

Psychomotorische Groepstherapie (PMT) in een cognitief gedragstherapeutisch kader, gericht op de vermindering van de met een angst- of obsessieve-compulsieve stoornis samenhangende klachten voor cliënten in de leeftijd van 18-65 jaar.

Els Anthonissen en Kees van de Bos (2016).

Zorgprogramma: Angst- en obsessief compulsieve stoornissen (dwang) specialistische ggz.

Prototype werkvorm: Directief klachtgericht/focaal-inzichtgevend

Rationale

Wanneer iemand een bedreigende situatie meemaakt, is een normale reactie het ontstaan van gevoelens van angst, spanning en onrust. Angst raakt de verschillende aspecten van de mens: het is een samenspel van voelen, denken, doen en lichamelijke reacties (Bentham, Andrea & Van der Meer, 2004). Er is sprake van een angststoornis wanneer de angst blijft bestaan nadat aanpassing aan de bedreigende situatie heeft plaats gevonden, of wanneer angst het normale dagelijkse leven verstoort terwijl de angst opwekkende situatie dit niet rechtvaardigt. In de praktijk kan dit leiden tot allerlei uiteenlopende klachten zoals onzekerheid, alles onder controle willen houden, smetvrees, poetsdrang, onveilig voelen op straat. Volgens de DSM-5 hebben angststoornissen met elkaar gemeen: overmatige angst en vrees en bijbehorende, reeds bovengenoemde gedragsstoornissen (American Psychiatric Association, 2014, p. 287).

Birkenhäger, van Beveren, van der Meer en Hengeveld (2010) beschrijven een prevalentie van angststoornissen in de huisartsenpraktijk van 5 per 1000 patiënten¹ per jaar (p. 546).

In de DSM-5 wordt de obsessieve-compulsieve stoornis apart beschreven. Daarbij wordt opgemerkt dat er een nauwe relatie is tussen de angststoornis en sommige obsessieve-compulsieve stoornissen (American Psychiatric Association, 2014, p. 345). In dit product staat de behandeling van de angst en daarmee samenhangende klachten centraal, ongeacht of de stoornis gediagnosticeerd is als een angst- dan wel obsessieve-compulsieve stoornis.

Eén van de gemeenschappelijke kenmerken van cliënten met een angststoornis is dat zij angst voor lichamelijke sensaties hebben ontwikkeld, dit wordt genoemd 'anxiety sensitivity' (Emmelkamp, Bouman & Visser, 2009, p. 52). Angst uit zich in allerlei lichamelijke en mentale spanningssignalen, die door de cliënt liefst vermeden worden (ibid. 38, 68, 131). In het werken met deze doelgroep valt op dat cliënten gericht zijn op het nastreven van een goed gevoel (vrij van spanning, angst of paniek). Om zich goed te voelen, mijden cliënten situaties of plegen dwanghandelingen. Na jaren gebeurt dit op onbewust niveau: cliënten zijn zich niet meer bewust van de verkeerde interpretaties van lichamelijke signalen (Emmelkamp et al, p. 52).

Behandelingskader

De PMT-behandeling vindt plaats binnen het cognitief gedragstherapeutisch kader (CGT).

Cognitieve gedragstherapie

"De cognitieve gedragstherapie is de gouden standaard als het gaat om de behandeling van angst- en dwangstoornissen" (Balkom, Oosterbaan, Visser & Vliet, 2011, p. 101). Het uitgangspunt van de cognitieve gedragstherapie is dat door het veranderen van cognities, opvattingen en overtuigingen gedragsveranderingen kunnen plaatsvinden waardoor klachten kunnen verminderen. Cliënten leren hoe zij de gedachten en overtuigingen die met paniekaanvallen, dwanghandelingen of anticiperende angstgevoelens gepaard gaan, kunnen identificeren, toetsen en veranderen, evenals de vermijdingsgedragingen die hun misvattingen en inadequate reacties in stand houden. Bij het

¹ In dit product wordt de term cliënten gebruikt. In de huisartsenpraktijk spreekt men echter van patiënten.

veranderingsproces wordt gewerkt volgens de principes van de cognitieve gedragstherapie, o.a. exposure met responspreventie. Hierbij oefent volgens Simos (2004) de cliënt door, zich bewust van eigen gedachten en overtuigingen, daadwerkelijk in een voor hem of haar beangstigende situatie te begeven. "De cliënt leert vervolgens deze gedachten en overtuigingen als toetsbare hypothesen te zien en wordt ertoe gestimuleerd langzamerhand meer risico te nemen in de confrontaties met de door hem gevreesde situatie" (Simos, 2004, p 111). Kenmerk van de CGT is dat de werkzaamheid gezien kan worden als een 'top down' proces: door het veranderen van cognities (opvattingen, overtuigingen, gewoonten), vermindert de emotie 'angst' waardoor ook het gedrag veranderd kan worden.

Psychomotorische therapie (PMT)

Psychomotorische therapie is een ervaringsgerichte vorm van therapie: "PMT is een behandelvorm voor mensen met psychische problematiek, waarbij op methodische wijze gebruik gemaakt wordt van interventies gericht op de *lichaamsbeleving en het bewegingsgedrag*" (Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie, 2009). In deze PMT-behandeling wordt volgens de principes van de cognitieve gedragstherapie (CGT) gewerkt, maar dan juist 'bottom-up'. Dit wil zeggen dat het therapeutisch proces van de cliënt aangrijpt op het gedrag in de context waarin dat plaatsvindt en vandaaruit komt hij/zij tot bewustwording van gevoelens en gedachten. Hekking en Fellingner (2011, p. 59) beschrijven een met de CGT vergelijkbaar PMT model en noemen dit het 'bottom-up' werkmodel LECS in context. In dit model wordt gedrag beschouwd als bestaande uit een 'aantal componenten die in onderlinge verwevenheid naar voren komen: lichamelijke, emotionele, cognitieve en sociale aspecten die zich voordoen in een specifieke context' (p.59)

De kern van de behandeling is dat cliënten leren zichzelf tijdens de PMT aan te sturen en te *evalueren* op het eigen *gedrag* en niet op de gevoelens van angst. Dit gebeurt in de praktijk als volgt:

Bewegings- en belevingsactiviteiten worden (gradueel) planmatig en doelgericht geconstrueerd en gemanipuleerd zodat de cliënt *geconfronteerd* wordt met zijn angsten. De aangeboden activiteiten brengen cliënten letterlijk in beweging of laten hen juist stil staan bij de betekenis van interactioneel bewegingsgedrag.

Cliënten staan vervolgens stil bij de hiermee samenhangende *lichaamssignalen* (zowel in ontspanning, spanning, als inspanning) waardoor zij leren deze te onderscheiden en te verdragen. Op deze manier leert de cliënt de gevoelens van angst te verdragen. De psychomotorisch therapeut stimuleert vervolgens de cliënt om de activiteit – en daarmee zijn angst – aan te gaan. Doordat de cliënten zich blootstellen aan de angst verwekkende prikkel (eventueel stap voor stap) worden ze zich bewust van hun disfunctionele en irrationele gedachten en overtuigingen.

Vervolgens wordt de cliënt in de gelegenheid gesteld om middels de individuele werkpunten (zie 8. Interventies) te gaan *experimenteren* met nieuw *gedrag*. Het succesvol toepassen van nieuw gedrag schept de mogelijkheid om reëlere *gedachten* te ontwikkelen en te toetsen.

Door de ervaringen opgedaan tijdens de sessies en de interventies worden de cliënten zich bewust van het eigen (vermijdings-) *gedrag* en de eigen (onbewuste tot vermijding leidende) *gedachten, overtuigingen en gevoelens*. Tijdens de nabespreking wordt de cliënt uitgedaagd te reflecteren over het aangeleerde gedrag om zo te komen tot het zich meer eigen maken hiervan. Ook worden de cliënten aangemoedigd om in de cognitieve gedragstherapie de bewust geworden gedachten, overtuigingen en gevoelens te onderzoeken.

Indicaties:

Volwassenen tussen de 18-65 jaar met ernstige met de angst- of obsessieve-compulsieve stoornis samenhangende klachten zoals angst voor nieuwe situaties, angst voor besmetting, poetsdwang, angst voor lichamelijke verschijnselen zoals duizeligheid, waarbij hulpverlening in de eerste en tweede lijn onvoldoende resultaat heeft opgeleverd. Het betreft hier uitsluitend de volgende Angst- en Obsessieve-Compulsieve stoornissen:

- Specifieke fobie;
- Sociale angststoornis;
- Paniekstoornis;
- Agorafobie;
- Geeneraliseerde angststoornis;

- Ongespecificeerde angststoornis;
- Obsessieve-compulsieve stoornis.

Contra-indicaties

- BMI < 18
- Suïcidaliteit
- Antisociale persoonlijkheid
- Ernstige automutilatie
- Middelengebruik, -misbruik, -afhankelijkheid
- Actuele psychose

Doelen

Hoofddoel

De behandeling richt zich op het verminderen van de met de angst- of obsessief compulsieve stoornis samenhangende klachten, zoals door de cliënt tijdens de observatiefase geformuleerd.

Subdoelen

Deze doelen liggen op het sociale, emotionele en het fysieke vlak en hebben een link met de aanmeldingsklacht.

In het oefenen rondom deze doelen zijn de volgende aandachtspunten van belang:

- De cliënt herkent en benoemt situaties waarin vermijding, dwanghandelingen of het gebruik van allerlei veiligheidsgedrag t.a.v. de angst verwekkende prikkel, zich aandient;
- De cliënt ontdekt en benoemt welke tot vermijding of dwanghandelingen leidende automatische gedachten daarbij optreden;
- De cliënt toont het gewenst gedrag zoals door hem/haar zelf geformuleerd, met behulp van nieuwe helpende gedachten;
- De cliënt toetst de helpende gedachten in verschillende situaties en leert zichzelf te evalueren naar gedrag i.p.v. op gevoel
- Cliënt stelt zich in toenemende mate bloot aan de angstverwekkende prikkels (oefenlijst) en leert daarbij de onrust te verdragen.

Interventies

Houding Therapeut

- Observatiefase: Steunend en begripvol, confronterend en directief en coachend.
- Behandelfase en afrondingsfase: Directief en sturend, bekrachtigend, inzicht gevend.

Interventies van de therapeut zijn over het algemeen gericht op:

- Aanbieden van probleemsituaties waarin exposure (eventueel Flooding) kan plaatsvinden;
- Evalueren naar gedrag en het daarbij horende gevoel respecteren;
- Bespreken van afweermechanismen om vermijding en veiligheidsgedrag helder te krijgen;
- Aanmoedigen te gaan experimenteren met ander gedrag, de gevolgen daarvan onder ogen zien (nagaan of de hinderlijke gedachten kloppen) en komen tot andere gedachten op grond van de opgedane ervaringen.

Activiteit

Aanbod:

Er wordt gebruik gemaakt van bewegingsgerichte vormen komende uit de sport- en spelwereld: wandklimmen, trampolinespringen, voetbal, conditiecircuit, volleybal, turnen. Er wordt gewerkt met lichaamsgerichte vormen komende uit sensorelaxatie (Bolhuis, 1993), Pessovormen (Van Attekum, 1997), AOT- Methode Van Dixhoorn (Van Dixhoorn, 2001), evenals met thema's als afstand en nabijheid, blind leiden en geleid worden.

Werkwijze en fasering:

Er wordt gewerkt met een open groep: zowel de pas opgenomen cliënten, als de cliënten die midden in de behandeling staan als de cliënt die voor ontslag staat vormen samen een groep van maximaal 10 personen.

De eerste fase van de behandeling is een observatieperiode van 4 weken. Hierin stelt de cliënt een oefenlijst samen, met daarin een reeks van in moeilijkheidsgraad opklimmende 'exposure' situaties. Door middel van het invullen van het PMT- werkpuntenformulier formuleert de cliënt zijn persoonlijke doelen voor de PMT.

De tweede fase is de behandelfase van minimaal 8 weken tot maximaal 18 weken: de cliënt werkt binnen de PMT-activiteiten aan de hand van de oefenlijst. De cliënt oefent met exposure en gaat op zoek naar die momenten waarin hij/zij kan experimenteren met ander, meer wenselijk gedrag. De verschillende arrangementen worden zodanig aangeboden dat de cliënt vorderingen kan maken in deze oefenlijst. De cliënten leren dat ondanks spanning men toch tot het gewenste gedrag kan komen. Ook staat men stil bij de voordelen van het nieuwe gedrag. Dit alles verhoogt de competentie, wat op zijn beurt helpt om grotere angsten, verder in de oefenlijst, te overwinnen (Coppens et al., 2005).

Afrondingsfase van 2 weken: In deze fase verblijven de cliënten over het algemeen een dag korter op de kliniek waardoor de transfer naar de thuissituatie nog beter geoefend kan worden. Hieronder valt bijvoorbeeld het ontwikkelen van- of het opnieuw oppakken van een sportieve hobby.

Fasering per sessie:

- Elke sessie begint met een rondje vooraf: de cliënt kan aangeven hoe hij/zij erbij zit, wat hij/zij met de voorgestelde activiteit denkt te kunnen doen en aan welke werkpunten hij/zij denkt te kunnen werken. De cliënt is tevens in de gelegenheid om de hulp van anderen in te roepen.
- Vervolgens gaat men een activiteit doen en de cliënt gaat zelfstandig op zoek naar die momenten waarin hij (stapsgewijs) aan de eigen werkpunten kan werken. Ook probeert men de andere groepsleden aan te sporen om te werken aan de werkpunten.
- In de nabespreking wordt er gekeken naar de gezette stappen, en de voordelen op korte termijn, en op lange termijn.

Materiaal

Accommodatie: Een goed uitgeruste sportzaal met kleedkamers en douches, eventueel een ontspanningsruimte.

Kwalificaties Therapeut: Afgeronde Master of VO PMT opleiding en kennis van Cognitieve gedragstherapie.

Randvoorwaarden

Een omgeving met name op de afdeling waar de cliënten verblijven, waarin geoefend kan worden met hetgeen in de PMT geleerd is, zodat generalisatie kan plaatsvinden.

Behandelduur en frequentie

Behandelduur: 12 tot 24 weken, afhankelijk van de vooruitgang van de cliënt. Elke vijf weken worden de cliënten besproken in het multidisciplinair overleg. Cliënt kan na de 12 weken zelf verlenging van behandeling aanvragen voor één, twee, drie of vier weken tot een maximale tijd van 24 weken. Het team beslist of deze verlenging akkoord is.

Frequentie: 1 keer per week gedurende 90 minuten groeps-PMT

Eindtermen

De cliënt heeft ervaren dat hij/zij beter in staat is om dagelijkse activiteiten aan te kunnen: zelfzorg, contacten aangaan en onderhouden, (vrijwilligers-)werk, vrijetijdsbesteding. Hierbij is het belangrijk dat de cliënt heeft ervaren dat hij in staat is om te handelen ook al is er een gevoel van angst.

- De cliënt herkent situaties waarin vermijding of het gebruik van allerlei veiligheidsgedrag t.a.v. de angst verwekkende prikkel, zich aandient.
- De cliënt ontdekt welke hinderlijke (niet-reële), vaak automatische, niet meer op de voorgrond staande gedachten daarbij optreden.
- De cliënt toont meer wenselijk gedrag met behulp van de helpende gedachten.
- De cliënt toetst de helpende gedachten en leert zichzelf te evalueren naar gedrag i.p.v. op gevoel
- Cliënt stelt zich in toenemende mate bloot aan de angstverwekkende prikkels (oefenlijst) en leert daarbij de onrust/angst te verdragen.

Literatuur:

- American Psychiatric Association (2014). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5)*. Amsterdam, Boom.
- Attekum, M. van. (1997). *Aan den Lijve. Lichaamsgerichte psychotherapie volgens Pesso*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Balkom, A.J.L.M. van., Oosterbaan, D., Visser, S. & Vliet, I.M. van. (2011). *Handboek angststoornissen*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Bentham, G., Andrea, H., & Meer, K. van der. (2004) Angstklachten. *Huisarts en Wetenschap*, 47,522-526. doi: 10.1007/BF03083864
- Birkenhäger, T.K. Beveren, N.J.M. van, Meer K. van der & Hengeveld, M.W. (2010). Psychiatrie. In red. J.J.E van Everdingen, J.H. Glerum & Tj. Wiersma (red.), *Diagnose en Therapie 2010*. (542-563). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Bolhuis, H., & Reynders, K. (1983). *Sensorelaxatie*. Bolhuis, H.W.G. & K. Reynders (1983). *Sensorelaxatie. Een methode tot ontspanning*. Groningen: uitgave in eigen beheer.
- Coppenolle, H. van., David, A., Knapen, J., Knapen, K., Peuskens, J., Pieters, G. & Vliet, P. van de. (2005). *Comparison of Changes in Physical Self-Concept, Global Self-Esteem, Depression and Anxiety following Two Different Psychomotor Therapy Programs in Nonpsychotic Psychiatric Inpatients*. *Psychotherapy and Psychosomatics*; 74: 252-361.
- Dixhoorn, J.J. van (2001). *Ontspanningsinstructie, Principes en oefeningen*. Maarssen: Elsevier
- Emmelkamp, P.M.G., Bouman, T.K. & Visser, S. (2009). *Angststoornissen en Hypochondrie. Diagnostiek en behandeling*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Hekking, P. & Fellingner, P. (2011) *Psychomotorische therapie: een inleiding*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Simos, G. (2004). *Cognitieve gedragstherapie. Handleiding voor de praktijk*. Baarn: HB uitgevers Baarn.