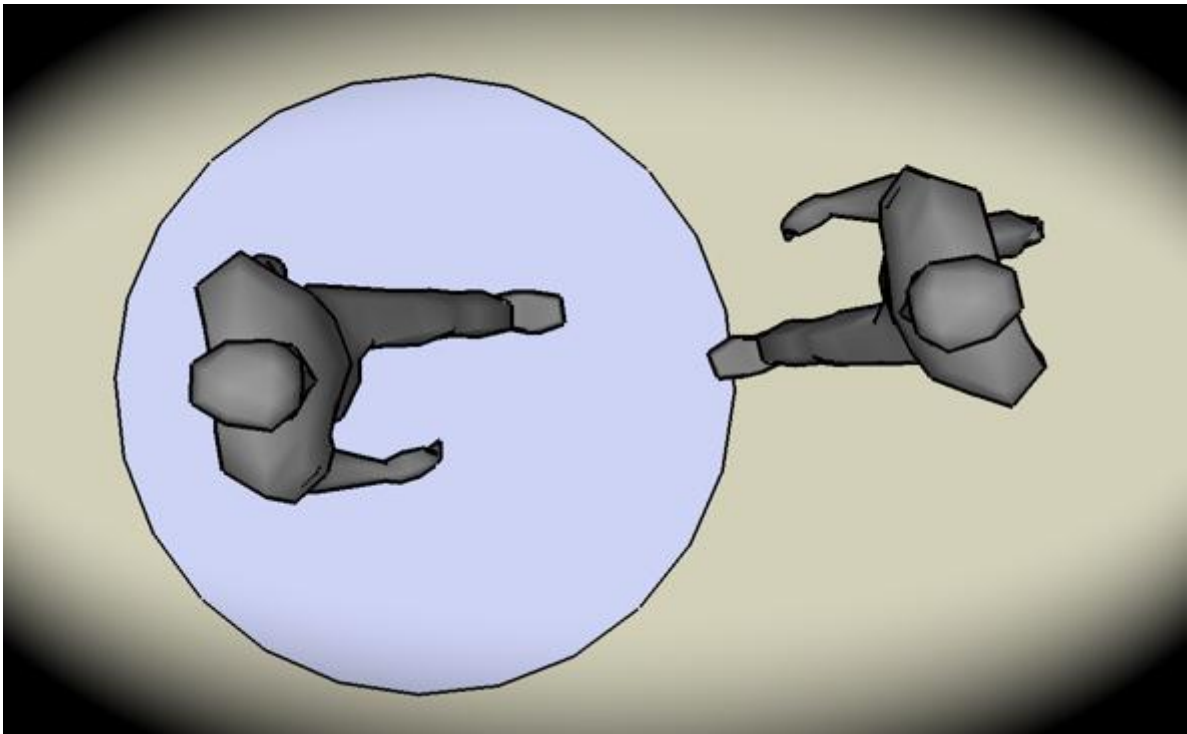


‘Grenzen aangeven doe je zo!’



Een psychomotorische groepsinterventie bij
grenzen- en assertiviteitsproblematiek

Marieke van Egmond
Wendy Mosselman
Inge Snijders-Otten

Egmond, M. van, Mosselman, W. & Sniijders-
Otten, I. J.

Grenzen aangeven doe je zo. Een
psychomotorische groepsinterventie bij
grenzen- en assertiviteitsproblematiek.

2016, Utrecht, Federatie Vaktherapeutische
Beroepen.

Inhoud

A. Inleiding	1
Grenzen en assertiviteit	1
Psychomotorische therapie.....	2
B. Doelgroep.....	3
C. Indicaties en contra indicaties	3
Indicaties:.....	3
Contra indicaties:.....	3
D. Randvoorwaarden van de cliënt.....	4
E. Intake	4
F. Doelen	4
Algemeen doel	4
Specifieke doelen	4
Meetbare doelen.....	5
G. Referentiekader.....	6
H. Behandeling	8
1. Bewegingssituaties/arrangementen	8
2. Behandelstrategieën en interventies	9
3. Therapeutische interventies:.....	9
4. Therapeut.....	9
5. Therapeutische attitude	10
6. Groep en/of individueel	10
7. Fasering.....	11
8. Opbouw van de sessies	11
8. Huiswerk	12
I. Organisatie.....	12
J. Evaluatie	12
K. Algemene randvoorwaarden.....	13
1. Algemeen	13
2. Spel- en oefenmateriaal	13

3. (Sport)kleding/ schoeisel/ beschermingsmaterialen.....	13
4. Audiovisuele middelen.....	13
5. Accommodatie.....	13
6. Personeel	13
7. Tijdsinvestering.....	14
8. Financiën	14
<i>L. Valkuilen en oplossingen</i>	<i>14</i>
<i>Literatuur:</i>	<i>15</i>

Module Grenzen aangeven doe je zo!

Een psychomotorische groepsinterventie bij grenzen- en assertiviteitsproblematiek

Marieke van Egmond

Wendy Mosselman

Inge Snijders-Otten

A. Inleiding

De psychomotorische therapie heeft zich in de afgelopen jaren breed ontwikkeld, met als gevolg dat op meerdere plekken in het land psychomotorisch therapeuten volgens eigen visie en referentiekader modules ontwikkelen en aanbieden. Gezien de huidige ontwikkelingen in de zorg is er steeds meer behoefte aan eenduidigheid in de behandeling en is ontwikkeling van behandelprotocollen en het doen van onderzoek naar de effectiviteit van behandeling van groot belang. Vanuit die behoefte is er een werkgroep opgericht met als doel het schrijven van een psychomotorische module volgens de normen van de NVPMT, gericht op het behandelen van grenzen en assertiviteitsproblematiek in groepen. De groepsmodule is geïnspireerd op de individuele assertiviteitsmodule van Fellingner, Maliepaard en Tummers (1999), op de groepsmodule 'Ken je grens' (Snijders-Otten, 2011), op de groepsmodule 'Grenzen en assertiviteit' (Van Egmond, 2011) en op de groepsmodule 'Assertiviteit kan getraind' (eerder aangeboden binnen GGZ Friesland, 2009).

Grenzen en assertiviteit

Er zijn binnen de psychomotorische therapie vele trainingen, modules en scripties ontwikkeld gericht op de thema's grenzen, assertiviteit, weerbaarheid en sociale vaardigheden. Het is lastig helder te krijgen waar deze thema's elkaar overlappen, dan wel zich onderscheiden van elkaar.

Deze module is gericht op cliënten die onvoldoende in staat zijn om grenzen bij zichzelf te herkennen en deze op een adequate manier aan te geven. Hierbij heeft het begrip grenzen zowel betrekking op de fysieke grenzen, zoals vermoeidheid, pijn en spanning, als op de ervaren grenzen in contact met de ander. In de module wordt aandacht besteed aan het verkennen, herkennen en erkennen van eigen en andermans grenzen en wensen en het opdoen van vaardigheden om eigen grenzen en wensen op een adequate (assertieve) manier aan te geven. Wat betreft de assertiviteit zijn we uitgegaan van de hierop aansluitende definitie: 'Assertiviteit is het kunnen innemen van ruimte om je eigen grenzen en wensen

op een adequate manier naar voren te brengen, zonder de ander te kwetsen.' (Peeters & Klumpers, 2005).

Er zijn verschillende gradaties van assertiviteit te onderscheiden, te weten assertiviteit, agressiviteit en subassertiviteit. Agressiviteit en subassertiviteit worden geschaard onder assertiviteitsproblematiek en kunnen negatieve gevolgen hebben voor mensen met psychische klachten (Graaf, ten Have & Dorsselaer, 2010; Nevid et al., 2012). Gevolgen die in de praktijk vaak gezien worden zijn stress gerelateerde lichamelijke klachten, het opkroppen van emoties, last van piekeren en problemen in het contact met anderen, doordat patiënten worden overvraagd en/of zichzelf overvragen,

Psychomotorische therapie

Psychomotorische therapie (PMT) is een ervaringsgerichte therapie, waarin bewegingsgerichte- en lichaamsgerichte activiteiten worden ingezet om een gedragsverandering tot stand te brengen en daarmee psychosociale of psychiatrische problematiek weg te nemen of te verminderen (www.pmtinfosite.nl). Assertiviteitstrainingen richten zich vaak op het verbale en cognitieve terrein. De psychomotorische therapie onderscheidt zich doordat het een ervaringsgerichte therapie is. Binnen de psychomotorische therapie wordt door aangeboden werkvormen gelijktijdig een appèl gedaan op het denken, voelen en handelen. Er vindt reflectie plaats op verschillende niveaus én met betrekking tot verschillende processen; het directe handelen, de beleving, de cognitie die hierover gevormd wordt en het niveau van het sociaal functioneren. (Haeyen, 2007).

In de psychomotorische therapie worden via contextmanipulaties sociale situaties geproblematiseerd. Dit houdt in dat er binnen de psychomotorische therapie activiteiten aangeboden worden die door de therapeut zodanig aangepast worden dat specifieke gedragingen en belevingen opgeroepen worden. Daarbij gaat het om het inzichtelijk maken van het probleemgedrag van de cliënt zodat deze zich hier bewust van kan worden. Vervolgens kan er dan binnen activiteiten geoefend worden met ander en/ of nieuw gedrag met betrekking tot grenzen en assertiviteit. Dit leidt tot direct nieuwe lichamelijke en bewegingservaringen (Van Hattum & Hutschemaekers, 2000). Daarnaast maakt psychomotorische therapie inzichtelijk dat het lichaam gezien kan worden als bron van informatie, die de cliënt kan gebruiken om situaties hanteerbaar te maken. De cliënt leert zich bewust te worden van lichamelijke gewaarwordingen en leert op welke wijze deze signalen in gedachten of handelen (in dit geval assertief gedrag) kunnen worden vertaald (Hensbroek & Nissen, 2014)). Met lichamelijke gewaarwordingen wordt in deze module bedoeld; alles wat je in je lichaam waarneemt, zoals bijvoorbeeld verhoogde hartslag, ademhaling, spierspanning en onrust. Psychomotorische therapie is daarmee een waardevolle aanvulling binnen de behandeling van grenzen en assertiviteitsproblematiek.

B. Doelgroep

Deze module is gericht op volwassen cliënten die onvoldoende in staat zijn zichzelf te begrenzen en/of onvoldoende in staat zijn ruimte in te nemen om eigen grenzen en wensen op een adequate (assertieve) manier naar voren te brengen. Hierbij speelt het onvoldoende bewustzijn van lichamelijke gewaarwordingen (een laag lichaamsbewustzijn) en/of het onjuist interpreteren en/of het onvoldoende in staat zijn hiernaar te handelen een belangrijke rol.

C. Indicaties en contra indicaties

Indicaties:

De cliënt ondervindt last van grenzen en assertiviteitsproblemen zich uitend op een of meerdere van de volgende manieren:

- De cliënt is zich onvoldoende bewust van eigen grenzen en wensen, met overbelasting tot gevolg;
- De cliënt is zich onvoldoende bewust van eigen grenzen en wensen in contact met de ander;
- De cliënt laat vermijding zien van sociale situaties, die als lastig ervaren worden of komt regelmatig in conflictsituaties terecht;
- De cliënt is onvoldoende in staat eigen grenzen en wensen op een assertieve manier aan te geven aan de ander (subassertief of agressief).

Contra indicaties:

- De cliënt is psychotisch, heeft wanen of is door een andere oorzaak niet in staat contact te houden met de realiteit;
- De cliënt is manisch;
- De cliënt is ernstig depressief en er is sprake van inactiviteit (gewenste interventies zullen op dat moment gericht moeten zijn op mobiliseren en activeren);
- De cliënt is lichamelijke beperkt, waardoor deelname aan (bewegings-)activiteiten ernstig belemmerd wordt (ter beoordeling van de psychomotorisch therapeut);
- De cliënt heeft last van impulscontroleproblemen waarvoor een PMT module agressieregulatie meer geïndiceerd is;
- De cliënt vertoont gedrag waardoor de veiligheid van de andere deelnemers niet gewaarborgd kan worden (bijvoorbeeld impulsief agressief gedrag);
- De cliënt is niet gemotiveerd om in een groep aan zijn klachten te werken.

D. Randvoorwaarden van de cliënt

De voorwaarden waaraan de cliënt moet voldoen om voldoende te kunnen profiteren van de behandeling zijn:

- De cliënt is bereid om in een groep aan zijn problematiek te werken;
- De cliënt is minimaal 80% aanwezig;
- De cliënt is bereid en in staat op eigen verantwoordelijkheid huiswerkopdrachten te maken;
- De cliënt accepteert de algemene regels die gelden binnen een groep (op tijd komen, op tijd afmelden, privacyregels, respect voor zichzelf, de ander en de omgeving);
- De cliënt beheerst de Nederlandse taal voldoende.

E. Intake

De psychomotorisch therapeut nodigt de aangemelde cliënten uit voor een individueel gesprek. Dit gesprek heeft als doel een beeld te krijgen van de cliënt en diens problematiek, het concretiseren van de hulpvraag en doelen van de cliënt, het verstrekken van praktische informatie over het aanbod en het geven van uitleg over de inhoud van het aanbod. Tijdens de intake wordt tevens stilgestaan bij de motivatie van de cliënt om deel te nemen aan de groep. De therapeut checkt de randvoorwaarden met de cliënt en besteedt aandacht aan het waarborgen van de veiligheid van de overige cliënten bij deelname. De cliënt werkt zijn of haar persoonlijke doelen verder uit in de eerste huiswerkopdracht (die tijdens de intake meegegeven wordt) en neemt deze mee naar de eerste bijeenkomst.

F. Doelen

Algemeen doel

Doel is dat cliënten aan het einde van de module in staat zijn eigen grenzen waar te nemen, waarbij ze geleerd hebben deze te interpreteren en hier naar te handelen. Cliënten kunnen zichzelf begrenzen en kunnen ruimte innemen om eigen grenzen en wensen op een adequate (assertieve) manier naar voren te brengen, zonder de ander daarbij te kwetsen.

Specifieke doelen

DEEL 1: Omgaan met contact.

- In de belangstelling kunnen staan;
- Jezelf voor kunnen stellen en hierbij bewust zijn van je stem, houding en mimiek;
- Luistervaardigheden ontwikkelen;

- Op verschillende manieren contact kunnen maken met de ander.

DEEL 2: Bewust worden van denkpatronen.

- Herkennen van eigen niet helpende gedachten;
- Herkennen hoe gedachtes, gevoelens en gedrag elkaar beïnvloeden;
- De relatie tussen niet helpende gedachten en assertiviteitsproblematiek herkennen.

DEEL 3: Bewust worden van lichamelijkheid en emoties.

- Ver-, her- en erkennen van lichamelijke gewaarwordingen;
- Lichamelijke gewaarwordingen koppelen aan emoties, gedachten en gedrag;
- In staat zijn te ontspannen en rustmomenten in kunnen bouwen;
- Observeren en verbaliseren van emoties.

DEEL 4: Aanleren van assertieve vaardigheden.

- Fysieke kracht gebruiken en doseren;
- Stevig kunnen staan, houding, mimiek en stem in kunnen zetten;
- Bewust worden van je persoonlijke ruimte en deze ruimte durven innemen;
- 'Nee' kunnen zeggen;
- Hulp kunnen vragen;
- Kritiek kunnen geven en ontvangen;
- Complimenten kunnen geven en ontvangen.

Meetbare doelen

Aan het einde van de module wordt met de cliënten geëvalueerd en besproken in hoeverre de doelen zijn behaald. De mate van assertief gedrag, sociale vaardigheden en de mate van spanning die dit gedrag oproept kan worden gescoord door middel van zelfevaluatie met de Inventarisatielijst Omgaan met Anderen (IOA) (Dam-Baggen & Kraaimat, 2004). Deelnemers zullen aan het begin en aan het einde van de module gevraagd worden deze vragenlijst in te vullen, als ook drie maanden na het afronden van de module. De IOA kent vijf sub schalen: kritiek geven, aandacht vragen voor eigen mening, waardering uitspreken voor de ander, initiatief nemen tot contact en jezelf waarderen. De mate van spanning en de frequentie waarin het gedrag voorkomt wordt hierbij gescoord om de grootte van de problemen in de omgang met anderen aan te kunnen geven. Er wordt een voor- en nameting gedaan, om het effect van de behandeling in kaart te kunnen brengen. De IOA is in 2002 beoordeeld door de

COTAN als voldoende betrouwbaar en valide. Verwachting is dat als de assertiviteit verbeterd, de angst in sociale situaties afneemt en er minder vermijdingsgedrag optreedt.

G. Referentiekader

Iemand die zich assertief gedraagt, komt uit voor wat hij wil, voelt of denkt, met respect voor de ander. Hierbij geven de elementen gedrag, gevoelens en gedachten allen invulling aan het concept assertiviteit (Erven, 1980; Fellingner et al., 1999). Het observatie- en analysemodel LECS operationaliseert gedrag, gevoelens en gedachten. LECS is een afkorting voor lichamelijk, emotioneel, cognitief en sociaal functioneren. Het is een praktische bewerking van het biopsychosociaal model en de medisch psychiatrische onderzoeksvisie en is geformuleerd door P. Hekking (Biemond, 2010).

De focus verschuift in het werken met LECS van het leren contact maken met zichzelf, het intrapsychisch functioneren, naar het contact maken met de ander, het interpersoonlijk functioneren. Grenzen en assertiviteit uiten zich immers in contact met de ander.

In deze module wordt er gebruik gemaakt van alle domeinen van het model LECS. Er wordt aandacht besteed aan:

1. het lichamelijke domein, door het vergroten van het lichaamsbewustzijn.
2. het emotionele domein, door te leren de ervaren lichamelijke gewaarwordingen te koppelen aan de emoties die de cliënt ervaart en deze emoties te leren uiten.
3. het cognitieve domein, door aandacht te besteden aan de denkpatronen van de cliënt.
4. het sociale domein, waarbij het gaat over de wijze van contact maken, zowel verbaal als non-verbaal.

In onderstaande alinea's worden deze domeinen vanuit het model LECS nader uitgelicht.

1. Lichamelijke domein (LECS)

In deze module wordt het uitgangspunt gehanteerd dat het voor de cliënt niet of onvoldoende haalbaar is zichzelf te begrenzen dan wel grenzen te stellen en wensen te uiten in contact met anderen, wanneer de cliënt nog niet weet waar hij/zij de grenzen aan kan herkennen. Om die reden besteedt de psychomotorisch therapeut in deze module veel aandacht aan het ver-, her- en erkennen van lichamelijke gewaarwordingen. Door contact te maken en de lichamelijke gewaarwordingen ten volle te ervaren, doen cliënten stappen in de richting van een vollediger en veelomvattender wijze van emotionele verwerking (Leahy, Tirch & Napolitano, 2012). In deze module worden de ervaren lichamelijke gewaarwordingen gekoppeld aan de emoties, gedachten en gedrag van de cliënt. Dit ter

ondersteuning van het herkennen van hun grenzen en het bewust worden van standaardpatronen die leiden tot het niet aangeven van grenzen (Mosselman, 2010).

In het onderzoeksverslag van Mosselman (2010) staat beschreven dat interventies van andere behandelvormen dan de psychomotorische therapie, zich voornamelijk richten op het verbale en cognitieve domein. Hierbij is het domein van lichamelijke en bewegen nog weinig geëxploreerd (Kienhorst, 1980; Fellingier et al., 1999; Mosselman, 2010). De psychomotorische therapie onderscheidt zich hierin en is daarmee een meerwaarde voor de behandeling van grenzen- en assertiviteitsproblematiek.

Gebaseerd op de uitgangspunten van de lichaamsgerichte psychotherapie volgens Pessó, komt iemand vanuit zijn lichamelijke gewaarwordingen in contact met wat hij werkelijk voelt en wie hij werkelijk is (Attekum, 2007). In het kader van de behandeling van grenzen- en assertiviteitsproblematiek is het van belang om uiting te kunnen geven aan wat die behoeftes en verlangens zijn. Door lichamelijke gewaarwordingen te herkennen en erkennen en ze juist te interpreteren, kan de cliënt leren adequate, assertieve acties te ondernemen en zijn gedrag aan te passen om zo zijn grenzen aan te geven en wensen kenbaar te maken (Mosselman, 2010).

2. Emotioneel domein (LECS)

Oefeningen gericht op het observeren en beschrijven van emoties verhogen het bewustzijn van (het ontbreken van) gezichtsuitdrukkingen en van andere non-verbale uitingen van emoties, zoals lichaamshouding. Het observeren en leren beschrijven van emoties gaat de neiging tot blokkeren van emoties tegen, doordat deelnemers ook de lichamelijke gewaarwordingen beschrijven die gepaard gaan met emoties (Leahy et al, 2012). Fellingier, Maliepaard & Tummers (1999) onderschrijven dat het bewust worden van eigen lichamelijke nodig is om eigen grenzen te leren bepalen. Zij geven aan dat wat betreft de gevoelscomponent het gaat over de eigen zintuiglijke waarneming en de beleving van de mate waarin men spanning dan wel ontspanning ervaart in sociale situaties, de mate waarin men zich onzeker voelt in sociale situaties en de mate waarin men zich vrij voelt van angst of kwaadheid (of een andere emotie) in sociale situaties.

In de module worden de lichamelijke gewaarwordingen gekoppeld aan emoties. De cliënten leren hierbij woorden te geven aan hun emoties waardoor deze ook beter hanteerbaar zijn. Daarnaast is het van even groot belang om woorden aan het gedrag en de beleving te (laten) geven. Deze 'vertaling' van het bewegingsgedrag is noodzakelijk om de ervaring te kunnen benutten in het dagelijks leven (Emck & Smit, 2004).

3. Cognitieve domein (LECS)

Naast het ver-, her- en erkennen van lichamelijke gewaarwordingen wordt er in de module aandacht besteed aan bewustwording van denkpatronen en de relatie tussen disfunctionele denkpatronen (denkfouten) en assertiviteitsproblematiek. Er wordt uitleg gegeven over disfunctionele, niet helpende gedachten (Dorrepaal, Thomaes, & Draijer, 2009). Negatieve gedachten worden gecategoriseerd, zodat achterhaald kan worden of er sprake is van een patroon in denkstijl. Binnen de module wordt gebruik gemaakt van aspecten uit de cognitieve gedragstherapie (CGT). Volgens Craske (2012) is het doel van de CGT dat de cliënt wordt geleerd om op een andere manier te reageren aan de hand van nieuwe leerervaringen, die gezamenlijk zorgen voor functionele patronen van gedrag, cognities en emoties. Hiervoor moet de cliënt de disfunctionele patronen gaan herkennen en gaan vervangen. Vanuit de cognitieve therapie is aangegeven, dat het essentieel is dat de cliënt enige afstand van zijn gedachten en gevoelens neemt om ze te kunnen beoordelen.

De therapeut helpt de cliënt te onderkennen hoe gedachten tot gevoelens (en gedrag) kunnen leiden en dat er ook andere gedachten mogelijk zijn, die leiden tot andere gevoelens en ander gedrag (Leahy, et. al, 2012). Het gaat daarnaast over de verwachtingen die iemand heeft ten aanzien van de effectiviteit en de consequenties van assertief gedrag, de verwachtingen van het in staat zijn tot het vertonen van assertief gedrag, de eisen die men aan zichzelf stelt, het zelfconcept wat iemand heeft en het idee van de mate van veranderbaarheid van de sociale situatie (Erven, 1980; Fellingner, et. al, 1999).

4. Sociale domein (LECS)

Het gaat in de module om het leren gewaar worden van grenzen in contact met de ander en deze vervolgens op een assertieve manier uiten naar de ander. Er wordt aandacht besteed aan het ontwikkelen van awareness (gewaar zijn), het ervaren van contact en contactgrenzen (het wisselwerkend veld, the interacting field) en het ervaren in het hier en nu (Derkinderen et al., 2009). In de psychomotorische therapie wordt tevens uitgegaan van een relationeel lichaamsbeeld, het lichaam reageert op de omgeving en is in relatie met de omgeving (Tamboer, 2004).

H. Behandeling

1. Bewegingssituaties/arrangementen

In elk deel van de module zullen zowel bewegingsgerichte activiteiten (werkvormen waarbij cliënten letterlijk in beweging komen of die cliënten stil laten staan bij de betekenis van interactioneel bewegingsgedrag) als lichaamsgerichte activiteiten (werkvormen die zich richten op de beleving van het lichaam) aangeboden worden (beroepscompetentieprofiel GZ-vaktherapeut). Daarnaast wordt gebruik gemaakt van symbolische werkvormen en rollenspellen. Cliënten worden gestimuleerd eigen ervaringen

in te brengen. De therapeut(en) laten activiteiten en rollenspellen zoveel mogelijk aansluiten op de voorbeelden van cliënten uit de praktijk.

Activiteiten worden individueel (aandacht bij jezelf), of met de groep of een deel van de groep uitgevoerd (aandacht voor jezelf in relatie tot de ander).

N.B: Voor een beschrijving van de mogelijke activiteiten is er ook een praktische uitwerking van de module, deze is op te vragen bij de auteurs.

2. Behandelstrategieën en interventies

In deze module is gekozen voor een steunende en klachtgerichte werkwijze, waarbij gaandeweg de module, waar mogelijk, ook de inzichtgevende werkwijze meer aandacht krijgt (profiel vaktherapeutische beroepen, 2008). De module heeft een kortdurend karakter en elke sessie wordt vormgegeven aan de hand van een thema. De cliënten krijgen activiteiten en huiswerkopdrachten aangeboden die aansluiten op het thema. Ze worden gestimuleerd om hun eigen ervaringen rondom het thema in te brengen en de aangeboden activiteiten en daarbinnen opgedane ervaringen toe te passen in het dagelijks leven.

3. Therapeutische interventies:

De therapeut(en) hebben een voorbeeldfunctie met betrekking tot het thema grenzen. Ze bewaken de tijd, brengen aandacht terug naar het thema dat behandeld wordt en begrenzen waar nodig in gedrag wanneer dit grensoverschrijdend is. Waar nodig doen de therapeuten mee in activiteiten ter bevordering van de veiligheid in de groep en ter motivering.

Interventies richten zich op hier en nu en het bewust worden van voelen, denken en handelen in het hier en nu (waaronder de verbale en non-verbale communicatie). Inzicht en verwerking van de persoonlijke biografie en koppeling van lichamelijke gewaarwordingen in het hier en nu met vroegere gebeurtenissen en ervaringen, vinden niet of minimaal plaats en worden verwezen naar de individuele behandelaar. Dit gezien de steunende en klachtgerichte werkwijze waarvoor gekozen is, passend bij het kortdurende en themagerichte werken. Waar mogelijk wordt geprobeerd corrigerende ervaringen aan te bieden.

Therapeutische interventies in het tweede deel hebben cognitief-gedragstherapeutische elementen (zie paragraaf 6 voor de fasering). Interventies zijn gericht op het bewust worden van denkpatronen en de relatie van niet helpende gedachten op het gevoelsleven en het handelen van de cliënt.

4. Therapeut

De module wordt bij voorkeur gegeven door twee therapeuten, er is geen voorkeur voor een mannelijke of vrouwelijke therapeut. Wanneer de module door twee therapeuten wordt gegeven zal de rol

gelijkwaardig zijn. Binnen de bijeenkomsten zal per onderdeel door één van beiden het initiatief genomen worden, waarbij er voor de ander op dat moment de ruimte is om in te voegen in de aangeboden activiteit of te functioneren als co-therapeut. Wanneer er in groepjes en/ of tweetallen gewerkt wordt, zullen de therapeuten zich opsplitsen over de groepjes. Door het themagerichte aanbod betreft het een vrij gestructureerde module, waarbij van de therapeut(en) de flexibiliteit en creativiteit wordt verwacht om activiteiten aan te laten sluiten bij zowel het thema als de groep. Deze flexibiliteit en creativiteit is tevens nodig om de individuele deelnemer te kunnen ondersteunen bij het maken van de transfer naar het dagelijks leven en de persoonlijke doelen.

5. Therapeutische attitude

De therapeut is in eerste instantie duidelijk aanwezig en is vooral stimulerend, steunend en structurerend (deel 1 en 2). In het middendeel (deel 3) kan de therapeutische attitude meer confronterend en spiegelen worden. In het laatste deel, waarin het accent ligt op het oefenen van vaardigheden, zal de attitude steunend en uitnodigend zijn.

6. Groep en/of individueel

De module wordt aangeboden als groepsmodule.

- *Rol van de groep:* het leren in de groep vindt plaats in de interactie met groepsgenoten. Vanuit dit uitgangspunt worden de cliënten gestimuleerd hun ervaringen te delen en elkaar feedback te geven en krijgen ze soms bewust de rol van observant.
- *Open of gesloten groep:* het gaat om een gesloten groep met een vast begin en eind. Deelnemers kunnen niet tussentijds instromen, aangezien er sprake is van een bewust gekozen opbouw. De gesloten groep versterkt de groepscohesie, zodat er een veilig klimaat gecreëerd kan worden, waarin de drempel om te experimenteren met nieuw gedrag verlaagd kan worden.
- *Groepssamenstelling:* er wordt gewerkt in een heterogene groep van 6 tot 8 cliënten in de leeftijd van 21 – 65 jaar.

De voorkeur gaat uit naar een gemengde groep van mannen en vrouwen, waarbij de grenzenproblematiek gericht kan zijn op zowel het grenzen verleggen als het begrenzen ten aanzien van jezelf en/of de ander. Tijdens de intake wordt de groepssamenstelling in de gaten gehouden en wordt er gestreefd naar een goede balans in de groep, in de zin van leeftijd, man/vrouw verhouding en type cliënten. Voor cliënten bij wie deelname aan de groep niet mogelijk is vanwege een te hoog angstniveau kan de module individueel aangeboden worden.

7. Fasering

De module bestaat uit 12 sessies, opgedeeld in vijf delen, waarbij elke sessie een eigen thema heeft. Onderstaand staat een overzicht hiervan beschreven:

DEEL 1: Omgaan met contact

Sessie 1: Kennismaking

DEEL 2: Bewust worden van denkpatronen

Sessie 2: Gedachten

DEEL 3: Bewust worden van lichamelijke en emoties

Sessie 3: Ver-herkennen van lichaamssignalen.

Sessie 4: Balans inspanning en ontspanning.

Sessie 5: Herkennen en uiten van emoties.

DEEL 4: Aanleren van assertieve vaardigheden

Sessie 6: Kracht gebruiken en ruimte innemen.

Sessie 7: Non-verbale aspecten van assertiviteit.

Sessie 8: Mening geven en wensen uiten/ verzoeken doen.

Sessie 9: Nee zeggen.

Sessie 10: Kritiek geven en ontvangen, omgaan met boosheid van de ander.

Sessie 11: Complimenten geven/ontvangen.

DEEL 5: Afronding

Sessie 12: Afscheid

Het accent verschuift zowel binnen de module als binnen elke sessie van verkennen, naar herkennen en erkennen van de problematiek op lichamelijk, emotioneel, cognitief en sociaal vlak. Om van daaruit te komen tot veranderen (gedragsverandering).

8. Opbouw van de sessies

Elke bijeenkomst begint met een lichaamsgerichte oefening. Hierna volgt een rondje waarin er de mogelijkheid is terug te komen op de vorige bijeenkomst, gevolgd door het bespreken van het gemaakte huiswerk. In dit rondje kunnen cliënten een situatie uit de praktijk inbrengen die zij zouden willen oefenen met behulp van een rollenspel of andere werkvorm. Hierna volgt een korte introductie van het thema en eventueel psycho-educatie/ theorie met betrekking tot het thema. Het middendeel van de bijeenkomst bestaat uit PMT-activiteiten rondom het thema en hier wordt waar nodig tijd vrijgemaakt om

binnen een rollenspel te oefenen met een tijdens het beginronde ingebrachte praktijkervaring. Er wordt afgesloten met een eindronde waarin aandacht is voor wat de cliënten meenemen aan ervaringen uit de afgelopen bijeenkomst en wat ze hiermee in de praktijk gaan doen. Het huiswerk voor de volgende keer wordt toegelicht en uitgedeeld.

8. Huiswerk

Bespreken van het huiswerk gebeurt volgens bovenstaande opbouw. Huiswerk is gericht op registreren, inventariseren of praktisch oefenen van vaardigheden. Voor elke bijeenkomst zijn huiswerkopdrachten uitgewerkt, waar haalbaar zullen cliënten deze zelf gaan toespitsen tot een individuele opdracht. Het huiswerk komt dan voort uit het thema van de bijeenkomst en de opgedane ervaringen en wordt vertaald naar de individuele doelen van de cliënt. Het bespreken van het huiswerk verloopt niet volgens vaste toerbeurten. Het huiswerk van enkele cliënten wordt op eigen initiatief of op initiatief van de therapeut(en) behandeld. Cliënten worden gestimuleerd aan te vullen en de koppeling te maken met eigen huiswerk.

I. Organisatie

De module bestaat uit 12 wekelijkse bijeenkomsten van anderhalf uur. Dit is exclusief de intake, het evaluatiegesprek (met individuele behandelaar en cliënt) en de follow up bijeenkomst.

J. Evaluatie

Tijdens de laatste bijeenkomst wordt uitgebreid stilgestaan bij de doelen die aan het begin van de module zijn gesteld en in hoeverre deze doelen gehaald zijn. Tevens vindt een evaluatie van de module en feedback voor de therapeuten plaats. Hierbij wordt gebruik gemaakt van symbolische werkvormen en de IOA vragenlijst. Na afronding van de module wordt een evaluatiegesprek gepland met de cliënt. Dit gesprek vindt plaats samen met de individuele behandelaar (verwijzer) van de cliënt. Aan de hand van het door de therapeuten geschreven evaluatieverslag wordt teruggekeken op de ervaringen en het geleerde binnen de module. Er worden adviezen, handreikingen gegeven om geleerde vast te houden. Drie maanden na de afronding van de module vindt een follow up bijeenkomst plaats. Tijdens deze follow up bijeenkomst kunnen ervaringen uitgewisseld worden, activiteiten herhaald worden en wordt de IOA nog een keer ingevuld.

K. Algemene randvoorwaarden

1. Algemeen

De psychomotorisch therapeut werkt volgens de basisberoepscode van de NVPMT. Deze staat beschreven in het 'Beroepsprofiel Psychomotorisch therapeut' van de NVPMT (versie 1995). Dit beroepsprofiel is tevens gebruikt voor het 'Profiel Vaktherapeutische Beroepen' van de 'Federatie Vaktherapeutische beroepen' (FVB, dec.2008).

2. Spel- en oefenmateriaal

Gebruikelijke PMT materialen aanwezig in de gemiddelde PMT-ruimte, zoals sport-spelmateriaal, matten, kussens, geluidsinstallatie, flap-over/ white-bord.

3. (Sport)kleding/ schoeisel/ beschermingsmaterialen

Aan de cliënten wordt gevraagd gemakkelijk zittende kleding te dragen. Afhankelijk van de ruimte en de voorkeur van de therapeuten wordt gewerkt op blote voeten/ sokken of met schoeisel (afhankelijk van de ondergrond zonder zwarte zool).

4. Audiovisuele middelen

Er wordt voor een aantal activiteiten gebruik gemaakt van een geluidsinstallatie. Afhankelijk van de behoefte, voorkeur van de therapeut kan (indien toegestaan door de cliënten) gebruik worden gemaakt van video opname ter ondersteuning van het leerproces.

5. Accommodatie

De PMT-ruimte is geschikt voor groepen van 6 tot 8 personen. Te denken valt aan een kleine sportruimte met geschikte ondergrond. Een hoog plafond heeft sterk de voorkeur.

6. Personeel

De module wordt aangeboden door een of twee (geregistreerde) psychomotorisch therapeuten. Deze hebben ervaring met het werken met groepen en kunnen zelfstandig werken.

7. Tijdsinvestering

De gehele module beslaat 12 x anderhalf uur direct cliënten contact. Per bijeenkomst komt hier één tot anderhalf uur indirecte tijd bij (voorbereiden, rapporteren en evalueren, overleg verwijzers). Voor de intake (1 uur) en het evaluatiegesprek (1 uur) wordt 2 uur directe tijd gerekend. Daarnaast zal er tijd ingepland moeten worden voor het verwerken en afnemen van de vragenlijsten, het schrijven van de eindverslagen en de follow up bijeenkomst. Voor scholing, intervisie en supervisie wordt geen tijd gerekend, omdat dit voor geregistreerde psychomotorisch therapeuten binnen de verplichte eisen voor het register voor vaktherapeutische beroepen valt.

8. Financiën

Niet van toepassing.

L. Valkuilen en oplossingen

Valkuilen liggen in het bewaken van de vaste structuur en de vaste opbouw van de module zonder daarbij de groepsdynamische processen en individuele hulpvragen uit het oog te verliezen. Er wordt gestreefd naar een bepaalde mate van inzicht, maar er moet ook voldoende ruimte zijn om te oefenen met nieuw gedrag en het aanleren van vaardigheden. De therapeut(en) zal/ zullen steunend en stimulerend aanwezig moeten zijn zonder daarbij de verantwoordelijkheid te veel over te nemen. Cliënten dragen verantwoordelijkheid voor hun eigen proces, maar worden hierin wel voldoende uitgenodigd. Therapeuten dienen te bewaken dat hierbij iedere cliënt voldoende in beeld komt.

De thema's grenzen en assertiviteit omvatten een breed spectrum, waardoor cliënten met zeer uiteenlopende diagnoses zouden kunnen deelnemen. Van belang is een goede afstemming, match tussen de verschillende cliënten zodat het klimaat veilig genoeg is. Het is van belang tijdens de intake een inschatting te maken of cliënten die meer vanuit agressie reageren binnen deze module, dan wel binnen een PMT module impulscontrole passen.

Literatuur:

- Attekum, M. van (2007) *Aan den lijve. Lichaamsgerichte psychotherapie volgens Pesso*. Amsterdam: Harcourt.
- Biemond, L. (2010) *Psychomotorisch therapeutische observatie voor algemene diagnostiek in de volwassenenpsychiatrie*. Zwolle: Scriptie Masteropleiding psychomotorische therapie
- Craske, M. (2012) *Cognitieve gedragstherapie in de praktijk*. Amsterdam: Hogrefe
- Dam- Baggen, C.M.J. van & Kraaimaat, F.W. (1989/ 2000/ 2004) *Inventarisatielijst Omgaan met Anderen*. Amsterdam: Uitgeverij Pearson
- Derkinderen, P., Knijf, E. & Meijer, S. (2009). *Praktijkboek Gestalt*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Dorrepaal, E., Thomaes, K., & Draijer, N. (2009). *Vroeger en Verder, stabilisatiecursus na misbruik of mishandeling. Handleiding groepsleider*. Amsterdam: Harcourt Book Publishers
- Egmond, M. van. (2011) *Module grenzen en assertiviteit*, uitgegeven en gebruikt op afdeling volwassenen psychiatrie van het Elisabeth ziekenhuis, Tilburg.
- Emck, C & Smit, Ch. (2014) *Wat beweegt hen? Over adolescenten en psychomotoriek deel 3*. Gastauteurs PMTinfosite
- Fellinger, P.R.G., Maliepaard, G.A. & Tummers, H.M.L. (1999). *Psycho-motorische assertiviteitsmodule. Een geprotocolleerde individuele therapie met effectmeting*. Assen: NVPMT.
- FVB, GGz Nederland (2008) *GZ-vaktherapeut Beroepscompetentieprofiel*
- Graaf, R. de., Have, M. ten., & Dorsselaer, S. van. (2010). *Nemesis-2. De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking*. Utrecht: Trimbosinstituut
- Hattum, M. van & Hutschemaekers, G. (2000) *In beweging. De ontwikkeling van producten voor psychomotorische therapie*. Utrecht: Trimbos-instituut
- Hensbroek, W. & Nissen, I. (2014) *Mijn grens? Mijn grens! Een vaktherapeutisch groepsaanbod voor vrouwen met een complexe posttraumatische stressstoornis*. Tijdschrift voor vaktherapie, 10(2), 53-60.
- Haeyen, S. (2007). *Niet uitleven maar beleven, beeldende therapie bij persoonlijkheidsproblematiek*. Houten: Bohn Stafleu & van Loghum.

Nevid, J. S., Rathius, S. A. & Greene, B. (2012). *Psychiatrie een inleiding*. Amsterdam: Pearson Education.

Leahy, R., Tirch, D. & Napolitano, L. (2012). *Emotie regulatie. Een praktische gids voor professionals*. Amsterdam: Hogrefe Uitgevers

Mosselman, W. (2011). *Meer lef door beter lichaamsbesef?! Een onderzoek naar psychomotorische interventies bij assertiviteitsproblematiek*. Tijdschrift voor vaktherapie, 7(3), 17-26.

Peeters, S. & Klumpers, K. (2005). *Leven met assertiviteitsproblemen*. Houten: Bohn Stafleu en Loghum.

Snijders-Otten, I.J. (2011) *PMT-Module 'Ken je grens'* uitgegeven en gebruikt op afdeling voortgezette behandeling van GGNet Apeldoorn, locatie Stationsstraat.

Tamboer, J.W.I. (2004). *Filosofie van de bewegingswetenschappen*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.

www.pmtinfosite.nl