

Stap voor stap het dagelijkse leven in



Casestudy over de transfer van de Psychomotorische therapiesituatie naar het dagelijkse leven

Naam student:	Nikki Scholten
Studentnummer:	s322403
Scriptiebegeleider:	Fred Dijk
Scriptiebeoordelaar:	Gerald Riedstra
Opleiding:	PMT-BA
School:	Windesheim te Zwolle

Voorwoord

Mijn eindstage heb ik op een leuke en leerzame plek gelopen, namelijk op behandelkliniek 't Mastler wat een onderdeel is van Trajectum Hanzeborg. Het biedt behandeling en begeleiding aan licht verstandelijk gehandicapten met ernstige gedragsstoornissen.

Tijdens mijn vorige stages en tijdens mijn eindstage als PMT'er kwam ik erachter dat de cliënten niet altijd het geleerde vanuit de therapie toepasten in hun thuissituatie. Hierdoor kreeg ik het gevoel dat het weinig nut had als wij de cliënten wat aan zouden leren, wat de cliënten uiteindelijk niet gingen gebruiken in het dagelijkse leven. Dit maakte dat ik geïnteresseerd werd in de mogelijkheden van transfer, wat je kan omschrijven als de overdracht van het geleerde uit de therapie naar andere situaties.

Bovenstaande ervaring in combinatie met de geringe literatuur die we aangereikt hebben gekregen op school over transfer, zorgde er voor dat ik koos om een scriptie te schrijven over de transfermogelijkheden bij cliënten vanuit de psychomotorische therapie.

Aangezien ik persoonlijk vooral leer vanuit de toepassing van de theorie, heb ik er voor gekozen om een casestudy te maken. Hierbij kan ik de theorie opzoeken en vervolgens direct toepassen op een casus, waardoor ik de kennis meteen integreer. Ik hoop dat dit ook het geval zal zijn bij degenen die deze scriptie lezen.

Van deze scriptie heb ik erg veel geleerd. Ik heb meerdere transfer theorieën gevonden en in eigen woorden kunnen verwoorden. Hierdoor heb ik het meteen kunnen toepassen op de cliënten. Wat erg leuk was, waren de reacties van groepsleiders. Zij merkten dat het effect had wat ik en mijn stagebegeleider in de therapie deden en zagen hoe de cliënten dit toepasten in de praktijk. Verder bracht het mij veel duidelijkheid en overzichtelijkheid in de manier waarop ik de therapie kon opbouwen richting de transfer.

Een casestudy is niet mogelijk zonder de twee cliënten die zich open hebben gesteld en mee hebben gewerkt aan deze scriptie. Ik wil daarom de cliënten op behandelkliniek 't Mastler te Eefde bedanken voor hun medewerking. Daarnaast heeft mijn stagebegeleider mij veel geleerd, o.a. rondom het transfereren van kennis en vaardigheden naar het dagelijkse leven. Daarom gaan er ook woorden van dank uit naar Peter Gerritsen.

Verder heeft mijn scriptiebegeleider Fred Dijk meerdere malen mijn scriptie doorgelezen en goede feedback gegeven. En hebben Maurits Uijting en Martin van den Blink hun literatuur aan mij verleend rondom deze scriptie. Ook deze drie docenten wil ik bedanken voor de goede hulp die ik heb ontvangen.

Naast de bovenstaande hoofdpersonen die hebben meegeholpen aan mijn scriptie, wil ik ook het team van mijn eindstage bedanken. Ook zij hebben medewerking verleend aan mijn scriptie.



Inleiding

De therapie is pas geslaagd wanneer we het gedrag, de cognitie en de beleving binnen de therapiesituatie kunnen beïnvloeden. Hoe we daarbij een nieuwe geloofsovertuiging kunnen vinden en hoe we het gedrag en de geloofsovertuiging kunnen integreren in het dagelijkse leven van de cliënt. (Van den Blink, 2010)

Wat van den Blink al aangeeft, is dat de therapie nog niet geslaagd is nadat de therapeut in de therapie het gedrag, de cognitie en de beleving van de cliënt heeft beïnvloedt. Er moet nog een vervolg komen, namelijk het integreren van het aangeleerde gedrag en de nieuwe belevingen van de cliënt in het dagelijkse leven. Dan pas is de therapie geslaagd. Oftewel, zoals de titel al zegt, er moeten stappen gemaakt worden richting het dagelijkse leven, wil de therapie slagen.

Het integreren van het gedrag en de geloofsovertuiging, daar gaat het om binnen deze casestudy. Op welke manier de kennis en de geleerde vaardigheden naar het dagelijkse leven overgedragen kan worden. Dit is de vraag die ik binnen deze afstudeeropdracht stel bij lichtverstandelijk beperkte cliënten met een sterke gedragsstoornis.

In de therapie heb ik meerdere malen ervaren dat de cliënt in de therapie top gedrag liet zien, maar buiten de therapie niet. Ik verbaasde me erover dat de cliënt wel zijn vaardigheden kon laten zien in de therapie, maar dat ze als het ware verdwenen waren op het moment dat de cliënt de zaal uit stapte. Het bleek dus dat de transfer vanuit de therapiesituatie niet gemaakt was naar het dagelijkse leven. De overdracht van de kennis en vaardigheden was op dat moment niet gelukt.

Mijn vraagstelling is dan ook:

'Op welke wijze kan de PMT'er, eventueel in samenwerking met andere disciplines, de transfer van aangeleerde agressieregulatie gerelateerde vaardigheden naar de thuissituatie verbeteren?'

Dus hoe kan de PMT'er de overdracht van de kennis en vaardigheden verbeteren bij deze cliënten. Met agressieregulatie gerelateerde vaardigheden wordt zowel de agressie bedoeld die op een ander gericht is, als de agressie die men op zichzelf richt. Dit kan inhouden dat de cliënt anderen slaat, zichzelf snijdt, seksueel grensoverschrijdend gedrag laat zien, manipuleert, liegt, etc.

De hoofdstukindeling is als volgt. Er wordt gestart met de casus en diagnostiek, hierin worden de twee casussen beschreven met de bijbehorende diagnostiek. Dit is het begin van deze casestudy, omdat de literatuur teruggrijpt naar praktijkvoorbeelden met deze casussen.

Vervolgens wordt de instelling en bijbehorende behandelvisie beschreven in hoofdstuk 2 om te kunnen begrijpen waar vanuit deze cliënten behandeld worden. Er zijn namelijk verschillen in visies tussen verschillende behandelinstellingen, maar ook tussen verschillende disciplines.

De theorie van de transfer zal in hoofdstuk drie beschreven worden, waarin de verschillende concepten, modellen en factoren toegelicht zullen worden. De toepassing hiervan vindt plaats in hoofdstuk vier. Er zal afgesloten worden met de conclusie en de aanbevelingen.



Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Inleiding.....	3
Verantwoording probleemstelling	5
Hoofdstuk 1 Casus en diagnostiek	6
Casus Vera.....	6
Casus Michiel.....	8
Hoofdstuk 2 Behandeling.....	10
Instelling.....	10
Multidisciplinair werken	10
Psychomotorische therapie.....	12
Samengevat	12
Hoofdstuk 3 Transfer	13
Betekenis transfer	13
Transferfactoren	13
Samenvoeging transferfactoren.....	16
Transfermogelijkheden.....	16
Hoofdstuk 4 Transfer in de praktijk	18
Casus Vera.....	18
Casus Michiel.....	21
Hoofdstuk 5 Conclusie	23
Hoofdstuk 6 Aanbevelingen.....	24
Hoofdstuk 7 Literatuurlijst	25
Boeken en artikelen.....	25
Online bronnen	25
Bijlage 1 Modellen toegepast op de casus.....	26
Bijlage 2 Stappenplan behandeling casus.....	30



Verantwoording probleemstelling

Michiel, een man met agressieregulatie problemen, had moeite met het nadenken voordat hij op handelen overging. Daarnaast kon hij niet met kritiek om gaan. Beide hulpvragen heb ik in de zaal met hem geoefend wat uiteindelijk erg goed ging. Toch hoorde ik veelal in het multidisciplinair team overleg dat Michiel daar de geoefende vaardigheden totaal niet toepaste. Hij reageerde veelal impulsief wat er voor zorgde dat hij fouten maakte. Vervolgens kreeg hij daar feedback op wat hem erg boos maakte.

Dit vond ik erg jammer, ik had het idee dat de therapie dus niet het gewenste effect had wat ik graag zou willen zien. Mijn verwachting was dat het goed ging, terwijl dit in andere situaties niet het geval was.

Ik dacht dus dat ik al klaar was na de beïnvloeding van zijn cognities, gedrag en beleving. Maar dit was niet het geval, de transfer moest nog gemaakt worden voordat de cliënt het gedrag ook op de groep zou gaan toepassen.

Bovenstaande ervaring was de aanleiding om mij te verdiepen in het onderwerp transfer. Later kwam ik er achter dat dit niet de enige cliënt was waarbij de transfer nog niet gelukt was, maar dat er bij meerdere cliënten aandacht aan besteed moest worden.

Transfer is dus een belangrijk onderdeel van de therapie wat niet vanzelf gaat. Hier moet de therapeut bewust aandacht aan besteden om het zo goed mogelijk te laten verlopen.



Hoofdstuk 1 Casus en diagnostiek

In dit hoofdstuk zal de casus toegelicht worden, met de daarbij behorende diagnostiek.

Casus Vera

Vera is een achttienjarige vrouw die al verschillende life events heeft meegemaakt. Haar ouders zijn gescheiden, haar moeder is ernstig depressief geweest en haar vader heeft leukemie gehad. Daarnaast is ze op haar achtste misbruikt door een man uit de buurt en op haar vijftiende door haar stiefvader.

Vera is een vrolijke, spontane en behulpzame meid. Ze kan zichzelf goed verzorgen, kan anderen goed helpen en beleeft erg veel plezier aan de omgang met haar jonge zusje. De andere kant van haar is dat ze stil, teruggetrokken, verlegen, beïnvloedbaar, onzeker en kwetsbaar is. Daarnaast is ze manipulatief en kan ze seksueel grensoverschrijdend gedrag vertonen. Het is erg afhankelijk van de situatie, welke kant ze van zichzelf laat zien. Haar stemming is dan ook erg wisselend en beïnvloedbaar.

Haar houding t.o.v. jongens is sinds het seksueel misbruik aantrekken en afstoten. Als ze geconfronteerd wordt met dit gedrag dan ontkent ze het en ziet ze niet in wat dit wervende gedrag met een ander doet. Het enige wat ze ervaart is de last en de angst als een jongen te dichtbij komt.

Het is dus een kwetsbare jonge vrouw die onveilig gehecht is. Het contact kenmerkt zich door afstand (stil en vermijden) of nabijheid (open en grenzeloos). Ze vraagt hierbij om bescherming en externe grenzen en structuur.

Er is een posttraumatische stresstoornis en zwakzinnigheid gediagnosticeerd, haar totale IQ is 75. Ook is er sprake van onveilige hechting, loyaliteitsproblemen, trekken van ADHD en trekken uit de clusters B en C van de persoonlijkheidsstoornissen. Daarnaast is er een gebrekkige ego-ontwikkeling.

PMT observaties

In haar bewegingsbeeld zien we dat ze wiebelt, rondjes draait met haar lichaam en dat ze geen kracht gebruikt in haar beweging. Vera staat niet stevig, wat ook terug te zien is in haar houding: ze heeft een kromme rug, spant haar spieren nauwelijks aan en neemt weinig ruimte in met haar lichaam. Bovenstaand zien we ook terugkomen in haar spelgedrag, ze positioneert zich aan de zijkant en heeft een onderhoudende en ontwijkende speelstijl. Daarnaast neemt ze geen initiatief, heeft ze geen eigen mening en kan ze geen invulling geven aan activiteiten. Ze heeft hierbij steun en richting nodig van anderen.

Vera kan zichzelf redelijk in schatten wat betreft haar vaardigheden, maar neigt wel naar de negatieve kant. Verder zien we in de oefeningen terugkomen dat haar leervermogen groot is en ook open staat om te leren.

Ze kan haar lichaamssignalen waarnemen en benoemen, ook kan ze aangeven over welke lichaamsdelen ze wel en niet tevreden is. Wat dat betreft zijn er geen problemen die in aanmerking komen voor behandeling.

Wel is er een probleem in de lichaamsattitude. Zo is haar lijf een middel om contact mee te maken, vaak met wervende intenties. Dit was te zien op de manier waarop ze contact zocht met de mannelijke therapeut; veel oogcontact, zichzelf kleiner maken en prikkelende niet-seksueel getinte opmerkingen maken richting de therapeut.

Qua emoties zien we dat angst een grote rol speelt in haar gedrag. Dit komt concreet naar voren in de activiteit 'Bal lopen' als angst voor het vallen, maar komt ook naar voren als angst voor herhaling van vroeger.



Het doel van de PMT is dat Vera door middel van een weerbaarheidstraining leert haar grenzen aan te geven, waardoor ze minder snel terugvalt in haar slachtofferrol. In de weerbaarheidstraining zullen de volgende aspecten een rol spelen: grenzen, mimiek, stevige houding, krachtig stemgebruik en fysieke weerbaarheid.

Hermeneutische diagnostiek

In de thuissituatie heeft Vera weinig steun, veiligheid en bescherming ervaren. Moeder heeft veel eigen problemen waaronder ook grenzeloosheid en depressiviteit. Ze heeft niet in de gaten gehad dat Vera seksueel misbruikt werd door de buurt en door haar man. Nadat ze erachter kwam geloofde ze haar man dat het niet meer zal gebeuren en heeft hem in huis gehouden, samen met Vera.

Moeder en haar man wonen samen met hun gezamenlijke dochter waar Vera in de weekenden nog langs komt. Vera ervaart op de momenten dat ze alleen is met haar stiefvader nog veel angst, angst voor herhaling van het seksueel misbruik. Dit durft ze niet met haar moeder te bespreken om problemen te voorkomen in de familie.

Haar vader woont ergens anders en heeft op dit moment geen relatie. Wel heeft hij een relatie gehad, maar dat is uitgegaan. Vera vond het erg moeilijk toen het uit was tussen haar vader en zijn vriendin. Ze denkt dan erg aan haar vader, of het wel goed met hem gaat.

Vera kan goed met haar vader opschieten en heeft het naar haar zin als ze in het weekend naar haar vader toe gaat. Daar heeft ze ook vriendinnen wonen waar ze leuke activiteiten mee onderneemt.

Door de scheiding en de problemen van vader en moeder zelf, heeft Vera geen plek gehad waar ze haar problemen kon vertellen. Ze heeft haar emoties niet kunnen uiten en heeft geen veiligheid ervaren. Vanuit de hierboven beschreven situatie kan verklaard worden waardoor Vera een gebrekkige ego ontwikkeling heeft gehad en waarom ze manipulatief en seksueel wervend is. Het is namelijk een manier om leuk gevonden te worden en het is de weg die bekend is. De bekende weg, hoe onveilig die soms is, is soms nog veiliger dan de onbekende weg. Oftewel het aangaan van contact op de manier die bekend is, is veiliger dan die vaardigheden te schrappen en te oefenen met nieuw gedrag. Daarnaast heeft het aangaan van contact met jongens door o.a. aanraking ook nog een andere betekenis. Door haar leeftijd en door de hechtingsproblematiek verlangt ze nu nog om vastgehouden te worden als een klein kind. Om beschermd te worden door een ander. Dit is ook een motivatie voor haar om contact te zoeken met anderen.

Doordat Vera al van jongs af aan deze vaardigheden van contact maken heeft ontwikkelt, ziet ze zelf niet in wat het oproept bij anderen. Als uiteindelijk jongens iets van haar willen, dan krabbelt ze terug. Ze is namelijk erg angstig voor herhaling en wil dan ook absoluut niet dat het nogmaals gebeurt. Maar doordat ze seksueel wervend is en het zelf niet in ziet, is ze wel snel slachtoffer van seksueel misbruik.

Classificerende diagnostiek

De DSM IV, gemaakt door behandelaar van 't Mastler, ziet er als volgt uit voor Vera:

AS I: Posttraumatische stressstoornis en trekken van ADHD

AS II: Zwakzinnigheid en trekken uit de clusters B en C van de persoonlijkheidsstoornis

AS III: -

AS IV: Seksueel misbruik, depressie moeder en leukemie vader



Casus Michiel

Michiel is een man van veertig jaar, die al meerdere ingrijpende gebeurtenissen heeft ondergaan of meegemaakt. Zo was zijn vader een alcoholist die fysiek agressief was richting vrouw en kinderen, hij heeft Michiel meerdere malen voor zijn zesde levensjaar geslagen. Verder was het contact met zus en moeder niet goed, hij voelde zich in de steek gelaten en achtergesteld t.o.v. zijn zus.

Op zesjarige leeftijd is Michiel uit huis geplaatst en is sindsdien in meerdere instellingen terechtgekomen, tot op heden in behandelkliniek 't Mastler. In die instellingen zag men dat hij onhandelbaar en agressief was, zowel naar personen als naar spullen. Hij had vaak ruzie, vocht regelmatig en heeft ook een aantal agressieve delicten gepleegd. Zo is hij veroordeeld voor diefstal, vernieling, mishandeling en ook voor het neersteken van een groepsgeenoot. De agressie is niet alleen op een ander gericht, maar ook op zichzelf. Hij heeft tweemaal in het verleden een suïcidepoging ondernomen en hij heeft littekens op zijn armen ten gevolge van zijn agressie gericht op zichzelf.

Michiel is gediagnosticeerd voor persoonlijkheidsstoornis niet anderszins omschreven met antisociale, narcistische en persoonlijkheidstrekken. Daarnaast is hij zwakbegaafd en was hij alcoholafhankelijk.

Michiel is erg gevoelig voor kritiek, krenking, vernedering, teleurstelling en afwijzing. Hij heeft een geringe frustratietolerantie en een beperkte impulscontrole. Onlustgevoelens reageert hij af op spullen en personen met verbale en fysieke agressie. Hij heeft ten gevolge van zijn beperkte cognitieve vermogens en aanwezige persoonlijkheidsstoornis weinig zelfinzicht en een beperkte grip op zijn gedrag en impulsen. Door het gebruik van alcohol wordt deze grip nog meer verlaagd.

PMT observaties

Tijdens activiteiten geeft Michiel aan dat hij last heeft van beide knieën en zijn rechter arm als gevolg van eerdere kwetsuren.

In zijn houding zien we dat hij fysiek onrustig is, verbaal veel aanwezig is en dat hij een hoog energieniveau heeft.

Michiel overschat zichzelf in zijn vaardigheden, hierdoor loopt hij vaak tegen de realiteit aan wat hem kwetst. Op zo'n moment baalt hij erg waardoor hij negatief en in de vergrotende trap gaat denken. Uiteindelijk kan hij zijn verwachtingen wel naar beneden toe aanpassen.

Het doorzettingsvermogen van Michiel is groot, hij onderneemt veel actie totdat zijn doel is behaald. Het nadelige gevolg hiervan is dat hij grenzen van zichzelf of anderen overschrijdt. Anderen moeten hierin een grens aangeven, wil hij stoppen.

Verder zien we in zijn bewegingsgedrag dat hij erg impulsief is. Hij lost bewegingsproblemen op via trial – error (proberen, leer met vallen en opstaan) waardoor hij weinig controle heeft over zijn handelen en het resultaat hiervan. Dit impulsieve gedrag is ook terug te zien in samenwerkingsopdrachten; Michiel overlegt niet, maar voert direct zijn eigen plan uit zonder rekening te houden met een ander.

Ook de problemen die in het algemene beeld zijn omschreven, de moeite om met kritiek en teleurstelling om te gaan, zien we terug in de PMT. Hij wordt snel boos op het moment dat iemand hem feedback geeft en krijgt al snel het gevoel dat hij wordt afgewezen door die persoon.

Michiel heeft moeite met het benoemen en ervaren van lichaamssignalen die in relatie staan tot emoties, wel kan hij lichaamssignalen benoemen die in relatie staan tot fysieke inspanning.

Doelen voor de PMT zijn het vergroten van de innerlijke spraak met behulp van de stop-denk-doe methode. Daarnaast komt er een thema aan bod waarbij gewerkt wordt aan het omgaan met kritiek.



Hermeneutische diagnostiek

In zijn thuissituatie is Michiel in contact gekomen met agressie en alcohol. Zijn vader 'loste' zijn problemen op door alcohol te drinken en door zijn familie, inclusief Michiel, te slaan. Michiel had weinig contacten buiten zijn familie om en kon zijn gevoelens niet uiten. Naast de problemen met zijn vader, voelde hij zich niet thuis bij zijn familie, omdat hij het idee had dat hij achtergesteld werd t.o.v. zijn zus. Hij heeft altijd het gevoel gekregen dat zijn zus het beter deed dan hem en dat hij niet goed genoeg was voor de familie.

Doordat Michiel agressief werd op zijn zesde, is hij uit huis geplaatst. Sindsdien heeft hij alleen nog maar in instelling gewoond en het contact met zijn familie verbroken.

Bovenstaande situatie kan verklaren waarom Michiel zo gevoelig is voor kritiek en krenking. Hij is zijn jeugd vaak gekrenkt en er is vaak kritiek op hem geleverd dat hij er onzeker van is geworden. Hierdoor vat hij de kleinste feedbackpunten al op als iets heel groots 'Ik kan het ook nooit goed doen'. Daarnaast is het alcoholgebruik en de agressiviteit te verklaren vanuit datgene wat hij geleerd heeft van zijn vader. Hij heeft zijn vader namelijk alleen maar gezien als alcoholist en als iemand die anderen sloeg. Dit in combinatie tot krenking en kritiek heeft gemaakt dat Michiel geweldsdelicten op zijn naam heeft staan.

Classificerende diagnostiek

De DSM IV, gemaakt door behandelaar van 't Mastler, ziet er als volgt uit voor Michiel:

As I: Alcoholafhankelijkheid in remissie

As II: Persoonlijkheidsstoornis NAO met antisociale, narcistische en borderline trekken.
Zwakbegaafdheid.

As III: Knieproblemen

As IV: Problemen met justitie, problemen in primaire steungroep.



Hoofdstuk 2 Behandeling

In dit hoofdstuk wordt er uitleg gegeven over de instelling waarin het behandelproces plaats vindt en de daarbij behorende behandelvormen. Vervolgens zal ook de visie verklaard worden waarvan uit er gehandeld wordt binnen de instelling of binnen een vakgebied.

Instelling

Trajectum-Hanzeborg beschrijft zichzelf als een concern die bestaat uit de stichting Hanzeborg en de stichting Hoeve Boschoord. Samen willen ze bereiken om begeleiding en behandeling te bieden aan mensen met een licht verstandelijke beperking (IQ tussen 50 en 90) en onbegrepen en risicovol gedrag, al dan niet met een forensische achtergrond. Binnen Trajectum wordt het beleid ontwikkeld en in Trajectum Hanzeborg en Trajectum Hoeve Boschoord wordt dit uitgevoerd.

Een onderdeel van Trajectum Hanzeborg is onder andere 't Mastler. Dit is een behandelkliniek die binnen een klinische setting behandeling biedt. Doel van de klinische behandeling is het opheffen en hanteerbaar maken van ernstige ontregelingen van het persoonlijk en maatschappelijk functioneren van volwassen (minimumleeftijd is 18 jaar) mensen met een lichte verstandelijke beperking.

Uitgangspunt voor behandeling is respect voor de individuele wensen van de cliënt. Behandeling is gericht op het zoeken naar toekomstperspectief en een passende leefomgeving. Daarnaast wil 't Mastler een bijdrage leveren aan de beveiliging van de maatschappij als het gaat om cliënten met een hoge mate van risicovol gedrag.

Multidisciplinair werken

Binnen Hanzeborg wordt er multidisciplinair gewerkt, wat wil zeggen dat er bij de behandeling meerdere disciplines zijn betrokken die nauw samenwerken om de kans van slagen van de behandeling te vergroten. Zo is er één keer in de drie maand een teamoverleg per cliënt waarbij alle disciplines samenkomen om te overleggen over het proces van de cliënt.

Ook zie je het multidisciplinair werken terug in de rapportage, waarin elke discipline per blok en per cliënt moet rapporteren, zodat iedereen weet wat er speelt rondom die cliënt. De verschillende disciplines die bij de cliënten van 't Mastler aanwezig zijn, zijn: manager, behandelaar, psychiater, systeemwerker, groepsleiding, activiteitenbegeleider, PMT'er, dramatherapeut, creatieve therapeut, onderwijzer en reclassering.

Wanneer er een hulpvraag is, dan zal er een overleg komen om gezamenlijk een behandelwijze af te stemmen die aan sluit bij de cliënt en die uitvoerbaar is bij de verschillende disciplines. Er kan dan ook hulp gezocht worden bij een andere discipline of er kan samengewerkt worden om de hulpvraag te kunnen beantwoorden.

Bij de opsomming van alle disciplines, staat ook de PMT'er. Deze discipline is van belang in deze scriptie, omdat er op deze discipline gedoeld wordt op het moment dat er over therapie gesproken wordt. Daarom licht ik deze therapievorm in het volgende kopje kort toe.

Modellen voor een kijk op de cliënt

Vanuit onderstaande modellen kan men een casus verder uitdiepen en het gedrag verder verklaren. Deze behandelmodellen worden door meerdere disciplines toegepast binnen de instelling.

Dit is de basis om straks een passend behandelplan uit te zetten met de daarbij behorende transfermogelijkheden. Ze worden hier kort beschreven, maar in bijlage één worden ze uitgebreid toegepast op de cliënten.

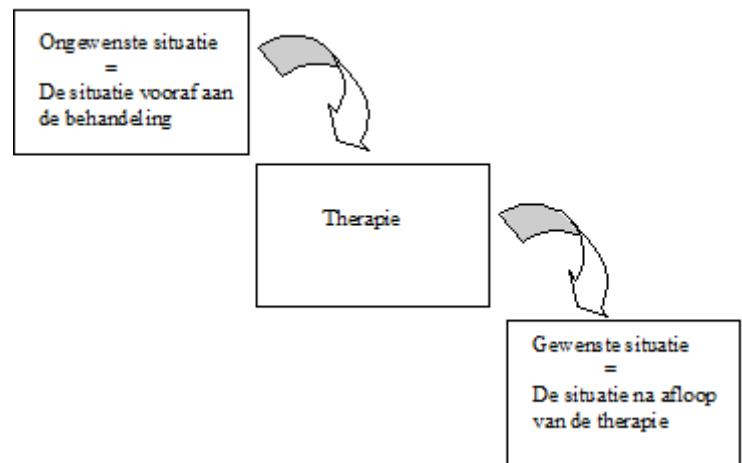
De 6 G's

Dit is een model dat door Bartelds (2001) ontwikkelt is die inzicht kan geven in een situatie die een cliënt heeft meegemaakt, om vervolgens te kijken wat een cliënt anders had kunnen doen. De 6 G's staan voor Gebeurtenis, Geschiedenis, Gevoel, Gedachte, Gedrag en Gevolg. Dit kan door de hulpverlener schematisch worden weergegeven.



Drie systemen rondom de cliënt

Er zijn drie systemen rondom de cliënt in tijde van de therapie (Pennings en Uijting, 1993). Met deze drie systemen wordt beschreven hoe het leven er voor de behandeling uit zag, hoe de behandelsetting er uit ziet en hoe de situatie er uit ziet als ze de behandeling heeft voltooid. Deze drie systemen zou je ook kunnen beschrijven als een proces van de ongewenste situatie naar de gewenste situatie waarbij de behandelinstelling het middel is. Dit proces is hiernaast schematisch weergegeven.



In de ongewenste situatie wordt er beschreven welke klachten de cliënt had, wanneer deze zijn ontstaan en hoe het komt dat ze zijn ontstaan. Dit wordt dan uitgebreider beschreven door in te gaan op wanneer er sprake is van de klachten en wanneer niet en welke personen er hier een rol bij spelen. Ook wordt er gekeken op welk niveau de klachten zich afspelen, op intra-psychisch, inter-psychisch of groepsdynamisch niveau.

De leerstijlen van Kolb

Mensen leer op verschillende manieren. Psycholoog Kolb onderscheidt vier verschillende leerstijlen:

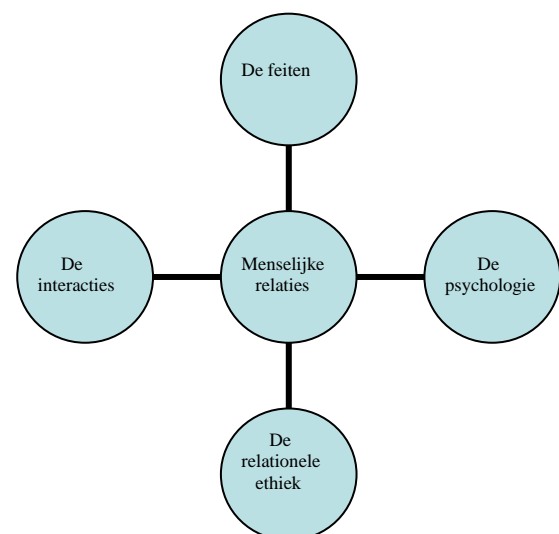
- De doener → Meteen ervaren, ondernemen en doen. Ze gooien zichzelf in het diepe en komen er dan achter of datgene wat ze doen werkt of niet. Ze experimenteren dus actief.
- De denker → Theoretische concepten en modellen, relaties leggen met de kennis die ze al hebben, gestructureerd en duidelijke doelstellingen voor ogen.
- De beslisser → Willen een verband tussen werken en leren, gericht op praktische zaken, dingen uit proberen en oefenen onder begeleiding.
- De bezinner → Willen bepaalde ervaringen of punten overdenken, ze hebben tijd nodig, denken eerst en doen pas daarna en kunnen beslissingen nemen wanneer er geen tijdslimiet aan verbonden is.

Wanneer de leerstijl van de cliënt duidelijk is, dan kan de therapeut aansluiten op zijn leerstijl. Op deze manier kan de cliënt de kennis eerder oppakken. Daarnaast kan er gesignaleerd worden of het goed voor de cliënt is om van leerstijl te wisselen. Zo kan de leerstijl 'doener' nadelig werken, wanneer je te snel doet en moet leren om eerst te denken over welke actie je wilt ondernemen.

Vier dimensies in menselijke relaties

Dit model (Eerenbeemt en Oele, 1987) maakt de menselijke relaties rondom de cliënt duidelijk. Iedere cliënt bevindt zich in een context, waarin de cliënt verbonden is met zijn omgeving. In deze omgeving heeft de cliënt relaties met andere mensen, onderstaand model beschrijft de vier dimensies die men kan onderscheiden in deze menselijke relaties.

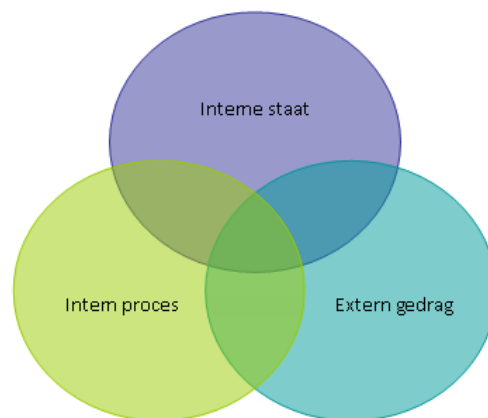
- Feiten → De feiten die het bestaan van de cliënt beïnvloeden, zoals ziekten en gezondheid, scheiding of dood van familieleden, uithuisplaatsing, werkloosheid, natuurrampen, geslacht, klasse, etc.
- Psychologie → Hoe de cliënt gebeurtenissen en feiten in zijn leven heeft verwerkt en welke gevolgen deze feiten hebben gehad voor de persoonlijkheidsontwikkeling. En hoe zij zichzelf en de ander voelen en beleven.
- Interactie → Interactie, communicatiepatronen en de onderlinge beïnvloeding tussen mensen.
- Relationele ethiek → Uitgangspunt voor het handelen waarbij de woorden verantwoordelijkheid en rechtvaardigheid van belang zijn. Het is de combinatie van bovenstaande dimensies.



Model van het menselijke gedrag

Dit model van het menselijke gedrag is gemaakt door Hekking (1991). Om van hieruit te kijken naar een persoon met een interne staat, intern proces en extern gedrag. De interne staat is het gevoelsleven van de persoon, het interne proces zijn de gedachten van de persoon en het externe gedrag is de manier waarop de persoon zijn interne staat en proces laat zien aan de buitenwereld.

Hekking heeft dit model als leidraad voor transfer genomen.



Psychomotorische therapie

PMT is de afkorting voor PsychoMotorische Therapie en zal aan de hand van een omschrijving van de Nederlandse vereniging voor psychomotorische therapie uitgelegd worden:

‘ Het is een verzamelnaam voor zelfstandige, procesmatige behandelingsvormen, gebaseerd op specialistische visies en methodische benaderingen, welke als kernpunt het menselijk zich bewegen en de beleefde lichamelijke hebben. Door therapeutische interventies gericht op bewegingsgedrag en/of de lichaamsbeleving anderzijds wordt geprobeerd het psychosociaal en/of psychisch functioneren van personen gunstig te beïnvloeden.’

Anders gezegd is PMT een behandelingsvorm waarbij het bewegen en het lichaam een middel is om aan een hulpvraag te werken.

De hulpvraag van Michiel is eerst nadenken en dan pas in actie komen, de methode om dit te bereiken is de stop-denk-doe methode. In de PMT ondergaat hij activiteiten waarbij hij problemen moet oplossen. Hierbij moet hij eerst goed luisteren naar wat de bedoeling is, vervolgens nadenken en ten slotte het plan uitvoeren. Een mogelijke PMT oefening hierbij is het afleggen van een parcours met een karretje met verschillende materialen er op. Onderweg moet hij obstakels ondergaan waardoor de materialen er af kunnen vallen. Michiel moet dus bedenken hoe hij langs het obstakel kan komen zonder dat de voorwerpen van het karretje vallen.

Vera komt bij de PMT met de vraag om zelfverzekerder te worden wat betreft het zichzelf kunnen verdedigen tegen over mannen. Deze hulpvraag staat in het teken van zichzelf weerbaarder maken, thema's die hierbij aan bod komen zijn: stevig staan, stemgebruik, grenzen aangeven, mimiek, etc. Een oefening die binnen de PMT is aangeboden is een oefening omtrent het thema 'grenzen aangeven en stevig staan'. Vera heeft een mat waarop ze staat, op deze mat mag niemand komen behalve zij zelf. Maar de therapeuten proberen toch op deze mat te komen. Het is nu aan haar om de therapeuten van de mat af te houden d.m.v. stevig staan, nee zeggen en stop gebaren te maken.

Bovenstaande voorbeelden geven dus in het kort weer dat er door oefeningen en activiteiten waarbij de lichamelijke en het bewegen als middel wordt gebruikt, er geoefend wordt met de hulpvraag van de cliënt.

Samengevat

Kort samengevat is behandelklinik 't Mastler een onderdeel van Trajectum Hanzeborg waarbinnen ze sterk gedragsgestoorde, licht verstandelijke gehandicapte cliënten begeleiden en behandelen. Er wordt multidisciplinair gewerkt, wat wil zeggen dat er met verschillende disciplines wordt samengewerkt. Gezamenlijk worden er een aantal modellen gehanteerd die meer inzicht in de cliënt geven of die aan de cliënt duidelijk maakt wat voor een gedrag de cliënt vertoont. Aan de hand van deze modellen kan er gekeken worden welke vorm van transfer goed is om te gebruiken voor de cliënt en welke vorm van behandeling het beste bij de cliënt aan sluit.

De modellen heb ik toegepast op de twee casussen wat in de bijlage terug te vinden is. Omdat dit de basis is waar vanuit er gewerkt wordt, zal hier niet bewust op teruggegrepen worden. Het is al geïntegreerd in de theorie en de praktijk van de volgende hoofdstukken.



Hoofdstuk 3 Transfer

‘ De therapie is pas geslaagd wanneer we het gedrag, de cognitie en de beleving binnen de therapiesituatie kunnen beïnvloeden. Hoe we daarbij een nieuwe geloofsovertuiging kunnen vinden en hoe we het gedrag en de geloofsovertuiging kunnen integreren in het dagelijkse leven van de cliënt.’

Betekenis transfer

Wat betekent nu transfer? Transfer is de overdracht van datgene wat er geleerd en/of ervaren wordt binnen de therapie naar een situatie binnen het dagelijkse leven van de cliënt. In het dagelijkse leven ondervindt de cliënt problemen, om deze reden komt hij in therapie en heeft hij een hulpvraag waar in de therapie mee geoefend wordt. Nu lijkt het binnen de therapie dat de cliënt het erg goed doet, hij pakt de oefening goed op, laat gewenst gedrag zien en doet gewenste ervaringen op. Toch kan hij buiten de therapiesetting deze ervaring en dit gewenste gedrag niet laten zien. Anders gezegd, de cliënt heeft het nieuwe gedrag nog niet geïntegreerd in andere situaties buiten de therapie. Er moet dus een transfer (overdracht) plaatsvinden van datgene wat hij leert en aan ervaringen op doet binnen de therapie naar een andere situatie.

Vera heeft als hulpvraag dat ze nee wil leren zeggen en grenzen wil aangeven, vooral met betrekking tot mannen die iets van haar willen. Binnen de PMT oefenen we veel met deze hulpvraag en uiteindelijk kan ze goed nee zeggen tegen de PMT' er (een man), ook kan ze haar grens aangeven als hij te dichtbij komt. Maar buiten de therapie kan ze nog niet opkomen voor zichzelf en kan ze nog geen grenzen aangeven waardoor jongens te dichtbij komen en aan haar gaan zitten. Aan ons nu dus de taak om haar te leren ook buiten de therapie nee te zeggen, hierdoor integreert ze datgene wat ze leert binnen de therapie ook in haar thuissituatie.

Transferfactoren

Er zijn verschillende factoren die invloed hebben op de transfer. Uijtjing (1993) noemt werkelijkheidswaarde, compliance en ziekte winst.

Werkelijkheidswaarde

Onder werkelijkheidswaarde wordt het belang verstaan van het binnenhalen van de echte wereld in de therapie. Zo kan de therapeut mee gaan naar het gezin of kan het gezin mee doen aan de therapie. Door de aanwezigheid van belangrijke onderdelen vanuit de werkelijkheid van de cliënt binnen de therapie, herkent hij zijn werkelijkheid en zal hij in zijn werkelijkheid de therapie ook herkennen. Dit heeft als voordeel dat hij dan sneller de geleerde ervaringen en gedragingen kan toepassen binnen de verschillende contexten.

Hoe de probleemsituatie en de klachten van de cliënt terugkomen in de therapie hangt af van a) het wereldmodel van de cliënt, b) het overtuigingsstelsel, c) de zintuigspecificiteit en d) de betekenisverlening. Deze punten zijn van belang om er achter te komen welke problemen de cliënt ervaart, welke gedachten en gevoelens de cliënt heeft, hoe hij informatie het beste opneemt en of de cliënt verbanden ziet tussen de therapiesituatie en de thuissituatie.

- a) Zo heeft het wereldmodel, oftewel referentiekader van de cliënt, invloed op de transfer omdat dit weergeeft hoe de cliënt de wereld ziet en ervaart. De therapeut zal vanuit het wereldmodel van de cliënten moeten starten, wil hij de cliënt meekrijgen in de therapie.



- b) Het overtuigingsstelsel is van invloed op de transfer, omdat een overtuiging van de cliënt zijn gedrag beïnvloedt. Wanneer deze overtuiging niet behandeld wordt, zal er geen transfer mogelijk zijn naar andere contexten.

Michiel komt met de hulpvraag 'omgaan met kritiek' bij de PMT. In de therapie leren we hem hoe hij om moet gaan met kritiek, dus hoe hij daar op kan reageren. Dit heeft hij opgepikt en past hij vervolgens ook juist toe binnen de therapie. Maar op het moment dat hij thuis kritiek krijgt, dan komt zijn geloofsovertuiging weer naar voren en denkt hij dat hij het ook nooit goed kan doen. Hierbij moet dus eerst de geloofsovertuiging aangepast worden, wil hij ook in andere situaties met kritiek kunnen omgaan.

- c) Onder zintuigspecificiteit wordt de dominante zintuiglijke ingang verstaan met daarbij de rol van zintuigen in klachtgedrag. Door aan te sluiten bij een dominante zintuiging van de cliënt zal er een grotere mate van herkenning zijn, waardoor de therapie aan werkelijkheidswaarde wint.
- d) Het laatste onderdeel van de werkelijkheidswaarde is de betekenisverlening. Als de cliënten de verbanden kan leggen tussen de therapiesituatie en de thuissituatie zal dit transferbevorderend werken. Wanneer dit niet het geval is, zal de therapeut hier aandacht aan moeten besteden.

Compliance

Onder compliance wordt therapietrouw verstaan, de mate waarin de cliënt de adviezen en de richtlijnen van de therapeut op volgt. Dit heeft te maken met de motivatie en het doorzettingsvermogen vanuit de cliënt om te werken aan zichzelf en vervolgens ook het geleerde in de thuissituatie toe te passen. Wanneer de cliënt niet open staat om te leren of niet de geleerde vaardigheden wil toepassen in zijn thuissituatie, dan zal de transfer niet slagen. De compliance kan vergroot worden door de cliënt zelf zijn doelstellingen te laten maken en huiswerk mee te geven die passend en haalbaar is in de situatie.

Michiel leert binnen de PMT de stop-denk-doe methode toe te passen. Dus dat hij eerst luistert naar wat de bedoeling is, vervolgens een plan maakt om de opdracht uit te kunnen voeren en checkt wat de resultaten van zijn plan zijn. Om dit te koppelen naar een andere situatie krijgt Michiel een huiswerkopdracht mee. De therapeuten vragen hem om op dinsdagavond af te wassen en daarbij de stop-denk-doe methode toe te passen. Michiel doet dit en denkt vervolgens eerst na over wat hij allemaal nodig heeft voor de afwas, voordat hij begint met afwassen. Hij bedenkt dus een plan zodat het afwassen goed verloopt. Als Michiel merkt dat dit een positieve invloed heeft op het afwassen en dat hij de stop-denk-doe methode goed onder de knie krijgt, dan zal hem dit stimuleren in de therapie. Hij merkt dat de ideeën en werkvormen van de therapeut werken, wat de therapietrouw zal vergroten.

Daarnaast is de competentie van invloed op de compliance, dit betekent dat de cliënt het idee heeft dat hij zelf invloed kan uitoefenen op zijn eigen gedrag en prestaties. Hoe groter de competentie, hoe hoger de compliance en hoe beter de transfer.

Als laatste is er een aandachtspunt voor de therapeut, namelijk dat er een dalende lijn in de therapie moet zijn wat betreft het aandeel van de therapeut, de cliënt zal steeds meer op eigen benen staan en de therapeut zal steeds meer achterover leunen.



Ziektewinst

Ziektewinst is het voordeel dat de cliënt of zijn omgeving heeft door middel van de klacht. Er zijn verschillende vormen van ziekte winst:

- Primaire ziekte winst. De cliënt heeft een excuus om niet de confrontatie met zijn probleem aan te gaan door klacht. De cliënt kan een bepaalde situatie vermijden.
- Secundaire ziekte winst. De cliënt trekt aandacht naar zich toe of haalt aandacht naar iets anders waardoor de aandacht richting het probleem verdwijnt. De cliënt haalt voordeel uit zijn klacht.
- Tertiaire ziekte winst. Dit zijn de voordelen van het systeem. Er worden bestaande conflicten vermeden en er is aan beide kanten weerstand tegen verandering.

Wanneer er sprake is van ziekte winst, dan zal er iets anders in de plaats moeten komen voor het wegvallen van de klacht.

Naast de factoren die Uijting noemt, zijn er ook een viertal maatregelen die van invloed zijn op de transfer. Deze beschrijft Dr. P.R.J. Simons (1990).

Algemene maatregelen voor transferverhoging

Zorgen voor geheugenrepresentaties → de kennis en vaardigheden die later getransfereerd worden, moeten eerst worden aangeleerd. Als de cliënt iets niet geleerd heeft, dan mag men er ook niet van verwachten dat hij het geleerde kan toepassen in andere situaties.

*Michiel leert wat de stop-denk-doe methode is.
Vera leert wat haar grenzen zijn en hoe ze deze kan verdedigen.*

Metacognitieve en cognitieve strategieën aanleren → leren van strategieën met betrekking op problemen, zelfregulatie en transfer. Het is de kennis die een cliënt heeft over zijn eigen kennis, zodat hij op het juiste moment de juiste kennis en vaardigheden in kan zetten.

*Michiel leert en ervaart wanneer het goed is om eerst na te denken voordat hij wat doet. Ook weet hij wat hij nodig heeft om de stop-denk-doe methode te kunnen toepassen.
Vera weet wanneer ze op haar grenzen moet letten, bijvoorbeeld wanneer jongens dicht bij haar in de buurt zijn. En ze weet in hoeverre zij zelf haar grenzen kan verdedigen en wanneer ze daar hulp van een ander bij nodig heeft.*

Maatregelen gericht op affectieve factoren → persoonlijke leerdoelen, nut van vaardigheden en zelfregulatievaardigheden. Het is de motivatie en de bereidheid om te oefenen met de persoonlijke leerdoelen. Maar ook het zelfvertrouwen om er in te geloven dat ze het kunnen halen.

*Michiel ervaart veel last als hij door het lint is gegaan, of als hij iets niet goed heeft uitgevoerd omdat hij niet heeft nagedacht. Het ervaren van het goed doen en rustig zijn is zijn motivatie om de stop-denk-doe methode toe te passen.
Vera ervaart veel angst op het moment dat jongens te dichtbij komen. Ze wil dit voorkomen wat haar motivatie is om het aangeven van grenzen te leren.*

Contextmaatregelen → verbinden van de leerstof met de context waarin het toegepast moet worden. Maar ook verschillende contexten aanbieden zodat de cliënt leert in te voegen in de context en daar het geleerde gedrag ook toepast.

*Michiel oefent de stop-denk-doe methode tijdens het afwassen op de groep. Later in de therapie wordt nagevraagd hoe het is gegaan en waar hij tegen aan is gelopen.
Vera zegt op een verjaardag van een mede cliënt dat ze hem alleen een hand wil geven en geen kus. Van te voren wordt er besproken wat ze er voor nodig heeft om dit te bereiken.*



Samenvoeging transferfactoren

Hierboven staan verschillende modellen beschreven die mogelijk toepasbaar zijn in de transfer. Hier zullen de, voor deze scriptie, bruikbare modellen worden samengevoegd.

De werkelijkheidswaarde, compliance en de ziektewinst worden opgenomen in de verdere verdieping van dit verslag. Het zijn duidelijke en overzichtelijke punten waarmee het gedrag van de cliënt verklaard wordt en waarbij duidelijk wordt hoe de therapeut vervolgens kan handelen.

Daarnaast zijn er nog de factoren van Simons.

De geheugenrepresentaties zijn de oefeningen in de therapie zelf, wat natuurlijk het begin is van de transfer. Deze maatregel zal automatisch worden opgenomen in de therapie.

De metacognitieve kennis is een belangrijk toevoeging aan de drie andere factoren. Omdat de cliënten licht verstandelijk beperkt zijn, zullen zij veel moeite hebben met deze vaardigheid. Dus in de therapie zal er veel aandacht besteed moeten worden aan dit onderdeel waarin ze leren wanneer ze hun kennis en vaardigheden kunnen toepassen in het dagelijkse leven.

De affectieve factoren vallen veelal samen met de ziektewinst en de compliance. Dus hoe hard wil de cliënt werken om zijn doelen te behalen, wat is zijn motivatie binnen de therapie? En is de cliënt bereid om tips op te pakken van de therapeut? De affectieve factoren zullen dus niet meer afzonderlijk terug te zien zijn, maar vallen onder ziektewinst en compliance.

De contextmaatregel heeft veel overeenkomsten met de werkelijkheidswaarde. Beide factoren kijken naar de situatie buiten de therapie en hoe de koppeling daar naartoe gemaakt kan worden. Het woord werkelijkheidswaarde wordt verder in deze scriptie gebruikt in plaats van de contextmaatregel.

Uiteindelijk komt het op het onderstaande rijtje transferverhogende factoren neer:

- Werkelijkheidswaarde.
- Compliance
- Ziektewinst
- Metacognitieve strategieën en geheugenrepresentaties.

Transfermogelijkheden

Naast de verschillende factoren die van invloed zijn op de transfer, kan de transfer op verschillende manieren toegepast worden. Van den Blink (2010) heeft een vijftal transfermogelijkheden opgesteld.

Persoonlijke transfer

De persoonlijke transfer vindt plaats doordat de therapeut de therapieruimte verlaat en met de cliënt mee gaat naar de context waarin de transfer plaats moet vinden. Dit kan door middel van een huisbezoek, maar ook door een gesprek met de ouders of andere familieleden op de instelling. Een bredere persoonlijke transfer kan ook plaats vinden door naar sportverenigingen, scholen of werk van de cliënt te gaan.

De PMT'er is samen met de systeemtherapeut naar de thuissituatie van Vera geweest. Daar heeft ze gepraat met de moeder van Vera om te verduidelijken wat er op de instelling aan behandeling gebeurt. Daarnaast wordt er informatie ingewonnen door aan moeder te vragen hoe Vera thuis reageert. Eventueel kunnen er tips aan moeder gegeven worden om de oefeningen die Vera in de PMT ruimte oefent, ook thuis te laten slagen.

Daarnaast kunnen er ook ouderavonden georganiseerd worden, waarbij de therapeut de ouders laat zien wat er gedaan wordt binnen PMT. Dit kan individueel gebeuren, maar ook samen met andere ouders. Het voordeel van meerdere ouders op één moment is dat ze ook onderling ervaringen kunnen uitwisselen.



Belevingstransfer

Deze transfer wordt bereikt doordat de therapeut zijn attitude (waaraan de cliënt een helende ervaring beleeft) overdraagt aan de naaste omgeving van de cliënt. Op deze manier kan de cliënt de helende ervaring ook in haar thuissituatie beleven en niet alleen in therapie.

*Wanneer de PMT'er een stimulerende en positieve attitude aanneemt dan accepteert Michiel datgene wat er gezegd wordt en voelt hij zich minder snel aangevallen. Hierbij is van belang dat de PMT'er Michiel ziet staan en begrijpt wat hij ervaart en doet, om hem vervolgens rustig te kunnen uitleggen wat hij nog kan verbeteren.
Omdat deze manier goed aansluit bij de cliënt, verteld de PMT'er deze attitude aan zijn groepsleiders. De groepsleiders kunnen deze attitude dan ook aannemen en hetzelfde effect met Michiel bereiken.*

Activiteitstransfer

De activiteiten die binnen de therapie geoefend zijn en waarin de cliënt vaardigheden heeft ontwikkeld, worden overgeplaatst naar andere situaties.

Vera leert in de PMT zich los te maken uit grepen van een ander. Deze activiteit kan verplaatst worden naar haar thuissituatie doordat zij zich aansluit bij een vechtsportvereniging. Op deze manieren kan ze nog meer zelfvertrouwen hierin opbouwen en kan ze haar vaardigheden ook oefenen met onbekende mensen.

Ervaringstransfer

Deze transfer is gericht op de ervaring en probeert de ervaring die de cliënt op doet in de therapie te verplaatsen naar andere contexten. Dit kan op meerdere manieren, o.a. door middel van huiswerkopdrachten en symbolisch werk.

Vera kiest in de PMT een symbool uit die voor haar kracht en stevigheid betekent. Het symbool dat ze kiest, in dit geval een rots, neemt ze mee naar andere situaties. Op het moment dat het haar ontbreekt aan kracht of stevigheid dan voelt ze of denkt ze aan deze rots waardoor ze de ervaring weer herkent die ze binnen therapie heeft opgedaan. Op deze manier zal dit haar stimuleren om ook in die situatie weer kracht en stevigheid te laten zien.

Cognitieve transfer

De laatste transfermogelijkheid is de cognitieve transfer. Hierbij worden belangrijke elementen van gedrag in een specifieke situatie verbaal doorgenomen en vergeleken met andere situaties, hierdoor ontstaat inzicht bij de cliënt.

Michiel kreeg kritiek van een groepsleider, hierdoor voelde hij zich aangevallen en vertoonde hij agressief gedrag. Vervolgens heb ik in de therapie met hem de zes g's besproken aan de hand van deze situatie. Op deze manier gaf ik de cliënt inzicht in wat de cliënt triggerde om dit gedrag te vertonen, wat hij dacht en voelde en wat het gevolg hierbij is. Hierdoor kan hij in andere situaties eerder herkennen wat triggers zijn en waar hij voor moet oppassen.

Bovenstaand staan de transfermogelijkheden van Martin van den Blink. Deze zal ik toepassen in het vervolg van deze scriptie en zullen te zien zijn in de hier opvolgende hoofdstukken.



Hoofdstuk 4 Transfer in de praktijk

In hoofdstuk 1 zijn twee casussen beschreven, deze twee casussen worden hier als leidraad gebruikt om de transfer in de praktijk te kunnen toepassen. Er zal hier per casus beschreven worden op welke manier er in de zaal gewerkt wordt aan hun hulpvragen en hoe dat vervolgens getransfereerd wordt naar het dagelijkse leven van de cliënt. Voor het volledig uitgeschreven stappenplan van de cliënten wordt u verwezen naar de bijlage.

Casus Vera

Vera heeft als hulpvraag het leren grenzen aangeven en opkomen voor zichzelf. Er wordt met deze hulpvraag geoefend door middel van een weerbaarheidstraining. Dit is een training waar meerdere thema's aan bod komen als grenzen, mimiek, stevige houding, hulp vragen, mening geven, krachtig stemgebruik en fysieke weerbaarheid.

Een voorbeeld van een oefening is dat Vera een betekenis moet geven aan een matje, waardoor ze absoluut niet wilt dat er iemand aan komt. Vervolgens probeert de therapeut op het matje te komen, maar Vera gaat dit voorkomen. Dit doet ze door duidelijk nee te zeggen, een stop gebaar te maken en serieus te kijken. Wanneer ze niet sterk overkomt, dan kan de therapeut dichterbij komen. Maar wanneer ze wel sterk overkomt, dan kan de therapeut niet dichterbij komen en blijft het matje van Vera.

Zo zijn er nog meerdere oefeningen waarbij er in de zaal geoefend is aan haar hulpvraag. Op een gegeven moment kon Vera dit erg goed, waardoor er bij ons niet veel meer te halen was. Nu kwam dus het moment dat ze de transfer moest maken naar andere situaties. Dus dat Vera nee gaat zeggen tegen jongens op de groep en dat ze haar grenzen durft aan te geven tegen over haar stiefvader. Om dit bereiken is er eerst gekeken naar de transferfactoren om vervolgens te bekijken welke transfermogelijkheden geschikt zijn voor Vera.

Transferfactoren

Eerst moet er gekeken worden naar de transferfactoren, dus de factoren die de transfer beïnvloeden. Bij Vera zijn dat meerdere factoren, waar de therapeuten dan ook aandacht aan hebben besteed binnen de therapie voordat de transfer is ingezet.

Vera is visueel ingesteld en zal aangesproken worden door ervaring- en oefengerichte werkvormen. Ze leert namelijk het meest al ze eerst ziet wat de bedoeling is, vervolgens de vaardigheden oefent en uiteindelijk ervaart dat het succes heeft. Via deze manier zullen de andere factoren beïnvloedt of aangepakt worden.

Vera had sterk de overtuiging dat ze zwak was, dat ze niets kon doen aan haar problematiek en dat de vervelende gebeurtenissen haar overkwamen. Het overtuigingssysteem en de competentie moest dus eerst aangepast worden. Dit is gebeurd door haar te laten ervaren dat ze wel invloed heeft op een situatie en dat er ook daadwerkelijk naar haar geluisterd wordt. Oefeningen die hierbij zijn aangeboden, zijn oefeningen waarbij Vera de scheidsrechter was en dat zij moest bepalen wat er gebeurde en wat er niet gebeurde. Door dit soort oefeningen meerdere malen aan te bieden, groeide Vera in het geven van een mening en ervoer ze dat er ook naar haar geluisterd werd. Het gevolg was dat haar overtuiging veranderde van 'Ik ben zwak en ik kan er niets aan doen' naar 'Ik heb wat te zeggen en ik kan wel wat veranderen aan de situatie'.



Dan was er nog een derde factor die de transfer in de weg stond, namelijk de ziekte winst. Naast dat het seksueel misbruik en de grensoverschrijding van anderen een grote last voor Vera was, bracht het ook een voordeel met zich mee. Ze kreeg namelijk op deze manier contact met anderen, ze werd gezien en 'aardig' gevonden. Hier verlangde ze naar en ontving ze op deze manier van mannen. Dit is dus de secundaire ziekte winst, waar eerst iets voor in de plaats moest komen voordat ze dit los zou laten. In de zaal hebben de therapeuten dit bereikt door niet in te gaan op haar seksueel wervend gedrag, maar er wel te zijn voor Vera. Hierdoor ervaart Vera dat mensen aanwezig blijven en niet verdwijnen op het moment dat er geen seksueel getint contact ontstaat, maar dat ze juist op een andere manier benaderd wordt wat ook een fijn gevoel kan geven. De situatie zal haar dan veiligheid en acceptatie geven. Datgene wat in de plaats is gekomen voor haar ziekte winst is haar zelfvertrouwen. De therapeuten hebben verschillende oefeningen met Vera gedaan waarin ze heeft ontdekt wat ze allemaal al kan. Het bleek dat ze veel en veel meer kon dan dat ze dacht. Het gevolg was dat haar zelfvertrouwen groeide, waardoor ze het seksueel wervende contact niet meer nodig had. Dit wil overigens niet zeggen dat het ook daadwerkelijk niet meer aanwezig was, alleen dat ze nog meer motivatie had om haar probleemgedrag aan te pakken.

De overige factoren als verbanden leggen, motivatie en doorzettingsvermogen zijn erg goed ontwikkeld. Ze heeft een grote interne motivatie omdat ze veel last ervaart, hierdoor is haar doorzettingsvermogen ook groot. Verbanden leggen kan Vera op het moment dat de therapeuten daar naar vragen en eventueel situaties voor haar verduidelijken. Daarnaast zal de huiswerk oefeningen en de metacognitieve strategieën meegenomen worden in de transfer.

Transfermogelijkheden

De persoonlijke transfer hebben de therapeuten uitgevoerd door de therapieruimte te verlaten en het huis van de moeder en stiefvader van Vera te bezoeken. Hierbij zijn de PMT'er en de systeemtherapeut met moeder in gesprek gegaan over wat er speelt in de familiesfeer. Om de persoonlijke transfer compleet te maken zal het goed zijn om meerdere contactmomenten te hebben met moeder na afloop van een weekend dat Vera thuis is geweest. In dit gesprek kan er teruggekoppeld worden op wat Vera ervaren heeft en wat moeder gezien heeft, wat goed is gegaan en waar aandacht aan besteed moet worden. Daarnaast zal het een goede transfer zijn als de stiefvader en moeder van Vera in de zaal met een aantal oefeningen mee zouden doen. Helaas zijn de therapeuten niet verder gekomen dat het huisbezoek, dus zal dit bij de aanbevelingen komen te staan. Hierbij kunnen de systeemtherapeuten een belangrijke rol vervullen.

Vera ziet haar gedrag in op het moment dat ze gespiegeld wordt. Dan merkt ze wat ze aan het doen is in haar houding t.o.v. mannen. Het is dan ook goed om haar te spiegelen op het moment dat de omgeving ziet als ze op een 'verkeerde' manier contact maakt. Daarnaast is het van belang dat de attitude van de therapeut en omgeving haar zelfvertrouwen stimuleert, zodat ze kracht van binnenuit kan halen om op een gepaste manier contact te maken en om grenzen te durven aangeven.

De belevingstransfer is dus verwezenlijkt doordat haar omgeving de stimulerende en spiegelende attitude van de therapeut overneemt waarbij haar zelfvertrouwen zal groeien en waarbij Vera inzicht blijft houden in haar gedrag.

Dit is gebeurd door groepsleiding, maar nog niet door haar thuissituatie. Er wordt ingeschat dat moeder dit niet kan, omdat ze zelf ook soortgelijke problemen heeft als Vera. Moeder ziet in wat er gebeurd, maar heeft niet het vermogen om in de instruerende en lerende positie te stappen.

Vader zou dit wel kunnen, dus daar zou nog een gesprek mee aangegaan moeten worden.

De groepsleiding heeft wel de belevingstransfer gemaakt wat een positief effect heeft gehad op haar positie binnen de groep. Vrijwel direct nadat ze haar grenzen niet heeft aangegeven neemt groepsleiding Vera apart en laten ze zien hoe Vera net heeft gehandeld. Vervolgens instrueren ze haar en stimuleren ze haar om meteen met het nieuwe gedrag te oefenen. Hierbij laten ze blijken dat Vera het in zich heeft en dat ze het kan.



In de PMT heeft Vera verschillende activiteiten en oefeningen uitgevoerd. Zo heeft ze meerdere malen geoefend met haar mening geven in een scheidsrechterrol en heeft ze geoefend met het loskomen uit een greep. Daarnaast heeft ze veel oefeningen gedaan waarbij ze haar stem moest verheffen, haar mimiek onder controle moest krijgen en waarbij ze stevig moest staan om uiteindelijk haar grens aan te geven. Al deze activiteiten kunnen omgebogen worden en getransfereerd worden naar andere situaties om zo de activiteitstransfer te verwezenlijken. Dit is gebeurd door , in overleg met de groepsleiding, huiswerk opdrachten mee te geven. Zo heeft Vera bijvoorbeeld haar mening moeten geven in een groepsoverleg met alle andere cliënten waarbij ze duidelijk moest praten zodat iedereen haar kon verstaan. En heeft Vera tijdens een groepsspel de rol van scheidsrechter aangenomen om te kunnen oefenen met mening geven, stemgeluid verhogen en stevig staan.

Ook hierbij is de transfer tot aan de groep gekomen, maar nog niet verwezenlijkt in haar thuissituatie. Dit zou wel de volgende stap kunnen zijn. Dus dat ze thuis tijdens een spel de rol van scheidsrechter aanneemt, of dat zij een voorstel doet aan haar vriendinnen om een activiteit te ondernemen. Maar ook het aangeven van grenzen aan haar stiefvader dat ze niet wilt stoeien, maar een spel wilt doen waarbij geen lichamelijk contact plaats vindt.

De huiswerkopdrachten passen vooral binnen de andere vormen van transfer, maar dat wil niet zeggen dat de ervaringstransfer niet aanwezig is. Bij de huiswerkopdrachten wordt namelijk een ervaring op gedaan, wat te vergelijken is met de ervaringen in de zaal. Als Vera namelijk op de groep haar mening duidelijk laat horen en merkt dat er naar haar geluisterd wordt, dan doet ze een soortgelijke ervaring op als in de PMT ruimte. Er vindt dan een ervaringstransfer plaats. Maar deze wordt aan de activiteitstransfer gekoppeld omdat dit tastbaarder is voor Vera.

Ook symbolisch werk spreekt Vera niet aan, omdat het te veel inlevingsvermogen van haar vraagt wat niet of nauwelijks lukt. Een rots op zak, zegt haar nog niet dat ze stevig moet staan, het is dan nog te vaag voor haar.

Daarom zal de ervaringstransfer niet bewust toegepast worden, het zal alleen een gevolg zijn van de andere transfermogelijkheden.

De cognitieve transfer lijkt alsof het niet of nauwelijks toepasbaar is op cliënten met een licht verstandelijke handicap. Maar dit is niet het geval, het is wel toepasbaar alleen moet er veel verduidelijkt worden door schema's en afbeeldingen. Dit hebben de PMT'ers met Vera gedaan aan de hand van de 6 G's. Elke week vragen de therapeuten aan Vera of ze nog bijzondere gebeurtenissen heeft meegemaakt. Daarnaast checken de therapeuten in de rapportage of er nog bijzondere voorvallen zijn geweest omtrent Vera.

Wanneer dit het geval is, dan zal het schema ingevuld worden met Vera. Op deze manier legt ze verbanden tussen de therapie en andere situaties.

Vera heeft meerdere situatie aangegeven waarbij we de 6 G's hebben toegepast, hieronder staat één van die situaties schematisch weergegeven zoals die samen met Vera is gemaakt.

Gebeurtenis	Geschiedenis	Gevoel	Gedachte	Gedrag	Gevolg
Afscheid van een groepsgeenoot. De jongen wil naar mij toelopen om mij een knuffel te geven.	Ik ben vaker aangeraakt door jongens zonder dat ik dit wilde. Toen heb ik dit toegestaan.	Angst voor de aanraking. Vervelend gevoel in mijn buik.	Ik wil niet dat hij mij aanraakt. Ik wil hem alleen een hand geven, meer niet!	Ik zeg 'Nee, ik geef je alleen een hand en geen knuffel'.	De jongen geeft mij alleen een hand en geen knuffel. Hij is niet boos op mij geworden.



Casus Michiel

Michiel heeft twee hulpvragen. De eerste hulpvraag is het leren hanteren van de stop-denk-doe methode waardoor Michiel eerst nadenkt voordat hij handelt. Hiermee voorkomt hij dat hij impulsief gaat handelen waardoor hij vaak veel fouten maakt. De andere hulpvraag is het omgaan met kritiek, maar daar zijn de therapeuten nog niet zo ver mee gekomen toen deze scriptie was afgerond.

Er is met de hulpvraag van Michiel geoefend door oefeningen te ondergaan waarbij hij tegen bewegingsproblemen aan liep die opgelost moesten worden. Hij werd stop gezet door het probleem, hij kon namelijk niet verder met de activiteit zonder dat het probleem opgelost werd. Om het probleem op te lossen moest Michiel nadenken over mogelijke oplossingen. Deed hij dit niet en reageerde hij impulsief, dan was de kans groot dat de activiteit niet zou slagen. Vervolgens moest hij zijn plan uitvoeren en bekijken of het plan goed was of dat er een aanpassing in gemaakt moest worden. Dit was de volgorde in alle activiteiten die we met hem hebben uitgevoerd.

Na een tijd oefenen bleek dat hij dit model goed kon hanteren, maar dat hij het nog niet toepaste in andere situaties. Daarom moesten er transfermodellen en mogelijkheden worden toegepast. Voordat dit kon, hebben de therapeuten eerst gekeken naar de factoren die de transfer van Michiel zou beïnvloeden.

Transferfactoren

Er zijn een aantal overeenkomsten met het verhaal van Vera. Ook Michiel heeft het idee dat hij er niks aan kan doen dat hij zo is, het overkomt hem en het hoort bij zijn stoornis. Hij heeft dan ook niet het idee iets aan zijn probleemgedrag te kunnen veranderen. Maar ondanks dat zijn competentie niet groot is, is zijn motivatie goed en zijn doorzettingsvermogen zeer groot. Hij ervaart namelijk veel last als hij weer eens wat fout heeft gedaan en hij wil graag rustig kunnen reageren in plaats van impulsief. Zijn goede inzet is ook te zien in het maken van zijn huiswerkopdrachten wat hij erg goed en consequent doet.

Naarmate hij meer heeft geoefend met de stop-denk-doe methode ervaart Michiel dat hij wel wat kan veranderen aan zijn gedrag en dat hij daar positieve reacties op krijgt. Zijn competentieverwachting is dus tijdens de therapie gegroeid.

En ook Michiel leert van een plaatje om vervolgens via het daadje ervaring op te doen. Hij kan zich niet concentreren op wat iemand zegt waardoor hij het niet op neemt als iemand een lange uitleg geeft. Het visueel maken van wat je hem wel laten oefenen is daarom van belang wil hij de vaardigheden leren beheersen. Dit is ook het geval op het moment dat de therapeut verbanden wil leggen met Michiel. Dit kan, maar dan wel met behulp van een bord waarmee het plaatje visueel gemaakt kan worden.

In tegenstelling tot Vera, heeft Michiel geen winst van de ziekte, maar ervaart hij alleen maar last.

Wat betreft de andere factoren, als metacognitieve strategieën, moet er nog wat geleerd worden. De geheugenrepresentaties bezit hij, hij weet op een gegeven moment wat de stop-denk-doe methode in houdt en kan het toepassen op het moment dat je het aan hem vraagt. Maar Michiel heeft nog geen alarmbel die zegt wanneer hij deze methode in moet zetten.

Transfermogelijkheden

Rekening houdend met de transferfactoren zijn er meerdere transfermogelijkheden aanwezig voor Michiel.

De persoonlijke transfer is nauwelijks tot niet mogelijk bij Michiel. Michiel heeft geen contact meer met zijn familie en vrienden heeft hij niet. Daarnaast verblijft hij op 't Mastler en heeft hij geen contact met andere mensen buiten de instelling. Er kan wel een transfer plaats vinden maar dan op de groep, doordat de PMT'er daar samen met Michiel de afwas via de stop-denk-doe methode doet. En dat de PMT'er hierbij de groepsleiding instrueert op welke manier zij het op kunnen pakken.



Daarnaast heeft er nog een soortgelijke persoonlijke transfer plaats gevonden waarbij de situatie in de therapie is gehaald. Dus dat de therapeuten en Michiel een situatie hebben nagespeeld waarbij één van de therapeuten een groepsgeenoot of groepsleider is. Later hebben de therapeuten daadwerkelijk een groepsgeenoot de zaal binnen gehaald om te oefenen. Op deze manier is de werkelijkheidswaarde ook vergroot.

Ook de belevingstransfer vindt plaats richting de groep. Dit gebeurt op de manier waarop het in hoofdstuk 3 als voorbeeld is gegeven bij Michiel. Dus de positieve en stimulerende attitude van de PMT'er overdragen op de groepsleiding om zo een belevingstransfer te verwezenlijken.

Voor Michiel is het erg geschikt om de concrete oefeningen vanuit de therapie ook op de groep te oefenen. Dus aan de hand van de verschillende stop-denk-doe methode stappen de afwas doen of eten koken. Deze activiteitstransfer is een concrete manier van oefenen met het geleerde in een nieuwe situatie.

Net zoals bij Vera is de ervaringstransfer ook bij Michiel lastig te maken. Natuurlijk zal hij de opgedane ervaringen in de therapie ook opdoen tijdens het oefenen van de stop-denk-doe methode op de groep, maar dit is niet bewust ingezet. Het is net zoals bij Vera een gevolg van de andere transfermogelijkheden. Het symbolisch werken sluit niet aan omdat het niet concreet genoeg is.

Ook bij Michiel is de cognitieve transfer gemaakt aan de hand van de zes G's. Deze zag er als volgt uit bij één van de situaties die Michiel ingebracht heeft.

Gebeurtenis	Geschiedenis	Gevoel	Gedachte	Gedrag	Gevolg
Ik kreeg kritiek van een groepsgeenoot dat ik niet lekker genoeg gekookt had.	Ik heb vroeger al heel vaal commentaar gekregen van mijn ouders en ik was altijd al slechter dan mijn zus.	Ik voel me gekrenkt en afgewezen.	Ik doe het ook nooit goed. Laat maar zitten, doe het zelf allemaal maar!	Gooien met borden, per ongeluk tegen een groepsleider. Schreeuwen en schelden.	Kamerprogramma en me schuldig voelen tegenover de groepsleiding.

Hierbij hadden we nog een extra tabel die inzicht gaf in hoe hij in het vervolg had kunnen handelen. Deze ziet er als volgt uit:

Nieuw gedrag	Gevoel	Gedachte	Gevolg
Ik loop uit de situatie weg en ga op mijn kamer zitten tot dat ik wat rustiger ben. Als ik rustig ben vraag ik een gesprek aan bij de groepsleiding, zij helpen mij verder.	Ik voel me na verloop van tijd rustiger en ik ben tevreden over hoe ik gehandeld heb.	Ik heb het goed gedaan en ik kan straks rustig zeggen wat ik niet leuk vind.	Ik krijg complimenten van anderen.



Hoofdstuk 5 Conclusie

‘Op welke wijze kan de PMT’er, eventueel in samenwerking met andere disciplines, de transfer van aangeleerde agressieregulatie gerelateerde vaardigheden naar de thuissituatie verbeteren?’

PMT is een afkorting voor PsychoMotorische Therapie. Het is een behandelingsvorm waarbij het bewegen en het lichaam een middel is om aan een hulpvraag te werken. Deze vorm van therapie is toepasbaar op verschillende doelgroepen, van psychiatrische stoornissen tot gehandicaptenzorg, tot revaliderende cliënten. In deze casestudy wordt vanuit de sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapte zorg beredeneerd en gehandeld.

Therapie houdt niet alleen in dat de therapeut het gedrag, de belevingen of de cognities van de cliënt beïnvloedt, maar er moet vervolgens ook nog een transfer gemaakt worden. Transfer is de overdracht van datgene wat er geleerd en/of ervaren wordt binnen de therapie naar een situatie binnen het dagelijkse leven van de cliënt.

Wanneer een therapeut de transfer wilt maken naar het dagelijkse leven van de cliënt zijn er een aantal factoren waar men rekening mee moet houden.

Allereerst is het goed om de cliënt eens goed onder de loep te nemen, zodat de therapeut weet wie hij voor zich heeft. In deze casestudy zijn een aantal modellen weergegeven die dit mogelijk maken. Een voorbeeld van zo’n model is het model waarin de vier dimensies van menselijke relaties beschreven zijn, de feiten, de psychologie, de interacties en de relationele ethiek.

Vervolgens zijn er factoren die de transfer beïnvloeden. Dit wil zeggen dat ze de transfer verhogen of tegenhouden. Er zijn verschillende factoren, maar in deze casestudy zijn ze samengevoegd tot vier factoren waar de therapeut rekening mee moet houden. Namelijk de werkelijkheidswaarde, wat betekent dat de therapeut de echte wereld binnen de therapie haalt om zo de transfer te verhogen. De compliance wat therapietrouw betekent en wat de mate inhoudt waarin in de cliënt de adviezen en richtlijnen van de therapeut op volgt. Maar ook de ziekte winst wat het voordeel is dat de cliënt of zijn omgeving heeft door middel van de klacht. En tot slot de metacognitieve strategieën en geheugenrepresentaties. Dit is de kennis en vaardigheden die men eerst aanleert voordat ze getransfereerd kunnen worden. En de kennis die cliënt heeft over zijn eigen kennis, zodat hij op het juiste moment de juiste kennis en vaardigheden in kan zetten.

Wanneer men alle transferbeïnvloede factoren duidelijk heeft, kan men bekijken welke vorm van transfer het beste aan sluit bij de cliënt. Er zijn namelijk vijf transfermogelijkheden die de therapeut kan toepassen op de cliënt.

De eerste is de persoonlijke transfer waarbij de PMT’er de therapieruimte verlaat en met de cliënt mee gaat naar de context waarin de transfer plaats moet vinden. Dan is er ook nog de belevingstransfer waarbij de therapeut de attitude overdraagt aan de naaste omgeving van de cliënt, zodat de cliënt eenzelfde helende ervaring beleeft. De activiteitstransfer houdt in dat de activiteiten waarmee de cliënt in de zaal heeft geoefend, worden overgeplaatst naar andere situaties. Daarnaast kan de therapeut de ervaring die de cliënt op doet in de therapie verplaatsen naar een andere situatie, wat de ervaringstransfer wordt genoemd. Ten slotte is de laatste transfermogelijkheid de cognitieve transfer. Hierbij worden belangrijke elementen van gedrag in een specifieke situatie verbaal doorgenomen en vergeleken met andere situaties, waardoor inzicht ontstaat bij de cliënt.

Wanneer de therapeut de transfer heeft ingezet en deze ook is geslaagd, dan kan hij de therapie afbouwen wat betreft de desbetreffende hulpvraag. Want zoals van den Blink aan gaf, is de therapie pas geslaagd wanneer we het gedrag, de cognitie en de beleving binnen de therapiesituatie kunnen beïnvloeden. En hoe we daarbij een nieuwe geloofsovertuiging kunnen vinden en hoe we het gedrag en de geloofsovertuiging kunnen integreren in het dagelijkse leven van de cliënt.



Hoofdstuk 6 Aanbevelingen

Zoals al duidelijk werd in hoofdstuk vier, zijn er nog meer ideeën wat betreft transfer, maar nog niet allemaal uitgevoerd. Daarom wijd ik dit hoofdstuk aan aanbevelingen voor meerdere toepassingen van de vijf transfermogelijkheden.

Zo is er een mogelijkheid om een ouderbijeenkomst te organiseren. Alle ouders komen dan tezamen op de instelling waarbij ze een programma volgen. Tussendoor is er mogelijkheid om ervaringen uit te wisselen met andere ouders.

In het programma kunnen verschillende thema's worden opgenomen, als:

- **Psycho-educatie**
Een uitleg over hoe de cliënten de wereld ervaren en waarom ze bepaald gedrag vertonen. Dit met als reden dat de ouders kunnen meevoelen en begrijpen met de cliënt en zijn wereld. Ook kan dit houvast bieden in de omgang met hun kind.
- **Rouwverwerking**
Ouders kunnen met behandelaren of systeemtherapeuten praten over hoe ze de handicap van hun kind ervaren en wat ze zoal tegenkomen. Daarnaast kunnen de behandelaren advies uitbrengen over de manier waarop ze er mee om zouden kunnen gaan en kunnen ze de ouders een luisterend oor bieden.
- **Driehoeksverhouding: Instelling/cliënt/ouders**
Op welke manier komt deze driehoeksverhouding tot stand en wie heeft welke positie in deze relatie? Benadrukken dat de instelling niet tussen de ouders en de cliënt in wil staan, maar dat de instelling juist wil begeleiden in de relatie tussen beiden.
- **Levensverhalen delen**
Er wordt de ruimte gegeven om te praten met andere ouders van cliënten die zich bevinden in de instelling. Sommige mensen hebben het nodig om herkenning en steun te voelen van mensen die hetzelfde meemaken. De taak van de instelling is hierbij het begeleiden van de gesprekken, maar het gesprek zelf aan de ouders overlaten.
- **Gesprek met verschillende disciplines**
Ten slotte is het goed als de ouders een gesprek aan gaan met de verschillende disciplines waar de cliënt mee in aanraking komt. Dat de ouders bijvoorbeeld bij de PMT'er komen. De PMT'er geeft dan aan waar ze mee aan het oefenen zijn en geeft tips aan de ouders om een eventuele persoonlijke of belevingstransfer te kunnen maken. Daarnaast laat de therapeut de zaal zien aan de ouders en wordt er een oefening aangeboden waar zowel de ouders als de cliënt aan deelnemen. Dit om de relatie tussen de ouders en de cliënt te verbeteren en de ouders op de hoogte te brengen over hoe zo'n PMT behandeling er uit ziet.
Door de ouders in contact te brengen met de behandelaren, zal de werkelijkheidswaarde verhoogd worden omdat het dagelijkse leven van de cliënt de zaal wordt binnen gehaald.

Naast een ouderbijeenkomst zijn er nog een aantal andere mogelijkheden die transferbevorderend kunnen werken. Zo kan de cliënt aansluiten bij een sportvereniging waar hij goed begeleid wordt, maar toch andere mensen ziet om nieuw gedrag mee te oefenen.

En een andere mogelijkheid is om geen individuele therapie te geven aan de cliënt, maar systeemtherapie. Dat dus de systeemtherapeut en de PMT'er samen gaan werken om therapie te geven aan heel gezin. Maar hier wijd ik verder niet over uit omdat dit verder gaat dan de transfer maken naar een andere situatie.



Hoofdstuk 7 Literatuurlijst

Boeken en artikelen

- American Psychiatric Association (2007) *beknopte handleiding bij de Diagnostische Criteria van de DSM IV-TR*. Amsterdam: Harcourt Assessment BV.
- Bartels, A.J. (2001) *Het sociale-competentiemodel en de kinder- en jeugdpsychotherapie*
- Blink, M van den en Hekking, P.J.A.M. (2010) *Ervaringsgerichte PMT aan jongeren*.
- Eerenbeemt, EM. van den en Oele, B. (1987) *De contextuele therapie: verdiende vrijheid*
- Hekking, P.J.A.M. (1991), ongepubliceerde nota's.
- Lange, drs. J. de en Bosscher, dr. R.J. (2005) *Psychomotorische therapie in de praktijk*.
- Lange, drs. J. de (2005) *Een vak apart: artikelen over psychomotorische therapie*
- Maanen, V van (1992) *Transfer en Psychomotorische therapie*.
- Pennings, A en Uijting, M (1993) *PMT en Transfer: Op zoek naar transferbevorderende factoren binnen de psychomotorische therapie*.
- Simons, DR P.R.J (1990) *Transfervermogen*
- Slot, N.W en Spanjaard, H.J.M (2009) *Competentievergroting in de residentiële jeugdzorg*

Online bronnen

- Trajectum site: <http://www.trajectum-lvg.nl/index.php?pagina=Home>
- Hanzeborg site: www.hanzeborg.nl
- Leerstijlen Kolb: <http://mens-en-samenleving.infonu.nl/onderwijs/4982-leerstijlen-de-leercyclus-van-kolb.html>
- NVPMT: <http://www.nvpmt.nl/>



Bijlage 1 Modellen toegepast op de casus

Hieronder vindt u de modellen die de kijk op de cliënt vergroten. De uitleg van de modellen is terug te vinden in hoofdstuk 2, maar de toepassing van de theorie staat hieronder weergegeven.

Vera

De vier dimensies in menselijke relaties

Feiten

- scheiding ouders
- depressie moeder
- leukemie vader
- seksueel misbruik
- uithuisplaatsing

Feiten zijn de gebeurtenissen die het leven van de cliënt beïnvloeden. Bij Vera zijn dit de gebeurtenissen rondom haar ouders en haar zelf. Zo zijn haar ouders gescheiden toen Vera nog erg jong was en zijn beide ouders ernstig ziek geweest. Dit heeft invloed op haar gehad omdat ze erg bang is geweest om haar ouders te verliezen aan deze ziekten. Daarnaast heeft ze de schadelijke ervaring van het seksueel misbruik gehad, zowel op achtjarige leeftijd door haar buurman als vijftienjarige leeftijd door haar stiefvader. Dit heeft invloed gehad op haar identiteitsontwikkeling en op haar sociaal-emotionele gedrag.

De psychologie houdt de vraag in hoe de cliënt de verschillende feiten heeft verwerkt en wat voor een gevolgen de feiten voor de persoonsontwikkeling hebben gehad. Vera heeft het seksueel misbruik nauwelijks verwerkt. Ze heeft hier niet met haar ouders om kunnen praten, omdat ze dan tussen haar moeder, vader en stiefvader in kwam te staan. Het gevolg van het seksueel misbruik is het seksueel wervende gedrag wat Vera vertoont. Daarnaast zien we dat ze een gebrekkige ego-ontwikkeling heeft en moeite heeft met het stellen van grenzen en het voor zichzelf opkomen. Ook dit is terug te halen op de belangrijke gebeurtenissen in haar leven als de scheiding van haar ouders.

Vera beleeft zichzelf als een zwak meisje die niet voor zichzelf op kan komen en angstig is voor herhaling van vroeger.

Psychologie

- gebrekkige ego-ontwikkeling
- niet kunnen praten
- zwak voelen

Interacties

- seksueel wervend
- moeite met contact
- moeite met een houding neer zetten

Bij Vera zien we duidelijk terug dat ze door haar ervaring op een bijzondere manier contact maakt, namelijk via haar lichaam. Ze gebruikt haar lichaam om contact te maken. Anderen kunnen dit opvatten als seksueel wervend, maar dit is niet de bedoeling die zij heeft. Ze ziet zelf niet altijd in op welke manier ze contact maakt. Daarnaast zien we dat ze een kromme houding heeft wat ook een gevolg kan zijn van de feiten in haar leven. Zo maakt ze zichzelf erg klein en staat ze totaal niet stevig.

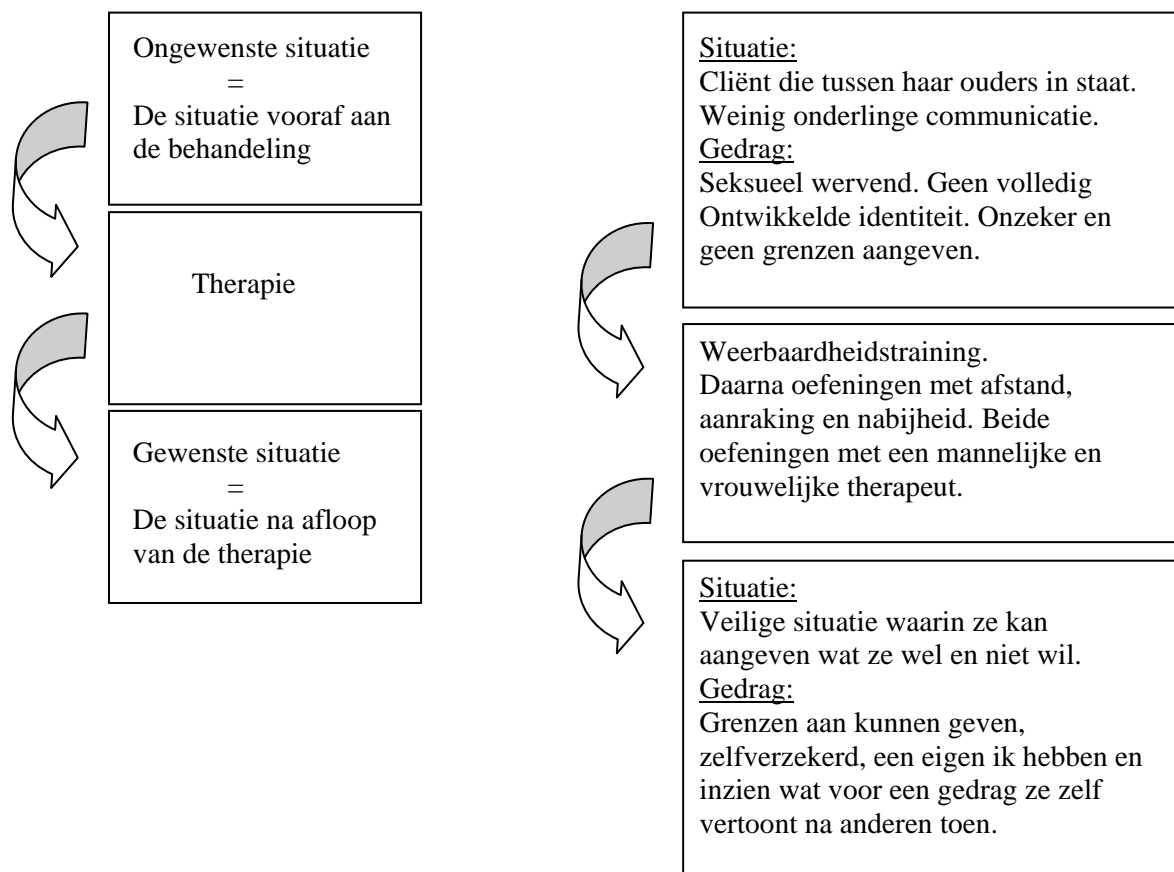
Vera geeft erg veel en neemt weinig, wat ook in relatie staat tot haar onzekerheid en geringe identiteit ontwikkeling. Ze zorgt veel voor anderen, maar vraagt om weinig zorg, terwijl ze indirect aangeeft dat ze deze wel nodig heeft. Loyaliteit is een belangrijk begrip voor Vera. Er zijn namelijk loyaliteitsproblemen ontstaan door de scheiding en de misbruik door haar stiefvader. Ze staat hierdoor tussen haar ouders in en kan niet over haar problemen praten. Ook gaat ze over haar grenzen heen, ze wil niet in de buurt van haar stiefvader komen maar durft dit niet te zeggen om problemen met haar moeder te voorkomen.

Relationele ethiek

- veel geven
- weinig nemen
- loyaliteits - problemen



De drie systemen rondom de cliënt

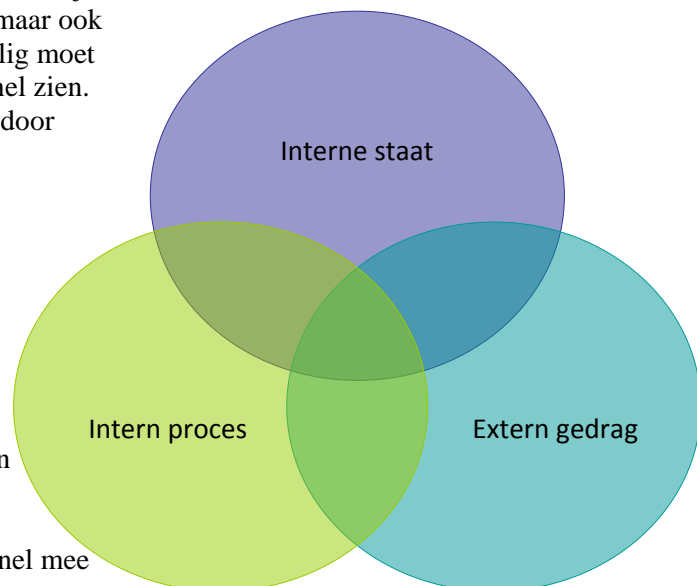


Het model van menselijk gedrag

Interne staat → Vera kan erg goed haar gevoelsleven beschrijven. Ze kan benoemen wat ze voelt qua lichaamssignalen, maar ook qua emoties. Voorwaarde hierbij is wel dat ze zich veilig moet voelen bij die persoon, anders laat ze gevoelens niet snel zien. De meest voorkomende emotie bij Vera is angst, ze is door haar verleden snel bang. Bang voor herhaling van het seksueel misbruik.

Intern proces → De gedachtes die Vera heeft is dat ze zwak is en geen invloed kan uitoefenen op de situatie. Hierdoor is ze afhankelijk van wat de ander gaat doen en dat maakt haar bang.

Extern gedrag → Bovenstaande aspecten is in haar externe gedrag terug te zien. Zo is haar houding in elkaar gedoken, klein en slap. Haar gedachte 'ik ben zwak' laat ze letterlijk in haar houding zien. Verder zien we dat ze weinig identiteit heeft, ze gaat snel mee met de mening van een ander en durft zelf geen mening te geven. Ze is zoekende naar wie ze is.



Leerstijlen van Kolb

Er zijn verschillende leerstijlen als de doener, de dromer, de beslisser en de denker. De meeste cliënten bij ons in de instelling zijn doeners. Door te doen leren ze het meeste, dit komt door hun verstandelijke beperking en hun bijkomende stoornis. Dit is ook het geval bij Vera, ze leert wanneer ze het eerst ziet en vervolgens zelf ervaart. Alleen door uitleg lukt het haar niet om het plaatje helder te krijgen.



Michiel

De vier dimensies in menselijke relaties

Feiten

- alcoholprobleem vader
- voorgetrokken zus
- seksueel misbruik
- uithuisplaatsing

Feiten zijn de gebeurtenissen die het leven van de cliënt beïnvloeden. Bij Michiel zijn dit de gebeurtenissen rondom zijn familie en hem zelf. Zijn vader was een alcoholist en mishandelde en misbruikte zijn vrouw en kinderen. Dit heeft Michiel al voor zijn zesde levensjaar meegemaakt. Zijn zus werd altijd voorgetrokken door ouders, waardoor Michiel achtergesteld werd. Op zijn zesde levensjaar is hij uit huis geplaatst wegens onhandelbaar gedrag.

De cliënt heeft bovenstaande gebeurtenissen nauwelijks verwerkt. Hij voelt zich nog heel snel persoonlijk verbaal aangevallen en hij heeft het idee het nooit goed te kunnen doen. Daarnaast zien we dat hij het agressieve geweld en het alcoholgebruik heeft overgenomen, al is dit de laatste tijd minder geworden. Bovenstaande gedragskenmerken zijn allemaal terug te halen op zijn verleden.

Psychologie

- niet verwerkt.
- persoonlijk aangevallen voelen.
- nooit goed doen.

Interacties

- druk
- makkelijk contact
- snel aangevallen voelen

De cliënt is druk in zijn gedrag, dus ook in zijn interacties met anderen. Hij maakt makkelijk contact, maar kan daarbij nog wel eens over de grenzen van een ander gaan. Deze voelt hij dan niet aan, of hij is te druk waardoor hij ze niet opmerkt. M. vindt het moeilijk om met kritiek om te gaan. Als iemand hem kritiek geeft voelt dat bij hem als weer een afwijzing, weer iets wat hij niet goed doet. Op zo'n moment kan hij erg boos worden.

De relationele ethiek is verworven in de feiten, de psychologie en de interactie. Hierbij zijn een aantal woorden belangrijk: geven en nemen, rechtvaardigheid en loyaliteit. Michiel zit erg op de rechtvaardigheid, gaat alles wel eerlijk, krijgt hij wat er gezegd wordt. Wanneer dit niet gebeurt kan hij daar erg boos om worden.

Verder komt loyaliteit weinig voor bij Michiel aangezien hij geen contact meer met zijn ouders of andere familieleden heeft. Hij heeft sinds kort een start gemaakt met het weer opbouwen van het contact met zijn moeder.

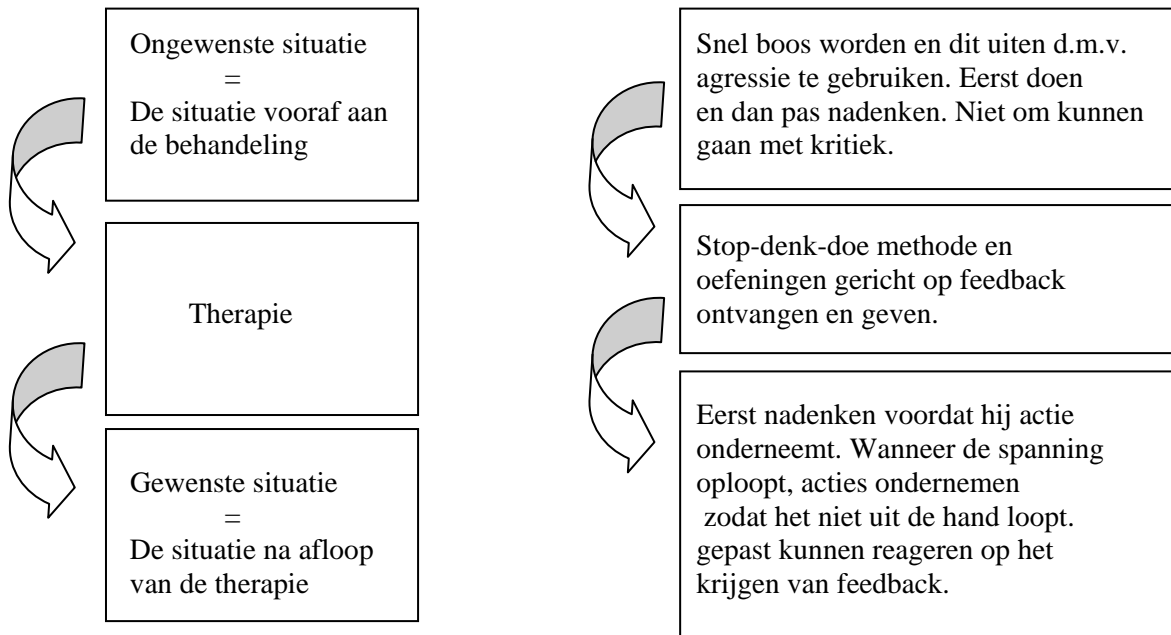
Michiel kan veel geven, maar ook veel nemen.

Relationele ethiek

- erg gericht op rechtvaardigheid
- geen contact met ouders



De drie systemen rondom de cliënt



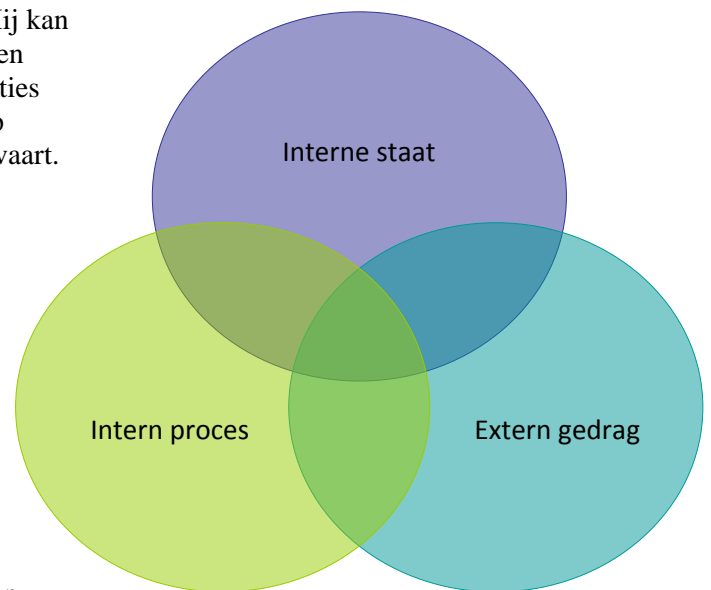
Het model van menselijk gedrag

Interne staat → Michiel kan zijn lichaamssignalen benoemen als deze betrekking hebben op lichamelijke inspanning. Hij kan geen lichaamssignalen benoemen die betrekking hebben op een emotie. Verder benoemt hij alleen de basisemoties blij, boos en bedroefd. Uit zijn verhalen merken we op dat Michiel veel verdriet, afwijzing en onzekerheid ervaart. Deze gevoelens uit hij door middel van agressie.

Intern proces → De gedachtes die Michiel heeft is dat hij nooit iets goed kan doen en vaak achtergesteld wordt t.o.v. anderen. Verder denkt hij vaak pas nadat hij actie heeft ondernomen.

Extern gedrag → We zien druk gedrag, die grensoverschrijdend kan zijn. Hij kan met externe sturing dit gedrag aanpassen en eerst denken en dan pas doen.

Verder zien we dat hij snel boos wordt en zich snel aangevallen voelt. Dit uit hij door te slaan tegen spullen en door te gooien met materiaal. Hierbij raakt hij meestal personen niet, een enkele keer wel.



Leerstijlen van Kolb

Er zijn verschillende leerstijlen als de doener, de dromer, de beslisser en de denker. De meeste cliënten bij ons in de instelling zijn doeners. Door te doen leren ze het meeste, dit komt door hun verstandelijke beperking en hun bijkomende stoornis. Dit is ook het geval bij Michiel, hij leert wanneer hij het eerst ziet en vervolgens zelf ervaart. Alleen door uitleg lukt het hem niet om het plaatje helder te krijgen.



Bijlage 2 Stappenplan behandeling casus

Vera

We zijn gestart met een training weerbaarheid met als doel grenzen ervaren en aangeven. Hierbij zijn bepaalde aspecten als houding, mimiek, stemgebruik en kracht van belang. Om alle aspecten te oefenen, inclusief ontsnappingstechniek, hebben we een training van negen weken opgezet. Deze training ziet er als volgt uit:

Week	Thema's	Inhoud
1	Uitleg weerbaarheid Ontsnappingstechniek Grenzen verkennen Kracht gebruiken	Uitleggen van weerbaarheidstraining, het verkennen van haar grenzen wat betreft persoonlijke ruimte en het verdedigen hiervan door kracht te gebruiken. Gestart met de eerste ontsnappingstechniek.
2	Ontsnappingstechniek Besluiten nemen Stemgebruik	Herhaling vorige ontsnappingstechniek en aanleren nieuwe ontsnappingstechniek. Daarna scheidsrechtersrol aanbieden, eerst zonder weerstand van de spelers, daarna met weerstand.
3	Ontsnappingstechniek Grenzen verdedigen Vergroten zelfvertrouwen	Herhaling vorige ontsnappingstechniek en aanleren nieuwe ontsnappingstechniek. Vervolgens oefening waarbij ze een mat moest verdedigen d.m.v. stevig staan. En een activiteit waar ze goed in is.
4	Ontsnappingstechniek Stemgebruik	Herhaling vorige ontsnappingstechniek en aanleren nieuwe ontsnappingstechniek. Vervolgens overschreeuwen van zinnen of woorden waarbij de afstand vergroot wordt.
5	Ontsnappingstechniek Kracht Grenzen Houding	Herhaling vorige ontsnappingstechniek en aanleren nieuwe ontsnappingstechniek. Daarna boksen, zowel aanvallen als verdedigen waarbij ze ook moest letten op een stevige houding.
6	Ontsnappingstechniek Samenwerken Hulp vragen	Herhaling vorige ontsnappingstechniek en aanleren nieuwe ontsnappingstechniek. Daarna activiteit waarbij ze moest samenwerken door onder andere hulp te vragen.
7	Ontsnappingstechniek Leiden en volgen	Herhaling vorige ontsnappingstechniek. Vervolgens activiteit waarbij ze zowel moest leiden en volgen in een parcours.
8	Ontsnappingstechniek Spanning en ontspanning	Herhaling vorige ontsnappingstechniek. Activiteiten waarbij de spanning oplopen en oefeningen waarbij de spanning zakt.
9	Ontsnappingstechniek Afsluiting	Herhaling vorige ontsnappingstechniek. Terugkomen op de afgelopen periode, kort samenvatten van wat we hebben gedaan en wat er is geleerd.

Na de training weerbaarheid zijn we gestart met een andere hulpvraag. Namelijk het op doen van nieuwe ervaringen in een veilige situatie door te oefenen met afstand, nabijheid en aanraking. En het vergroten van haar zelfvertrouwen door invloed uit te oefenen binnen (spannende) spelsituaties. Hierbij worden oefeningen aangeboden waarbij Vera start met het voelen van materialen om vervolgens door te gaan op het ervaren van lichamelijk contact met een ander. Hier vindt een opbouw in plaats van oefenen met een vrouwelijke PMT'er naar oefenen met een mannelijke PMT'er. In de oefening ervaart Vera dat ze zelf invloed kan uitoefenen en dat een ander luistert op het moment dat zij haar grens aan geeft.

Helaas ben ik daar als stagiaire PMT maar gedeeltelijk bij geweest, dus kan ik ook maar een deel van de behandeling weergeven.

Michiel



Vanwege de moeite van Michiel met de impulscontrole, heeft hij de stop-denk-doe methode gevolgd. Hierbij vergroot hij zijn innerlijke spraak door eerst hard op te benoemen wat hij moet doen om het vervolgens alleen tegen zichzelf te zeggen. Het gevolg hiervan is dat Michiel eerst nadenkt, plannen maakt voordat hij actie onderneemt. Dit zorgt voor het voorkomen van problemen. Hieronder is schematisch weergegeven welke thema's en oefeningen er zijn aangeboden bij deze cliënt en deze methode. Dit is niet op dezelfde manier aangegeven als bij de vrouwelijke casus. Hier staat het namelijk per stap aangegeven en niet per week.

Stap	Thema's	Inhoud
1	Herkennen van lichaamssignalen	Oefeningen aanbieden waarbij de cliënt verschillende lichaamssignalen ervaart. Dan het benoemen van lichaamssignalen en het koppelen van emoties.
2	Herkennen van lichaamssignalen	Oefeningen aanbieden waarbij de cliënt verschillende lichaamssignalen ervaart. Dan het benoemen van lichaamssignalen en het koppelen van emoties.
3	Herkennen van oplopende spanning	Aan de hand van het herkennen van lichaamssignalen oefenen om ook de oplopende spanning te verkennen en herkennen.
4	Zelfbeheersing	Oefenen met coping strategieën bij oplopende spanning.
5	Innerlijke spraak	Oefeningen waarbij M een parcours moet afleggen met verschillende voorgesproken stappen. Hierbij moet M bij elke stap benoemen wat hij moet gaan doen en vervolgens voert hij het uit.
6	Plannen bedenken bij een makkelijke oefening	Oefening waarbij er een probleem opgelost moet worden, bijvoorbeeld knoop uit het touw halen. Hier bedenkt M een plan voor.
7	Plannen bedenken bij een moeilijke oefening	Hetzelfde als de vorige stap, alleen bij een ingewikkelde oefening.
8	Stop – denk – doe zonder afleiding	Er wordt een oefening aangeboden waarbij de cliënt eerst moest stoppen, luisteren, plan bedenken, plan uitvoeren, evalueren en vervolgens een nieuw plan bedenken of door gaan met het oude plan.
9	Stop – denk – doe met afleiding	Hetzelfde als stap acht, alleen wordt het aspect 'afleiding' toegevoegd. Hiermee wordt bedoeld dat er meerdere geluiden in de zaal aanwezig zijn en dat de PMT'ers zelf gaan bewegen terwijl M zich op zijn opdracht moet concentreren.
10	Stop – denk – doe met een gesprek	Hetzelfde als stap acht, alleen wordt er nu een gesprek met M aangegaan. Hierbij doen we een beroep op zijn vaardigheid om zowel zijn taak uit te voeren en een gesprek aan te gaan met iemand.
11	Stop – denk – doe in een andere situatie toepassen	Vervolgens bovenstaande stappen toepassen in een andere situatie, bijvoorbeeld op de groep. Ook wordt de groep naar de PMT gehaald, want de cliënt gaat groepsPMT volgen.

Vervolgens gaat de cliënt groepsPMT volgen samen met een cliënt die dezelfde problematiek heeft. Aangezien ik dit nauwelijks tot niet heb meegemaakt, neem ik deze niet mee in dit behandelplaatje van de cliënt.

