedrag kan er geobserveerd worden hoe iemands gedrag in het dagelijkse leven is en hoe het gesteld is met zijn/haar vaardigheden. Beide visies richten zich op het vergroten van vaardigheden. In de zaal met contextgemanipuleerde bewegingsituaties valt te observeren hoe een patiënt omgaat met het betreffende thema.

De PMT'er kan nadat een patiënt het observatiemoduu heeft afgerond iets zeggen over het gedrag en de vaardigheden van de patiënt waardoor hij iets toevoegt aan de eindrapportage van de observatieperiode.

Door te hebben gekeken naar de overeenkomsten tussen de beide visies kan gezegd worden dat het gedragstherapeutische, het socratische motiveren en het relationele bewegingsconcept aspecten zijn van het PMT observatiemoduu die een bijdrage leveren aan de eindobservatie van het algehele observatieprogramma. Deze aspecten sluiten goed aan bij de visie van de afdeling waardoor het observatiemoduu een bijdrage levert aan de observatieperiode.

5. Het observatiemodul geanalyseerd

5.1 Inleiding

Om te kunnen onderzoeken welke specifieke aspecten van het PMT observatiemodul bijdragen aan de observatieperiode van de FPA, dient het observatiemodul geanalyseerd te worden. In dit hoofdstuk laat ik zien hoe het observatiemodul eruit ziet en bespreek ik de verschillende aspecten van het observatiemodul aan de hand van een casus. De patiënt die ik in de thema's beschrijf heeft het observatiemodul gevolgd en hieronder beschrijf ik per thema de observaties die mijn stagebegeleider en ik gedaan hebben. De patiënt die ik hieronder beschrijf is in eerdere instellingen als volgt gediagnosticeerd:

AS I: (304.80)Afhankelijkheid van verschillende middelen

AS II: (301.83)Borderline persoonlijkheidstoornis

AS III: Geen diagnose of niet relevant

AS IV: (10)Problemen binnen de primaire steungroep

(40)Werkproblemen

(80)Problemen met justitie/ politie of met de misdaad

AS V: - GAF score: 60

- Hoogste score: 70

Kernproblematiek: in het kader van Verplicht Reclassering Contact is patiënt opgenomen "ter nadere diagnostiek, behandeladvies en agressieregulatietraining.

Intelligentie/ cognitie:

Geheugen	Geen afwijkende observaties gedaan. Patiënt is altijd op tijd en vergeet nooit een afspraak.
Concentratie	Patiënt kan zich 45 minuten concentreren. Tijdens de besprekingen van de thema's let patiënt altijd goed op en volgt het verhaal.
Leervermogen	Geen benoemenswaardige observaties.
Oplossend vermogen	Geen observaties gedaan.
Inzicht	Patiënt kan naar zijn eigen aandeel kijken in een groep. Als hij observaties terugkrijgt dan herkent hij deze.

1. Gezondheid en uiterlijk/ lichaamsbeleving

Tijdens de activiteit, waarbij het ging om lichaamssignalen, vond patiënt het lastig om signalen te herkennen en te benoemen. Patiënt benoemde, na doorvragen, dat hij het warm kreeg maar verder kon patiënt geen signalen herkennen en benoemen. Patiënt liep snel over de bank en deed alle uitbreidingen mee terwijl deze hem zichtbaar spanning opleverde. Dit was te zien aan het zweet op zijn voorhoofd, gespannen schouders, snel lopen en te horen aan zijn trillende stem. Nadat patiënt elke uitbreiding van de activiteit had voltooid begon patiënt te lachen. Patiënt herkende geen gevoelens van spanning.

Patiënt kan de emotie plezier herkennen en weet dat hier een glimlach bij hoort. Emoties als frustratie en irritatie heb ik nog niet bij patiënt kunnen herkennen. Na navragen bleek hij deze emoties niet bij zich zelf te herkennen. Patiënt is iemand die behouden is in spraak. Vaak geeft

hij een antwoord dat al door een ander is gegeven of sluit hij zich bij het antwoord aan. Waar dit hem nou in zit, is de vraag. Heeft hij de vaardigheden niet om in een groep in te voegen of vindt hij het moeilijk om zichzelf bloot te geven? Wat betreft bewegen laat patiënt hier een iets ander beeld in zien. Hij is zeker actief en bij tikspelen gaat hij ver, maar houdt wel rekening met zichzelf. Hij loopt dan bv. door tot aan de muur, maar blesseert zichzelf niet.

Patiënt is een man die een grove motoriek heeft. Tijdens het dribbelen valt op dat patiënt de bal wel onder controle heeft, maar moet hier veel moeite voor doen. Patiënt heeft moeite met het vangen van de bal als het spel wat sneller gaat (bv tijdens een tikspel met de bal). Hij lijkt hierin het overzicht te verliezen.

Patiënt heeft altijd nette kleren aan en zorgt hier goed voor. Hij ziet er verzorgd uit.

2. Vertrouwen & leiden en volgen

Binnen het thema vertrouwen zorgt hij erg goed voor de ander. Hij vindt het een leuk thema, maar lacht hier veel bij. Deze lach komt onzeker over. Later geeft hij dit ook aan dat lachen vanuit onzekerheid een mogelijkheid is.

Patiënt geeft aan geen moeite te hebben met intimiteit. De situatie is bepalend of aanraken prettig is of niet. Wanneer mensen te dichtbij komen, gaat patiënt lachen. Hij herkent dit bij zichzelf. Patiënt laat mensen niet dichtbij komen als het gaat om persoonlijke zaken.

3. Agressie en spanning

Patiënt kan contact maken, onderhouden en verbreken. Hij vindt het lastig om kritiek te geven en het de ander lastig te maken. Tijdens een spel waarin duidelijk emoties als frustratie en irritatie naar voren kwamen durfde hij hierop niets te zeggen. Patiënt begon te lachen maar zei niet wat hij werkelijk dacht of voelde. De therapeut zorgde er tijdens deze activiteit voor dat de patiënt getriggerd werd. Tijdens de nabespreking geeft patiënt aan dat hij het niet erg vindt, maar de glimlach (onzekerheid) is weer te zien bij patiënt. Hij lijkt het moeilijk te vinden om hier woorden aan te geven. Patiënt kan feedback ontvangen. Frustratie zal patiënt niet snel uiten.

4. Samenwerken

Patiënt nam tijdens de samenwerking opdracht de positie van een volger in. Patiënt deed eigenlijk alles wat hem opgedragen werd en bracht zelf weinig in. Patiënt herkende dit van zichzelf in het dagelijkse leven. Patiënt geeft aan dat hij het lastig vindt om ergens tegen in te gaan en de leiding te nemen.

5. Grenzen en assertiviteit

Met het aangeven van grenzen heeft patiënt moeite en dan vooral “verkeerde” mensen. Hierover wilde patiënte niet verder op in gaan. Tijdens de activiteit die bij het thema werd gegeven was patiënt subassertief aanwezig. Patiënt bracht geen regels in voor het spel en gaf zijn grenzen niet aan toen een medepatiënt hem duwde. Toen hier later op terug werd gekomen begon patiënt te lachen maar liet niets los over of hij het vervelend had gevonden.

6. Vrij tijd en ontspanning

Patiënt lijkt het lastig te vinden om zijn vrije tijd in te vullen. Toen er werd gevraagd om een ontspannen activiteit te ontwerpen in de zaal, vond patiënt dit lastig. Hij moest een tijdje nadenken voordat hij een activiteit had bedacht. Hij ging dribbelen met een basketbal. Deze activiteit deed hij alleen. Patiënt vertelde, na navragen, dat hij liever iets samen doet maar hier niet aangedacht heeft.

7. Macht/ onmacht en autoriteit en instanties

Patiënt geeft aan moeite te hebben met het hebben van macht. Binnen het spel dat je een handicap mag geven als je scoort, vindt hij het lastig om de ander een handicap te geven. Hij geeft de beurt aan mij om de ander een handicap te geven.

Overig

Het contact met patiënt is prettig te noemen. Hij is altijd vriendelijk en correct. Het contact is wederkerig. Het lijkt alsof patiënt moeite heeft om andere mensen aan te spreken wanneer dingen hem spanning opleveren.

Patiënt lijkt gemotiveerd voor zijn behandeling. Hij is iedere week aanwezig bij de onderdelen waar hij aanwezig dient te zijn.

Patiënt is een vriendelijke man die correct in de omgang is met de therapeut. Hij maakt afspraken en komt deze na. Hij is eenmaal de afspraak vergeten en verontschuldigd zich dan op een onderdanige manier. Hij zegt dan vaak sorry.

Indicatie PMT/ bewegingsagogie

Assertiviteitstraining: Op deze manier kan patiënt zijn gedachten en gevoelens leren uitspreken en zal oplopende spanning gereduceerd worden.

Individuele PMT: Grip behouden wanneer controle verloren dreigt te worden. Wat nu opvalt, is dat patiënt de grip verliest als er veel en snel gebeurt.

Hypothese voor delictgedrag: doordat de patiënt zijn gevoelens en gedachten niet uitspreekt loopt de spanning op tot op een moment waardoor de spreekwoordelijke bom kan barsten en patiënt een delict pleegt.

5.3 Specifieke aspecten uit het observatiemoduu

Hieronder bespreek ik de specifieke aspecten uit het observatiemoduu aan de hand van de casus.

Patiënten gaan op in het bewegen:

In het bewegen tonen wij ons in een ruimte die wij delen met anderen. Er is in het bewegen altijd sprake van een al of niet geslaagde afstemming op de omgeving. Bewegen is intentioneel en relationeel. Gordijn e.a. (1975) beschreven 'de ondoordachte intentionaliteit'. Hiermee bedoelde zij dat men geheel opgaat in het bewegen. Ieder doet dat op een eigen wijze: precies, slordig, fanatiek, ontspannen, speels, rigide, ongecontroleerd, beheerst, enzovoorts. Het bewegingsbeeld nodigt uit tot karakterduiding.

Doordat mensen geheel opgaan in het bewegen bieden activiteiten veel aanknopingspunten om problemen inzichtelijk te maken. De ware aard van mensen en hun onderlinge relaties komen

snel naar boven tijdens een bewegingsgerichte en/of lichaamsgerichte activiteit.

Bij bijvoorbeeld het thema samenwerken, komt duidelijk naar voren welke positie de patiënt innam tijdens de activiteit. Doordat de patiënt opging in de opdracht liet hij de houding zien die bij hem past: een volger. Daarnaast zijn er op de afdeling patiënten die hun "masker" vergeten op te zetten wanneer zij opgaan in het spel, vooral wanneer het gaat om winnen/verliezen.

Gebruik van observatiepunten per thema:

Het PMT-observatiemoduu is een doelgroepspecifieke observatiepunten checklist. Het gebruik van deze observatiepunten checklist kan een diagnostische methode zijn die de voordelen van de objectieve en subjectieve benadering tot op zekere hoogte combineert en de nadelen enigszins inperkt. Bovendien is het gebruik van een checklist, als leidraad voor de observatieprocedure, beter overdraagbaar op junior collega's (Emck, 1996). Door de observatiepunten voorafgaand het aanbieden van een activiteit door te lezen weet de therapeut met welk doel hij observeert.

Observatiepunten bij het thema:

- *Kan de patiënt lichaamssignalen herkennen?* Patiënt heeft moeite met het herkennen van lichaamssignalen. Patiënt herkende tijdens de activiteit bijna geen lichaamssignalen bij zichzelf.
- *Kan de patiënt lichaamssignalen benoemen?* Patiënt benoemde, na doorvragen, alleen dat hij het warm kreeg.
- *Kan de patiënt lichaamssignalen koppelen aan een emotie?* Patiënt kan de emotie blij koppelen aan een glimlach. Verder kon hij aan andere lichaamssignalen geen emoties koppelen.
- *Neemt de patiënt de tijd om te ervaren wat er gebeurt?* Patiënt liep erg snel over de bank. Het leek alsof hij de signalen/gevoelens niet wilde ervaren. Nadat de therapeut een interventie had gedaan om langer stil te staan bij signalen veranderde patiënt niet in zijn bewegingsgedrag.
- *Hoe gaat de patiënt om met grenzen tijdens deze activiteit?* Patiënt deed alle uitbreidingen van de activiteit mee, terwijl dat hem zichtbaar spanning opleverde. Patiënt herkende geen spanning bij zichzelf. Patiënt nagevraagd of hij vond dat hij over zijn eigen grenzen ging. Patiënt herkende hier wel iets in; hij vond dat hij de activiteit moest voltooien en dat hij niet onder wilde doen voor zijn groepsgenoten.
- *Hoe gaat de patiënt om met uiterlijk en gezondheid?* Patiënt is een verzorgde man en is met zijn gezondheid bezig. Patiënt zegt uiterlijk en gezondheid belangrijk te vinden en voelt zich goed wanneer hij nieuwe kleding heeft.
- *Is de cliënt tevreden, ontevreden, neutraal over zijn lichaam?* Over het algemeen is patiënt tevreden over zijn lichaam. Het enige wat hem stoort is zijn beginnende buikje.
- *Hoe is het contact met de cliënt zijn eigen lijf: continue, wisselend, vluchtig, afwezig, rationeel.* Patiënt was vluchtig en rationeel in het contact met zijn eigen lijf. Patiënt leek niet lang stil te willen staan bij lichaamssignalen. Wanneer patiënt antwoord gaf op navragen van de signalen gaf patiënt vooral een antwoord dat voort kwam uit zijn gedachten.
- *Hoe zit het met de:*
 - o *motorische ontwikkeling?* Patiënt heeft een normale motorische ontwikkeling.
 - o *Motorische vaardigheden?* Patiënt heeft gemiddelde motorische vaardigheden.
 - o *Coördinatie?* Patiënt heeft een gemiddelde coördinatie. Wanneer patiënt het overzicht in een activiteit verliest is zijn coördinatie slechter.
 - o *Grove/fijne motoriek?* Patiënt heeft een grove motoriek.
 - o *Energiek/futloos?* Patiënt is energiek.

Groeps PMT observatiemoduu:

Het observatiemoduu wordt in een groep gegeven. Een groep is van groot belang voor het aanleren van gedrag, het opdoen van positieve ervaringen en het vervullen van ontwikkelingstaken (Oudshoorn e.a., 1995; Thijhuis, 1988).

Tijdens het aanbieden van spel- en interactieoefeningen kan er goed geobserveerd worden hoe patiënten met elkaar omgaan. Er valt ook te zien hoe patiënten omgaan met kritiek en steun, het al of niet kunnen benutten van hulp en de mate van inzicht. Het contact met de groepsleden is symbolisch voor de omgang met personen in het algemeen. Op de afdeling wordt er weinig in groepsverband gedaan omdat patiënten een kamerprogramma volgen. Op de afdeling kan er dus minder worden geobserveerd hoe de patiënten in een groep functioneren.

Bij de patiënt uit de casus is te zien dat hij in samenwerking met zijn groepsleden meer een volger is. Daarnaast is te zien dat hij subassertief is, het lastig vindt om kritiek te geven en het lastig vindt om het de ander moeilijk te maken.

Experientiële therapievorm:

PMT is een experientiële therapievorm, waarbij de therapeut de situatie zo arrangeert dat de patiënt specifieke ervaringen kan opdoen. Binnen deze ervaringsgerichte therapie passen ook conflictgerichte en oefengerichte benaderingen (Petzold, 1998, NVPMT 1995). De essentie is echter de ervaring: er wordt ter plekke iets gedaan en dit is de basis voor het verder beïnvloeden van gedrag, gedachten en gevoelens (Emck, 2001). Ik ben van mening dat ervaringen bijdragen aan de motivatie van de patiënt qua verdere behandeling. Probst (1999, p. 29) zegt in een artikel "Het zijn de ervaringen tijdens PMT en de reacties die door deze ervaringen ontstaan, die als dynamische krachten van veranderingen funderen"

Binnen het observatiemoduu heeft patiënt ervaren dat hij meer een volger is en dat hij de grip/controle verliest wanneer er veel dingen gebeuren.

Non-verbale & verbale therapie:

PMT is een primair non-verbale therapie en onderscheidt zich hierdoor van psychotherapie. De betekenisverlening is essentieel. Het woorden geven aan de ervaring is van groot belang voor het therapeutisch proces. Er wordt niet langer meer gesproken van non-verbale therapie, maar van vaktherapie (Neijmeijer e.a. 1996, Hutschemaekers en Neijmeijer 1998). Een bewegingsproces (spel, improvisatie, interactie, exploratie en expressie) is in vele gevallen weinig zinvol zonder een verbaal proces. Patiënten kunnen vaak zelf niet het verband leggen tussen hun problematiek en de uitgevoerde situaties vandaar dat een verbaal proces van belang is anders bestaat de kans dat veel therapeutisch materiaal verloren gaat.

We hebben SGLVG patiënten op de afdeling en patiënten die de Nederlandse taal slecht beheersen. Deze patiënten zijn niet of nauwelijks in staat zijn om te verwoorden wat er van binnen speelt, terwijl dit tijdens het doen van bewegings- en lichaamsgerichte activiteiten duidelijk wordt. Op de afdeling is het lastiger om het gedrag van deze patiënten te observeren omdat er veel vanuit gespreksvoering wordt gewerkt. Het geobserveerde gedrag dient altijd in verschillende bewegingsituaties te worden geobserveerd. Daarnaast is het van belang het geobserveerde te controleren.

Een duurzame persoonlijkheidstrek zal zich immers op alle momenten en in alle situaties manifesteren (Carver & Scheier, 1988). Daarnaast wordt er in het observatiemoduu gebruik gemaakt van Lichamelijk Emotioneel Cognitief Sociaal (LECS) als observatiemethode. Verder vat de therapeut aan het einde van de therapie samen wat hij gezien heeft. Zodoende controleert de therapeut wat hij gezien heeft en welke betekenis het gedrag heeft. De patiënt heeft dan ook een duidelijk beeld waar het bij hem tijdens het behandelde thema over ging. De patiënt komt zodoende niet voor verassingen te staan wanneer het observatiemoduu wordt geëvalueerd.

Tijdens het observeren van bewegingsgedrag wordt er veel geïnterpreteerd. Probst (1999) geeft in zijn artikel een betekenis van interpreteren. Interpreteren betekent de zin vinden van de observeerde verschijnselen, het inpassen van de observaties in een structuur, de betekenis duidelijk maken van een groep gegevens en een waardeoordeel uitspreken. Interpretaties kunnen subjectief gekleurd zijn vandaar het belang om juist te interpreteren. Om juist de kunnen interpreteren moet er aan vier voorwaarden worden voldoen: (1) de gegevens moeten zo objectief mogelijk zijn, (2) er moeten voldoende gegevens zijn, (3) er moet kennis zijn van de situatie (factoren) (de patiënt en zijn omgeving), (4) de observator moet een kritische instelling behouden.

In meerdere activiteiten en tijdens verschillende thema's kwam het aangeven van grenzen naar voren. Daarnaast is het geobserveerde gecheckt bij patiënt.

Contextmanipulatie:

De context is bewust gecreëerd zodat de therapeut te weten komt wat hij wil weten over de patiënt. Er is eerst gekeken naar wat de therapeut wil observeren en daarna is er een passend bewegingsarrangement bij gezocht. Contextmanipulatie geeft aan dat de therapeut de mogelijkheid heeft om via de schikking van de situatie, en zijn eigen rol daarin, het probleemgedrag te observeren. (Van der Klis, 1980) Door manipulaties in de context wordt het probleemgedrag van de patiënt zichtbaar. Op de afdeling wordt er geen gebruik gemaakt van contextmanipulatie. Ik ben van mening dat er sneller kan worden geobserveerd wanneer je gebruikt maakt van contextmanipulatie. Doordat je de context manipuleert kun je gericht kijken en kun je observeren hoe de patiënt zich gedraagt in die context.

De activiteiten zijn zo gekozen waarin duidelijk wordt hoe het gedrag van een patiënt is bij een bepaald thema. Het is belangrijk om na te gaan of, het gedrag dat de patiënt vertoont, alleen bij de desbetreffende activiteit hoort of dat hij het gedrag herkent in andere situaties.

Lichaamsgerichte en bewegingsgerichte activiteiten:

Er wordt breed geobserveerd zodat er een meer gespecificeerde werkhypothese gevormd kan worden. Om een zo groot mogelijke variatie in gedrag te observeren, moet de therapeut activiteiten aanbieden die qua karakter sterk van elkaar verschillen. (Emck, 1996)

De activiteiten die worden aangeboden in het observatiemoduu zijn zowel bewegings- als lichaamsgeoriënteerd (Fahrenfort, 1986).

De activiteiten die in het moduu worden aangeboden verschillen van elkaar. Zo zijn er oplossingsgerichte activiteiten, sport en spel activiteiten en lichaamsgerichte activiteiten.

Bewegen is gedrag:

“Ook bewegen is gedrag net als al het menselijk handelen” (Van der Klis, 2004) Niet exclusief, maar inclusief. Bewegen sluit aan bij de doelgroep. De patiënten zijn even van de afdeling af, in een andere ruimte, en gaan op in het bewegen en hebben er plezier in.

Vanuit het relationele bewegingsconcept komt ook naar voren dat bewegen gedrag is. Mede door deze visie sluit het observatiemoduu goed aan bij het algehele observatieprogramma omdat er bij beide visies gedragtherapeutisch gewerkt wordt.

Het bewegen van de patiënt in de zaal is gedrag. Daarbij is betekenis verlenen en terugkoppeling naar patiënt belangrijk.

De thema's uit het observatiemoduu passen bij de visie van de afdeling, de doelgroep en doelen waaraan binnen PMT gewerkt kan worden:

De thema's zijn gekozen op grond van drie aspecten; de twaalf ontwikkelingstaken van het sociaalcompetentiemodel, de zeven thema's van PJAM Hekking en MAJ van den Blink en op grond van praktijkervaring. De thema's bleken uit ervaring van belang te zijn bij de doelgroep. Voordat het observatiemoduu gestart werd waren er individuele hulpvragen van patiënten die

met één van de thema's te maken hadden. De thema's die nu behandeld worden passen bij de doelgroep. Er zou zelfs gestart kunnen worden met het maken van modules per thema uit het observatiemoduu.

De patiënt die wordt beschreven in de casus heeft moeite met het aangeven van grenzen. Dit is iets wat je vaker bij deze doelgroep ziet: patiënten geven hun grenzen niet aan, de spanning loopt steeds verder op waardoor de "bom" ineens zou kunnen barsten en de patiënt een delict zou kunnen plegen.

5.4 Diagnostiek:

Hieronder een aantal punten uit het bewegingsgedrag waaraan verschillende psychische stoornissen kunnen worden gekoppeld. Zodoende kan de PMT'er een bijdrage leveren aan de diagnostiek. De stoornissen zijn gekozen op basis van de meest voorkomende psychische stoornissen in de forensische psychiatrie. De diagnosecriteria worden vertaald naar het in PMT waarneembaar gedrag. De premisse is dat er tussen de items van de DSM en het bewegingsgedrag enige samenhang bestaat. De psychomotorische therapeut zal op basis van de naar PMT taal omgezette kenmerken een beschrijving geven. De DSM en PMT bevatten handelingsgerichte elementen waardoor de DSM bruikbaar is in de PMT (Probst, 2004).

- o Borderline persoonlijkheidsstoornis: de opvallende wisselingen in psychomotoriek is bepaald door stemmingswisselingen. (Linehan, 1996) Impulsiviteit, chaos en grenzeloosheid verwijst naar de gebrekkige impulsbeheersing. Bij borderline persoonlijkheidsstoornis of psychotische structuur (Kaplan & Sadock, 1991)
- o Patiënten met psychotische beelden hebben meestal een verstoorte realiteitstoetsing.
- o Neurotische structuur: remming angst en controle waarbij impulsen sterk afgeweerd worden (Oudshoorn e.a., 1995).
- o Agressieve en onaangepaste patiënten nemen vaak extreem veel ruimte in en komen anderen letterlijk te nabij. (Mattys, 1990; Ringrose & Nijenhuis, 1986)
- o Het leervermogen, doorzettingsvermogen en aandachtsspanne is te relateren aan de persoonlijkheidsstructuur. Het betreft hier elementen die verbonden zijn met ik sterkte. Mensen met goede ik-functies zijn in staat zich adequaat op taken in de realiteit te richten. (Kaplan & Sadock, 1991) Bij zwakkere ik-functies zien we een verminderde taakgerichtheid, zwakkere concentratie en leervermogen.

Probst (1999) zegt in zijn artikel het volgende:

Vandereycken, Hoogduin en Emmelkamp (2000) stelden een schematische ordering voor om gestoord menselijk gedrag begrijpelijk te maken en te structureren. In dit schema worden de belangrijkste psychopathologische varianten van psychisch functioneren samengebracht rond expressie en motoriek, bewustzijn, zelfbeleving, waarneming, denken en geheugen, gevoelens en waarneming. Het schema is aan de PMT aangepast. Uit het schema blijkt dat de PMT'er de bijzondere competentie heeft om bijvoorbeeld betreffende specifieke psychopathologische varianten van het psychisch functioneren zoals psychomotorische vertraging of agitatie, abnormale bewegingen en houdingen, lichaamsbeleving en zelfbeleving, diagnostische relevante informatie te kunnen geven. (p.42) Uit bovenstaande kan geconcludeerd worden dat de PMT'er een bijdrage kan leveren aan diagnostiek.

6. Conclusie

Gedurende mijn scriptie ben ik opzoek gegaan naar welke specifieke aspecten van het PMT-observatiemoduu een bijdrage leveren aan de eindrapportage van de observatieperiode op de FPA te Franeker. In deze conclusie som ik de aspecten op die een bijdrage leveren en hiermee geef ik antwoord op mijn vraag.

De visie van PMT komt overeen met de behandelvisie van de afdeling. *Beide werken gedragstherapeutisch*. De PMT'er is gespecialiseerd wanneer het gaat om het observeren van bewegingsgedrag. *Het relationele bewegingsconcept* is een belangrijke visie binnen PMT: de mens is onlosmakelijk verbonden met zijn omgeving. Het bewegend gedragen zegt veel over de persoon en zijn gedrag. Mede door deze visie sluit het PMT-observatiemoduu goed aan bij de visie van de afdeling. Er wordt bij beide geobserveerd naar gedrag. Waar beter dan in de PMT kan dit gebeuren?

Doordat er in het observatiemoduu gebruik wordt gemaakt van *zeven thema's*, die aansluiten bij de visie van de afdeling (*het sociaal-competentiemodel*), observeert de PMT'er gericht en kijkt hij naar wat hij te weten wil komen. In het moduu staan *observatiepunten* omschreven die voor elke patiënt kunnen worden ingevuld na een behandelend thema. Het observatieformat van de afdeling is minder gericht en onduidelijk. Door gebruik te maken van *contextmanipulatie* wordt er extra duidelijk hoe een patiënt bewegend reageert op het hem omringende. Door manipulaties in de context kan het probleemgedrag van de patiënt duidelijk worden. Doordat PMT primair een *non verbale therapie* vorm is sluit deze goed aan bij de doelgroep. Op de afdeling zijn er een aantal patiënten met een verstandelijke beperking en patiënten van buitenlandse afkomst die de Nederlandse taal niet goed beheersen. Deze patiënten kunnen zich verbaal minder goed kunnen uitdrukken. Non verbaal zie je meer van deze patiënten. Op de afdeling kan het gedrag van deze patiënten minder goed geobserveerd worden omdat er meer gebruik wordt gemaakt van verbale observatie door middel van gespreksvoering. Door *lichaamsgerichte en bewegingsgerichte activiteiten* aan te bieden kan er breder worden geobserveerd. Het bewegend bezig zijn sluit aan bij de doelgroep omdat patiënten *plezier* hebben in het bewegen. Daarnaast zie je vaak dat patiënten *opgaan in het bewegen* en hierdoor hun "masker" vergeten op te zetten. Wanneer het tijdens een spel bijvoorbeeld gaat om winnen/verliezen komt vaak de ware aard van een patiënt naar boven.

Naast het *non-verbale* gedeelte is het *verbale* gedeelte van de therapievorm is ook een belangrijk aspect dat een bijdrage levert. De observaties worden betrouwbaarder door; het geobserveerde verbaal terug te geven en hieraan betekenis te verlenen, te controleren of het geobserveerde gedrag klopt en door na te vragen op de patiënt het gedrag in de zaal herkend in zijn dagelijkse leven. Door *samen te vatten* aan het eind van de therapie, controleer je nog eens dubbel of dat wat je gezien hebt klopt. De patiënt heeft hierdoor ook helder wat voor hem belangrijk is binnen het behandelde thema zodat hij tijdens het bespreken van het PMT-observatieverslag niet voor verrassingen komt te staan. Hierin is de therapeut transparant. Het PMT-observatiemoduu wordt in een *groep* gegeven. Het contact met de groepsleden is symbolisch voor hoe patiënten in het dagelijkse leven met anderen omgaan. Op de afdeling is er minder ruimte voor groepstherapie. Dit komt omdat patiënten in het begin van hun opname een kamerprogramma hebben. Hierdoor levert het observatiemoduu een extra bijdrage omdat dit stuk minder te observeren is op de afdeling.

De PMT'er op de FPA werkt vanuit de *motiverende gespreksvoering* van Miller en Rollnick. Deze manier van gespreksvoering bevordert gedragsverandering van de patiënt en probeert de patiënt positief te bekrachtigen. Dit is belangrijk omdat gedragsverandering dan sneller tot stand kan komen. Als laatste item uit de specifieke aspecten van het PMT observatiemoduu kan gezegd worden dat bepaald *bewegingsgedrag typerend* is voor bepaalde psychische stoornissen. Door hier kennis van te hebben kan de PMT'er een bijdrage leveren aan de diagnostiek van de patiënt.

7. Literatuurlijst:

Boeken

- Bartels, A.A.J. & Spreen, M. (2005). Het sociale competentiemodel en de sociale netwerkanalyse in de forensische psychiatrie. Behandelingsstrategieën bij forensische-psychiatrisch patiënten. P.p 95- 108 pag 6.
- Bateson, G. & M. C. (1987) Waar engelen zich niet wagen, en kentheorie van het heilige, Contact, Amsterdam
- Buytendijk, F.J.J. (1976). *Algemene theorie der menselijke houding en beweging*. Utrecht/Antwerpen: Het spectrum.
- Dilts, R., 2006, Verander je overtuigingen, technieken van de Amerikaanse NLP goeroe, Andromeda, Giethoorn ten Brinke in Meppel.
- Emck, C. & Smit, Ch. (2000). Wat beweegt hen? Over adolescenten en psychomotoriek. In J. Vandeputte, J.Buitelaar, P.Cohen-Kettenis & W.Matthys (red). Uit de kinderschoenen- 60 jaar Kinder- en Jeugdpsychiatrie UMC-Utrecht. Assen: Van Gorcum.
- Gordijn, C.C.F., & Brink, C van den., & Meerdink, P., & Tamboer, J.W.I., & Vermeer, A. (1975) *Wat beweegt ons*. Baarn: Bosch & Keuning N.V.
- Kugel, J. (1975). *Psychologie van het lichaam*. Utrecht/Antwerpen: Het Spectrum.
- Miller, W.R., & Rollnick, R. (2006). *Motiverende gespreksvoering: een methode om mensen voor te bereiden op verandering*. Gorinchem: Ekklesia.
- Nissink, E. (2002). *Je bent sprekend je lichaam*. Deventer: Ankh-hermes.
- Ploeg, J.D. (1997). Gedragsproblemen, ontwikkelingen en risico's. Rotterdam: Lemniscaat.
- Ruiter, C, de. & Hilebrand, M. (1999). *Behandelstrategieën bij forensisch psychiatrische patiënten*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Scott, J., & Stradling, S.G., & Dryden, W. (1998). *Cognitieve gedragstherapie*. Lisse: Swets & Zeitlinger B.V.
- Simons, J. (2003). *Actuele themata uit de psychomotorische therapie*. Leuven: Acco.
- Vandereycken, W., Hoogduin, C.C., & Emmelkamp, P.M. (2000). *Handboek psychopathologie, Deel 1 basisbegrippen*. Houten: Bohn Stafleu.
- Weerman, A. (2006). *Zes psychologische stromingen en één cliënt*. Soest: Uitgeverij Nelissen.

Artikelen

- Antonowicz, D.H., Ross, R.R. (1994) Essential components of successful rehabilitation programs for offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 38(2).
- Emck, C. (1996). Een diagnostische procedure voor psychomotorische therapie. *Bewegen en hulpverlening*, 14, 127-140.
- Emck, C. (2003) Een relationeel protocol. Het gedachtegoed van Gordijn als hernieuwde inspiratie of als 'mission impossible' voor de psychomotorische therapie? Een vak apart, artikelen over psychomotorische therapie, nr 5, 109-118)
- Emck, C. (2001). Ik ben te oud om slechts te spelen... Over indicatiestelling voor vaktherapie, PMT in het bijzonder. *'t WEB – Tijdschrift voor bewegingsonderwijs, -therapie en – recreatie*, nr 4, 6-16.
- Diepenhorst, A. & Klis, P van der. (1975) Bewegingstherapie in een psychiatrisch centrum. *Een vak apart, artikelen over psychomotorische therapie*, 4, 91-108.
- Klis, P van der. (2004) Van mythe naar multimediaspeler. *Een vak apart, artikelen over*

psychomotorische therapie, 20, 389-397.

- Tuinen, K.van. (1999). Een forensisch psychiatrische setting vanuit psychoanalytisch perspectief. *Lutje Psychiatrisch-Juridisch Gezelschap in Groningen*, nr.6.
- Petzold, H. (1998). Integrative Leib- und bewegungstherapie. *Paderborn: Junfermann Verlag*.
- Probst, M., Van Coppenolle, H. (1999). De psychomotorische therapie bij adolescenten en volwassenen onder de loep. *Ontwikkelingen in de psychomotorische therapie* 27-63.
- Que, T.H. & Groen, H. (1997). Forensische psychotherapie, een vorm van psychiatrische psychotherapie? *Tijdschrift voor Psychiatrie* 39, 121-135.
- Raes, B.C.M., Miedema, A.G. & Paesen L.J. (2001). De grenzen tussen de algemene en de forensische geestelijke gezondheidszorg. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 43.
- Rebergen, G.R. (1984). Van Bewegen naar Activiteiten. *Een vak apart, artikelen over psychomotorische therapie*, 20, 363-380.

Websites

- www.cce.nl/main.php?cm=79%2C218%2C226%2C300%2C302&cm_redir=1&action=DirectDownload&pub (maart 2009)
- <http://www.dji.nl/Onderwerpen/Patienteninfoforensischezorg> (april 2009)
- <http://www.hetweb.nl/over/bewegingstherapie.html> (mei 2009)
- http://www.hetweb.nl/tijdschrift_artikel.php?id_artikel=66 (mei 2009)
- http://www.nvspv.nl/vakblad/sppdf/sp72/sp72_hoofd02.pdf (mei 2009)
- <http://rechten.eldoc.ub.rug.nl/FILES/root/Tijdschriften/Ontmoetingen/Nr06/vanTuinen/vanTuinen.pdf> (mei 2009)
- <http://www.vgct.nl/index.jsp?ACTION=GOCOMBO&MID=901#1> (april 2009)
- <http://nl.wikipedia.org/wiki/Psychopathie> (mei 2009)

Readers

- 2005-2006, Module BA&PMT, docent: Pauline Fellingier

Projectplannen

- Hoekema, S. & Kolthof, B. (2002). Projectplan 'observatie en Behandelmethodiek van de FPA-Franeker
- Eindrapport " onderschat en overvraagd" inventatiratie SGLVG-netwerk Noord-Holland Centrum voor Consultatie en Expertise Utrecht en Noord-Holland (2006)

8. Bijlagen

- Bijlagen I: Het PMT Observatiemoduu Blz. 28

Bijlage I

PMT observatiemoduu

Voor in de Forensische Psychiatrie

Gemaakt door:

Marlies Huurman

Vierde jaars student aan de opleiding Psychomotorische Therapie en
Bewegingsagogie, Windesheim te Zwolle

Franeker, februari 2009

Inhoud:

Inleiding	blz. 4
Gebruik van het observatiemoduu	blz. 5
Basisvoorwaarden	blz. 6
Behandeling	
• Thema gezondheid en uiterlijk / lichaamsbeleving	blz. 9
• Thema vertrouwen en leiden/volgen	blz. 12
• Thema kracht en agressie / spanning	blz. 14
• Thema samenwerken	blz. 15
• Thema grenzen en assertiviteit	blz. 17
• Thema vrije tijd en ontspanning	blz. 19
• Thema macht/onmacht en autoriteit en instanties	blz. 20

Voorwoord:

Vanuit mijn stage kwam de vraag of ik een observatiemodul wilde ontwikkelen. Er bestond wel een observatiegroep voor PMT maar er was nog geen beschreven module aanwezig. Ik ben geïnteresseerd geraakt in het observatiemodul en heb dan ook mijn scriptie aan het modul gekoppeld. Op deze plek wil ik mijn stagebegeleider, Norbert Nijland, bedanken voor het mee helpen en denken aan het observatiemodul.

Marlies Hurman

Inleiding:

Voor u ligt een PMT-observatiemoduu voor in de forensische psychiatrie, ontwikkeld door Marlies Huurman, student van de opleiding Psychomotorische Therapie en Bewegingsagogie aan de School of Human Movements and Sports, Windesheim te Zwolle. Het moduu is geschreven tijdens een stageperiode in de Forensische Psychiatrische Afdeling (FPA) te Franeker (februari 2009).

Het moduu is gemaakt voor psychomotorische therapeuten en aankomend beroepsbeoefenaren die werkzaam zijn in de forensische psychiatrie.

Ik heb een observatiemoduu ontwikkeld waarin zeven thema's aanbod komen die gekoppeld zijn aan de ontwikkelingstaken vanuit het sociaal competentie model (Slot, W., & Spanjaard, H. (1999)) waarmee op de FPA wordt gewerkt. Daarnaast heb ik gebruik gemaakt van de zeven thema's die zijn ontwikkeld door PJAM Hekking en MJ van den Blink. Deze twee, de ontwikkelingstaken vanuit het sociaal competentie model en de zeven thema's van PJAM Hekking en MJ van den Blink, heb ik samengevoegd waaruit zeven thema's zijn gekomen die ik gebruik in dit observatiemoduu.

In het moduu staat de behandeling uitgebreid beschreven waarin ik bij elk thema een mental set, rationale, uitleg activiteit, arrangement, verantwoording en observatiepunten beschrijf. De behandeling is uitgebreid beschreven om twee redenen. Ten eerste wil ik het observatiemoduu onderzoeken of er aan de hand van de gekozen thema's er een bijdrage kan worden geleverd door de PMT'er, aan de verdere diagnostiek en behandeling van die patiënt. Verder ben ik benieuwd of de PMT'er na het geven van het moduu een advies kan geven aan het behandelteam voor eventuele verder individuele of groeps PMT voor de patiënt. Door de behandeling uitgebreid te beschrijven heb ik meer kans op een betrouwbaar onderzoek en kan ik me houden aan de voorgeschreven richtlijnen. Ik wil kunnen controleren of de beschreven observatie doelen naar voren komen in de activiteiten die ik heb bedacht.

Ten tweede ben ik nog niet eerder een uitgebreid beschreven moduu tegengekomen en ik heb gemerkt dat hier door mij en mijn klasgenoten behoefte aan is. Het moduu is dus redelijk voorgekauwd maar de therapeut of aankomend beroepsbeoefenaar kan de module op eigen wijze inrichten. De beschreven punten bij de behandeling zijn voorbeelden.

In dit moduu beschrijf ik achtereenvolgens het gebruik van het observatiemoduu, de doelgroep, doelen, intake, referentiekader, organisatie, algemene afspraken, attitude van therapeut, overig en als laatste de behandeling.

Gebruik van het observatiemodul:

Het observatiemodul kan worden gebruikt als handleiding voor een observatiegroep in de forensische psychiatrie. Zoals in de inleiding is genoemd is de behandeling uitgebreid beschreven.

Bij de behandeling staan observatiepunten omschreven die bij de activiteit horen. Door de observatiepunten voorafgaand het aanbieden van een thema door te lezen valt er meer uit de activiteit te halen. Hierdoor wordt er meer gericht gekeken. Na elk aangeboden thema worden de observatiepunten beantwoord. Op deze manier kan de therapeut iets zeggen over de patiënt in combinatie met het behandelde thema. Na alle thema's te hebben afgerond heeft de therapeut een beeld van de patiënt en zijn hulpvraag en kan de therapeut een advies geven aan het behandelteam omtrent verder diagnostiek, en eventuele groeps- of individuele PMT doelen.

Basisvoorwaarden:*De doelgroep:*

<i>Indicaties</i>	Nieuw opgenomen patiënten in de forensische psychiatrie waarbij behandeldoelen nog niet duidelijk zijn. Voor patiënten bij wie het vrijhedenkader het toelaat zich begeleid buiten het gebouw te bevinden om naar de zaal te gaan.
<i>Contra-indicaties</i>	Groepsverstorend gedrag (indicatie voor individuele PMT) Patiënten waar behandeldoelen al duidelijk zijn. Patiënten die ernstig psychotisch zijn.

Doelen:

<i>Algemeen doel</i>	Het doel van dit modul is om informatie te verzamelen die gebruikt wordt bij de verdere diagnostiek van de patiënt. Doel van de observatiemodule is voor wat betreft de PMT het leveren van een bijdrage aan de diagnostiek en het geven van een advies of (en hoe en wanneer) groeps-PMT dan wel individuele PMT een bijdrage kan leveren in de verdere behandeling van de betrokken patiënt.
<i>Einddoel</i>	Nadat de patiënt alle zeven thema's van het observatiemodul heeft gevolgd heeft de patiënt het observatiemodul afgerond. Er is dan genoeg informatie verzameld zodat een verdere behandeling kan worden uitgestippeld en er behandeldoelen kunnen worden geformuleerd. De PMT'er kan dan een advies geven over eventuele behandeldoelen voor groeps- of individuele PMT. Daarnaast levert de PMT'er een bijdrage aan de verdere diagnostiek van de patiënt.

Intake:

De therapeut houdt een korte intake, waarin enkel wordt uitgelegd wat PMT inhoudt en waar de observatiemodul voor is. Er wordt uitgelegd dat het observatiemodul voor PMT onderdeel van behandeling is op de FPA.

Referentiekader:

Sinds oktober 2006 is er op de FPA gestart met het invoeren van het sociaal competentiemodel. (Slot, W., & Spanjaard, H. (1999). Competentievergroting in de residentiele jeugdzorg). Het doel van dit model is dat er n.a.v. een competentieanalyse werkdoelen/werkpunten geformuleerd gaan worden. Deze werkpunten hangen samen met de twaalf ontwikkelingstaken die omschreven zijn volgens het sociaal competentiemodel door Slot & Spanjaard, 1999.

Deze ontwikkelingstaken vanuit het sociaal competentiemodel zijn gekoppeld aan de PMT thema's die zijn ontwikkeld door PJAM Hekking en MJ van den Blink. Uit deze combinatie zijn een zevental thema's gekomen die geschikt zijn voor het observatiemoduu in de forensische psychiatrie. De thema's zijn onder andere gekozen door te hebben gekeken naar welke toepasbaar zijn voor groeps PMT. De keuze is ook gemaakt door te hebben gekeken naar welke thema's bruikbaar zijn voor in de forensische psychiatrie.

Organisatie:

Per week komt er één thema per sessie aan bod. Er worden zeven thema's behandeld. De patiënt heeft het observatiemoduu afgerond wanneer hij alle zeven thema's heeft behandeld. Dit betekent dat de observatie periode bij PMT voor één patiënt zeven weken duurt. De observatiegroep is een open groep, dit betekend dat de groep steeds veranderd wanneer mensen de observatieperiode hebben afgerond of wanneer er nieuwe patiënten bij komen. De groepsgrootte is maximaal acht patiënten en één sessie bestaat uit 45minuten. De ruimte die wordt gebruikt is de grote PMT zaal.

Algemene afspraken:

Een belangrijke afspraak voor patiënten tijdens de sessies is "stop!" = "stop!". Dat wil zeggen dat activiteiten te allen tijde door iedereen kunnen worden stilgezet door "stop!" te roepen. Dat kan bijvoorbeeld wanneer een situatie onveilig wordt, voor de patiënt zelf of voor een ander. Belangrijk is dat "stop!" ook "stop!" is. Dat wil zeggen dat iedereen direct stopt met waar hij mee bezig is. Voor een veilige werksfeer is het belangrijk dat de therapeut deze afspraak benadrukt en consequent naleeft.

Attitude therapeut:

Voor de attitude van het observatiemoduu heb ik gekeken naar de motiverende gespreksvoering van Miller en Rollnick (1991). Onderzoek toont aan dat motiverende gespreksvoering effectief blijkt bij verschillende doelgroepen waar in de forensische psychiatrie mee wordt gewerkt.

Motiverende gespreksvoering stoelt op twee principes, te weten *onvoorwaardelijke acceptatie* en *constructieve zelfconfrontatie*. De hulpverlener bouwt aan een relatie die gebaseerd is op samenwerking, eigen verantwoordelijkheid en vrijheid van gedragskeuze. De hulpverlener veroordeelt geen gedrag, ook al is het zelfdestructief. Het uiteindelijke doel van de hulpverlener is niet gedragsverandering, maar harmonie van wensen en gedrag. Van belang is dus dat de hulpverlener in staat is zijn eigen (voor)oordelen over probleemgedrag op te schorten.

Uit de principes van motiverende gespreksvoering vloeien een aantal strategieën voort. Uit het principe van onvoorwaardelijke acceptatie is het nodig dat de hulpverlener de volgende strategieën bezit:

- Empathie uitdrukken:
Door middel van reflectief luisteren, laat de hulpverlener blijken dat hij begrijpt wat de patiënt zegt, voelt en denkt. Adequate emotionele en cognitieve reflecties verhogen de

mogelijkheid tot verandering: ze ordenen en expliciteren ervaringen. In een sfeer van vrijheid heeft de patiënt de gelegenheid na te gaan welke aspecten aan zijn of haar probleemgedrag kleven.

- Discussie vermijden:

Onvoorwaardelijke acceptatie geldt ook voor de eventuele keuze die de patiënt maakt om te veranderen. De patiënt is zelf deskundig en verantwoordelijk voor beslissingen die zijn eigen leven betreffen. Een discussie tussen een hulpverlener en een patiënt over verandering wijst op een defensieve houding van de hulpverlener. Zo'n houding is onproductief als het de patiënt is die tot verandering moet komen. De hulpverlener werkt samen met de patiënt naar een positieve beslissing om te veranderen. De nadruk ligt op de eigen verantwoordelijkheid en keuzevrijheid van de patiënt.

- Versterken van zelfeffectiviteit:

De hulpverlener versterkt en ondersteunt het vertrouwen dat patiënten in zichzelf hebben in staat te zijn datgene te doen dat nodig is om hun doelen te bereiken: de zelfeffectiviteit. Geloof en hoop zijn van invloed op het slagen van gedragsverandering. De hulpverlener versterkt de succeservaringen van patiënt door verandering in gedrag te bevestigen. Verder lokt hij positieve ervaringen uit.

Gesprekstechnieken die gehanteerd worden in motiverende gespreksvoering zijn: open vragen stellen, reflectief luisteren en samenvattend ordenen:

- Open vragen stellen:

De hulpverlener is erop uit de patiënt aan het woord te laten en dit zal hij doen door open vragen te stellen.

- Reflectief luisteren:

Ingaan op wat de patiënt vertelt. De hulpverlener herhaalt of brengt onder woorden wat hij denkt dat de patiënt bedoelt te zeggen of non-verbaal uitdrukt. De hulpverlener heeft een meedenkende, meevoelende en onderzoekende houding.

- Ordenend samenvatten:

Samenvatten is van belang om de structuur te bewaken en om orde te brengen in het gesprek. Verder kan de hulpverlener het gebruiken om de gegevens te bevestigen en in te prenten.

Een andere attitude van de therapeut is het *vertellen wat je ziet*. De therapeut beschrijft bijvoorbeeld wat hij ziet tijdens een discussie, in een spelsituatie of aan het gedrag van (een) patiënt(en). Verder vraagt de therapeut de groep wat ze van een discussie, de activiteit, spelsituatie of het gedrag van een medepatiënt vindt.

De therapeut dient ook *transparant* te zijn. Het is belangrijk dat een therapeut kan reageren op een manier die conform is wat hij denkt, voelt en laat zien.

Als laatste heeft de therapeut ook een *observerende* attitude.

<i>Overig:</i>

Bij elk thema is het belangrijk na te gaan hoe goed de groepsleden elkaar kennen. Zitten ze al lang bij elkaar in de groep, welke rol nemen ze in? Of kennen patiënten elkaar nog niet? Dit kan namelijk van invloed zijn op hoe iemand zich gedraagt in de groep.

Behandeling:

Op de volgende pagina wordt de behandeling uiteen gezet waarin bij elk thema de volgende punten naar voren komen:

- Mental set
- Rationale
- Uitleg activiteit
- Arrangement
- Eventuele interventies
- Observatiepunten

Behandeling:**Thema 1. Gezondheid en uiterlijk / lichaamsbeleving:**

- **Mental set:**
Vandaag behandelen we het thema gezondheid en uiterlijk. Hoe gaan jullie met gezondheid en uiterlijk om? Hoe zit het met douchen, scheren enzovoort? Hebben jullie rituelen? Voor wie is het belangrijk en waarom?
Je lichaam kan ook worden gebruikt als instrument om prikkels van buitenaf waar te nemen. Hebben jullie enig idee wat ik hiermee bedoel? Een voorbeeld: *Je lichaam reageert op alles wat zich in je omgeving afspeelt. Je houdt bijvoorbeeld je adem in als je iets spannends ziet gebeuren, je hart klopt sneller bij dreigend gevaar, of je wordt zenuwachtig als je aan een behandelteam bespreking denkt. Je adem inhouden, je hart dat sneller gaat kloppen en zweten zijn signalen die je lichaam afgeeft. De buitenwereld komt eigenlijk via het lichaam bij je binnen. Iedereen reageert verschillend in situaties en neemt signalen anders waar.* In het dagelijkse leven heb je te maken met lichaamssignalen en deze signalen kunnen je vertellen hoe je, je voelt. Wanneer je bijvoorbeeld signalen van oplopende spanning lang negeert kan ineens de bom barsten en verlies je misschien de controle. Wanneer je signalen van oplopende spanning eerder opmerkt zou je dit kunnen voorkomen. *De therapeut kan hier een voorbeeld van noemen of de patiënten vragen naar een voorbeeld.*
- **Rationale:**
Lichaamssignalen geven aan dat je een bepaalde emotie hebt. We gaan deze activiteit doen om te kijken of je lichaamssignalen kunt herkennen en benoemen en of je deze signalen kunt koppelen aan een emotie.
- **Activiteit uitleg “over een bank lopen”:**
Je loopt over de bank en probeert hierbij lichaamssignalen te herkennen. Deze oefening kan uitgebouwd worden door middel van:
 - Achteruit lopen
 - Met de ogen dicht lopen
 - Met de ogen dicht achteruit lopen
 - Van rechthoek naar halve draai naar hele draai
 - Van een brede bank naar een smalle bank (op de kop)
 - Van gelijkvloers naar op hoogte
 - Van horizontaal naar een toenemende hoek qua steilheid
 - Van een vaste bank naar een bewegende/onstabiele bank
 - Van met hulpverlening naar keuze, naar toegewezen hulpverlener naar geen hulpverlenerNa elke uitbouw van de activiteit wordt er stil gestaan bij welke lichaamssignalen de patiënt ervaart.
- **Arrangement, context:**
Er staat een bank in het midden van de zaal. De therapeut kan eventueel het initiatief nemen zodat patiënten volgen.

- *Observatiepunten:*
 - Kan de patiënt lichaamssignalen herkennen?
 - Kan de patiënt lichaamssignalen benoemen?
 - Kan de patiënt lichaamssignalen koppelen aan een emotie?
 - Neemt de patiënt de tijd om te ervaren wat er gebeurt?
 - Hoe gaat de patiënt om met grenzen tijdens deze activiteit?
 - Hoe gaat de patiënt om met uiterlijk en gezondheid?
 - Is de cliënt tevreden, ontevreden, neutraal over zijn lichaam?
 - Hoe is het contact met de cliënt zijn eigen lijf: continue, wisselend, vluchtig, afwezig, rationeel.
 - Hoe zit het met de:
 - motorische ontwikkeling?
 - Motorische vaardigheden?
 - Coördinatie?
 - Grove/fijne motoriek?
 - Energiek/futloos?

Thema 2. Vertrouwen en leiden/volgen:

- *Mental set:*
Het thema van vandaag is vertrouwen. Stel je eens voor dat je als rijder in de auto zit en een lange reis moet maken. Het is al laat en degene die rijdt is moe want die heeft een nacht overgeslagen. Hoe ben je hierin als het gaat om vertrouwen? Ben je dan iemand die rustig gaat slapen, de weg goed in de gaten houdt en mee blijft opletten of doe je nog iets anders?
De definitie die van Dale over vertrouwen geeft is geloof in iemands goede trouw en eerlijkheid.
Er is onderscheid te maken in vertrouwen in materiaal, jezelf en de ander. Met deze gaan we vandaag aan de slag.
- *Rationale:*
We gaan een activiteit doen om te kijken naar hoe je met vertrouwen om gaat. Ben je bijvoorbeeld iemand die gemakkelijk of moeilijk de ander vertrouwt en herken je dit in het dagelijkse leven?
- *Activiteit uitleg: "blind vertrouwen":*
De patiënten maken groepjes van twee waarvan één patiënt de ogen dicht heeft (de volger). De patiënt die de volger leidt heeft zijn ogen open en noemt ik de leider. Wanneer er wordt begonnen met de activiteit heeft de volger continue zijn ogen dicht. De leider leidt de volger naar een activiteit die hij uit moet voeren. Vervolgens leidt de leider de volger naar een andere activiteit totdat alle activiteiten zijn uitgevoerd. De activiteiten die in de zaal staan zijn:
 1. De volger moet op de schommel even geschommeld hebben
 2. De volger moet op het balanceervlak hebben gestaan
 3. De volger moet een toren van blokjes hebben gebouwd
 4. De volger moet over de bank hebben gelopenElke patiënt begint bij een andere activiteit zodat patiënten niet op elkaar hoeven te wachten.
Nadat een patiënt de vier activiteiten heeft gedaan wordt er nabesproken en gewisseld van rol.
- *Arrangement, context:*
De zaal waarin vier verschillende activiteiten staan. Er hangt een schommel in de zaal op schommelhoogte waarop geschommeld kan worden. Een balanceervlak waarop gebalanceerd kan worden. Er liggen zes blokjes in de zaal waar een toren mee gebouwd kan worden en er staat een bank in de zaal waar over heen moet worden gelopen. Alle activiteiten staan verdeeld in de zaal.
De materiaalopstelling kan vragen bij de patiënten opwekken, juist uitnodigend of afschrikkend werken. De therapeut dient aan te geven dat niets verplicht is om uit te voeren.
- *Eventuele interventies:*
 - De patiënten niet zelf tweetallen laten maken, maar indelen.
 - De sekse van degene die moet leiden veranderen.
 - Het gebied afschermen met matten, zodat mensen niet tegen de muur kunnen botsen.
 - Obstakels neerleggen.

- De 'volger' meer of minder inspraak geven (bijvoorbeeld dat die het tempo bepaalt tijdens de activiteiten).
- *Observatiepunten:*
 - Hoe is het vertrouwen van de patiënt in zichzelf?
 - Hoe is het vertrouwen van de patiënt in het materiaal?
 - Hoe is het vertrouwen van de patiënt op een ander?
 - Hoe is de patiënt als leider?
 - Geeft de patiënt verbale en/of non-verbale aanwijzingen?
 - Hoe houdt de leider contact/rekening met zijn volger?
 - Hoe is de patiënt als volger?
 - Hoe volgt de patiënt de non-verbale en/of verbale aanwijzingen van de leider?
 - Hoe is de houding van de leider en/of volger?
 - Hoe houdt de volger contact/rekening met zijn leider?
 - Hoe gaat de patiënt om met de verantwoordelijkheid die hij heeft als leider? (Buiten zich zelf of zelf verantwoordelijk?)
 - Assertief/subassertief
 - Vriendelijk onvriendelijk?
 - Hoe gaat de patiënt met grenzen om?

<i>Thema 3. Kracht en agressie / spanning:</i>
--

- *Mental set:*
Als inleidend praatje wil ik het eerst met jullie hebben over de definitie van agressie. Het woord agressie stamt oorspronkelijk af van het Latijnse woord *adgredior / aggredior*. De betekenis hiervan is “ergens gericht op afgaan”. Door deze definitie wordt agressie gezien als een soort levensenergie/kracht die maakt dat je dingen onderneemt. Dat agressie een emotie is die op een psychische en/of fysieke manier wordt geuit. Tegenwoordig denken mensen vooral aan de negatieve betekenis van het woord agressie: geweld. Dan wordt er onder agressie verstaan: het gewelddadig handelen met het doel schade toe te brengen. Agressie heeft dus een positieve en negatieve betekenis.
De emotie die bij negatieve agressie vaak voorkomt is boosheid. De emotie boos gaat vaak vooraf aan spanningen en hier wil ik het vandaag met jullie over hebben.
- *Rationale:*
Voorafgaand de activiteit legt de therapeut de spanningsthermometer uit. De therapeut gaat bij elke patiënt na waar hij/zij op dit moment op de spanningsthermometer zit.
We gaan een activiteit doen om te kijken hoe je met spanning omgaat. Dit doen we omdat spanning kan leiden tot geweld en misschien tot een delict. Na de activiteit bespreken we waar de cliënt na de activiteit op de spanningsthermometer zit. Vervolgens komen manieren aanbod over hoe patiënten met spanning om zijn gegaan.
Voorbeelden: vermijden, niet aangaan, onbelangrijk maken, je op andere dingen richten, weglachen en er de lol van inzien.
- *Activiteit uitleg “alle materialen in de zaal”:*
De grote zaal wordt in tweeën verdeeld met in het midden twee banken als afscheiding van de twee helften. Er worden twee teams van gelijke aantallen gemaakt. Elk team heeft een eigen vak en moet zorgen zo min mogelijk materialen op eigen helft te hebben. Je probeert dus zoveel mogelijk materialen naar de andere helft te gooien. We spelen het spel eerst één minuut en kijken dan wie er gewonnen heeft. Daarna bespreken we de activiteit na.
- *Arrangement, context:*
Er wordt gewerkt in de grote zaal en alle ballen (groot, klein, zwaar etc) worden zo verdeeld dat het aantal ballen op beide helften gelijk is.
- *Observatiepunten:*
 - Kwamen er bij de patiënt gevoelens van spanning kijken?
 - Herkent de patiënt gevoelens van spanning? Zo ja, kan hij deze benoemen?
 - Hoe gaat de patiënt om met gevoelens van spanning tijdens de activiteit?
 - Hoe gaat de patiënt in het dagelijkse leven om met spanning? Welke vaardigheden gebruikt hij bijvoorbeeld al?
 - Hoe is de patiënt non verbaal tijdens de activiteit?
 - Hoe is de patiënt verbaal tijdens de activiteit?

Thema 4. Samenwerken:

- *Mental set:*
We beginnen gelijk met de activiteit. Zouden jullie met me mee willen lopen naar het materialen hok? Ik heb een turn matje, een fysiobal, een hockeystick, een tennisracket en een hoepel nodig. Deze materialen wil ik aan de andere kant van de zaal achter de blauwe lijn hebben liggen. Wanneer de patiënten de materialen hebben verzameld vraag je: hoe verliep de samenwerking? Dit is precies waar ik het vandaag met jullie over wilde hebben. Wat verstaan jullie onder samenwerking? En wat is daar voor nodig?
- *Rationale:*
We gaan nu een activiteit doen om te kijken naar hoe jullie samenwerken. Dit doen we omdat het thema samenwerken misschien iets is waar je in het dagelijks leven tegen aan loopt. En er zodoende individuele behandeldoelen omtrent dit thema kunnen worden opgesteld.
- *Activiteit uitleg "samenwerken"*
Met een turn matje, fysio bal, hockeystick, tennisracket, en hoepel naar de overkant van de zaal komen zonder de vloer te raken. Alle materialen en mensen moeten mee. De deelnemers mogen niet op de vloer komen. Wanneer de vloer wordt aangeraakt door een deelnemer, moeten alle deelnemers en het materiaal terug naar waar de deelnemers zijn begonnen. Op het materiaal mag worden gestaan.
- *Arrangement, context:*
De context is de zaal. Verder hebben we materialen nodig als: een turn matje, tennisracket, fysiobal, hockeystick, een hoepel en een bal. De materialen hangen af van het aantal patiënten. Deze materialen zijn gekozen op basis van vier patiënten.
- *Eventuele interventies:*
 - Meer of minder materialen
 - Veel of weinig personen in een groep (bijvoorbeeld twee of zes tegelijk)
 - Er een competitie van maken; tijdsdruk invoeren
- *Observatiepunten:*
 - Hoe pakt de patiënt de activiteit aan voordat hij daadwerkelijk aan de slag gaat? (Overleg, gelijk aan de slag etc.)
 - Hoe gaat de patiënt met zijn groepsgenoten om?
 - Hoe neemt de patiënt deel aan de opdracht? Actief/passief?
 - Hoe gaat de patiënt om met aanwijzingen en opdrachten die hij van zijn groepsgenoten krijgt?
 - Welke rol neemt de patiënt aan? Leider/volger?
 - Verdeelt de patiënt taken, geeft hij opdrachten of aanwijzingen? Op welke manier geeft hij opdrachten of aanwijzingen?
 - Is er een verandering in de manier van samenwerking van patiënt? Zo ja, waardoor werd dat beïnvloed?
 - Hoe gaat de patiënt met materiaal om?
 - Sociale vaardigheden:
 - ✓ Contact maken, onderhouden en verbreken
 - ✓ Praatje maken

- ✓ Luisteren
- ✓ Kritiek geven en ontvangen
- ✓ Complimenten geven en ontvangen
- ✓ Rekening houden met de ander
- ✓ Respect voor de ander
- ✓ Afstemmen op de ander
- ✓ Afstand-nabijheid
- Verlegen –Dominant
- Onverschillig – nauwgezet
- Zorgzaam
- Veel initiatief – passief
- Dominant/prominent – meeloper
- Confrontatie aangaan – ervoor weglopen

Thema 5. Grenzen en assertiviteit

- *Mental set:*
Vandaag behandelen we het thema grenzen en assertiviteit. Wat verstaan jullie onder het thema grenzen? En onder het thema assertiviteit? Hoe zijn deze twee te koppelen? Kun je een voorbeeld noemen dat jij een grens van iemand anders bent tegengekomen, en eentje van jezelf. Hoe zit het aangaan van grenzen in combinatie met het delict? Ben tijdens je delict over een grens van een ander gegaan?
- *Rationale:*
Het is belangrijk om te kijken naar hoe jullie omgaan met grenzen omdat je het aangeven van grenzen veel tegen komt in het dagelijkse leven. Wanneer grenzen niet aangegeven worden kan de spanning oplopen waardoor de “bom” kan ontploffen en het kan oplopen tot een delict (eventueel spanningsthermometer erbij gebruiken).
- *Activiteit uitleg “Onbekend spel zonder regels”:*
De deelnemers worden verdeeld in twee teams. Er liggen twee goals (twee matten) tegen over elkaar waarop gescoord kan worden. Van te voren worden er twee regels afgesproken. De twee regels die worden afgesproken zijn:
 - Stop= stop!
 - Je scoort een punt door op het matje met de bal op de manier “touch down” te scoren. Je scoort hierdoor 1 punt voor je team.*De twee regels die bij deze activiteit horen dienen duidelijk te worden uitgelegd. Omdat er maar twee regels gelden mogen patiënten verder alles doen.*
- *Arrangement, context:*
Het spel wordt gespeeld in een PMT zaal. De matjes liggen tegenover elkaar, midden op elke achterlijn van het veld. Er wordt gespeeld met een foambal.
- *Eventuele interventies:*
Tijdens de activiteit zou je duidelijk kunnen maken dat er een nieuwe regel in kan worden gebracht wanneer iemand stop roept. Hierdoor wordt het spel wat meer gestructureerd. Bij hoe de activiteit hierboven werd uitgelegd ligt dit nog in het midden en is het aan de patiënten zelf om te komen met nieuwe regels. Hierdoor kun je beter zien hoe iemand uit zich zelf omgaat met grenzen.
- *Observatiepunten:*
 - Heeft de patiënt een regel aangegeven? Hoe deed hij dit?
 - Hoe vond de patiënt het om een regel aan te geven?
 - Komt de patiënt zelf met een regel die hij in wil voeren?
 - Kan de patiënt zijn mening uiten en hoe doet hij dat?
 - Kan de patiënt zijn gevoel uiten en hoe doet hij dat?
 - Kan de patiënt zijn gedachten uiten en hoe doet hij dat?
 - Hoe stelt de patiënt zich op? Afhankelijk, onafhankelijk?
 - Hoe zorgt de patiënt voor zichzelf?
 - Hoe zorgt de patiënt voor anderen?
 - Wat voor lichaamshouding heeft de patiënt tijdens het aangeven van een regel of tijdens het spel? Krachtig, ineengedoken
 - Geeft de patiënt verbaal/non verbaal grenzen aan?

- Is de patiënt assertief/subassertief?
- Is de patiënt vriendelijk/onvriendelijk?
- Hoe vindt de patiënt dat hij met zijn eigen grenzen omgaat?
- Hoe zit het met het omgaan van grenzen in combinatie met het delictgedrag?
- Houdt de patiënt zich aan de gemaakte regels/afspraken?

<i>Thema 6. Vrije tijd en ontspanning:</i>
--

- *Mental set:*
Vandaag behandelen we het thema vrije tijd. Wat verstaan jullie onder vrij tijd? En hoe vullen jullie je vrije tijd in? Vrije tijd is eigenlijk tijd om te doen wat je graag zou willen doen bijvoorbeeld het beoefenen van een hobby, televisie kijken of erop uit gaan. Vrije tijd invullen is voor iedereen anders. Wat levert vrije tijd jullie op?
Wanneer ik vrije tijd heb ga ik graag even tennissen. Wanneer ik aan het tennissen ben denk ik even nergens aan en na de tijd hangen mijn schouders ontspannen naar beneden. Vrije tijd besteden levert mij ontspanning op.
- *Rationale:*
Jullie krijgen nu de tijd in de zaal om je tijd in te vullen hoe je maar wilt. We doen dit om te kijken hoe je hier in de zaal met vrije tijd omgaat. Vrije tijd levert ontspanning op en het is handig om te weten hoe je, je vrije tijd in moet vullen wanneer je spanning ervaart. Door dingen te doen die ontspanning opleveren zal je spanning dalen.
- *Activiteit uitleg "vrije tijd":*
De therapeut legt uit dat de patiënten nu de zaal en het materialen hok voor zichzelf hebben zodat ze de tijd in kunnen vullen met wat ze graag willen doen.
- *Arrangement, context:*
Er wordt gebruik gemaakt van de hele zaal en het materialen hok staat open zodat patiënten gebruik kunnen maken van alle materialen.
- *Observatiepunten:*
 - Lukt het de patiënt om iets voor zichzelf te bedenken? (Moeizaam, snel)
 - Vult de patiënt zijn vrije tijd alleen in of heeft hij een ander nodig? Zo ja, hoe nodigt hij de ander uit?
 - Hoe vult de patiënt in het dagelijkse leven zijn vrije tijd in?
 - Waar zoekt patiënt in het dagelijkse leven ontspanning in?
 - Hoe is de non verbale houding van de patiënt tijdens de activiteit?
 - Wat voor activiteit koos de patiënt voor zichzelf?
 - Oogt de patiënt ontspannen door zijn gekozen oefening?

<i>Thema 7 Macht en onmacht / autoriteit en instanties:</i>

- *Mental set:*
Vandaag behandelen we het thema macht en onmacht. Om eerst duidelijk te krijgen wat macht en onmacht betekenen geef ik een definitie van macht en onmacht.
Macht over anderen houdt in dat de machthebber hen kan opdragen of dwingen om zijn wensen uit te voeren. Onmacht betekent machteloosheid, bewusteloosheid.
Iedereen heeft hier vast te maken gehad met situaties van macht en onmacht. Hoe zit het bijvoorbeeld op de afdeling of hoe was dat in de gevangenis? Zijn jullie ook wel eens in een situatie gekomen wanneer jullie de macht hadden over de ander? Hoe was dat tijdens het delict?
- *Rationale:*
We gaan nu een activiteit doen waarbij je in een onmachtige of machtige positie wordt gezet. We doen deze activiteit om te kijken hoe je met deze posities omgaat. Wat doen de posities van macht en onmacht met jou?
- *Activiteit uitleg "voetbal met handicap":*
De therapeut laat de patiënten twee doeltjes neerzetten tegenover elkaar. De teams worden gelijk verdeeld. Wanneer er gescoord wordt mag degene die scoort de andere deelnemers van het andere team een handicap geven. (Bijvoorbeeld alle spelers moeten kruipen, oog dicht, hinkelen etc.)
- *Arrangement, context:*
Er wordt gebruik gemaakt van de hele zaal, twee doeltjes en een voetbal.
- *Eventuele interventies:*
 - De teams zouden ongelijk verdeeld kunnen worden, hierdoor is er al sprake van macht en onmacht.
 - Er zou een andere activiteit kunnen worden gedaan waarbij wordt gescoord.
 - Wanneer een deelnemer zich niet houdt aan de uit te voeren handicap hangen er consequenties aan vast.
- *Observatiepunten:*
 - Hoe reageert de patiënt op een onmachtige situatie?
 - Hoe reageert de patiënt op een machtige situatie?
 - Deelt de patiënt handicaps makkelijk uit of houdt hij rekening met de ander?
 - Hoe gaat de patiënt om met de handicaps?
 - Houdt de patiënt zich aan de handicaps die hij moet uitvoeren?
 - Loopt de spanning op tijdens de activiteit?
 - Herkent de patiënt de spanning?
 - Hoe uit de patiënt de spanning tijdens de activiteit? (Verbaal/non verbaal?)
 - Welke vaardigheden past de patiënt toe om met een onmachtige situatie om te gaan?