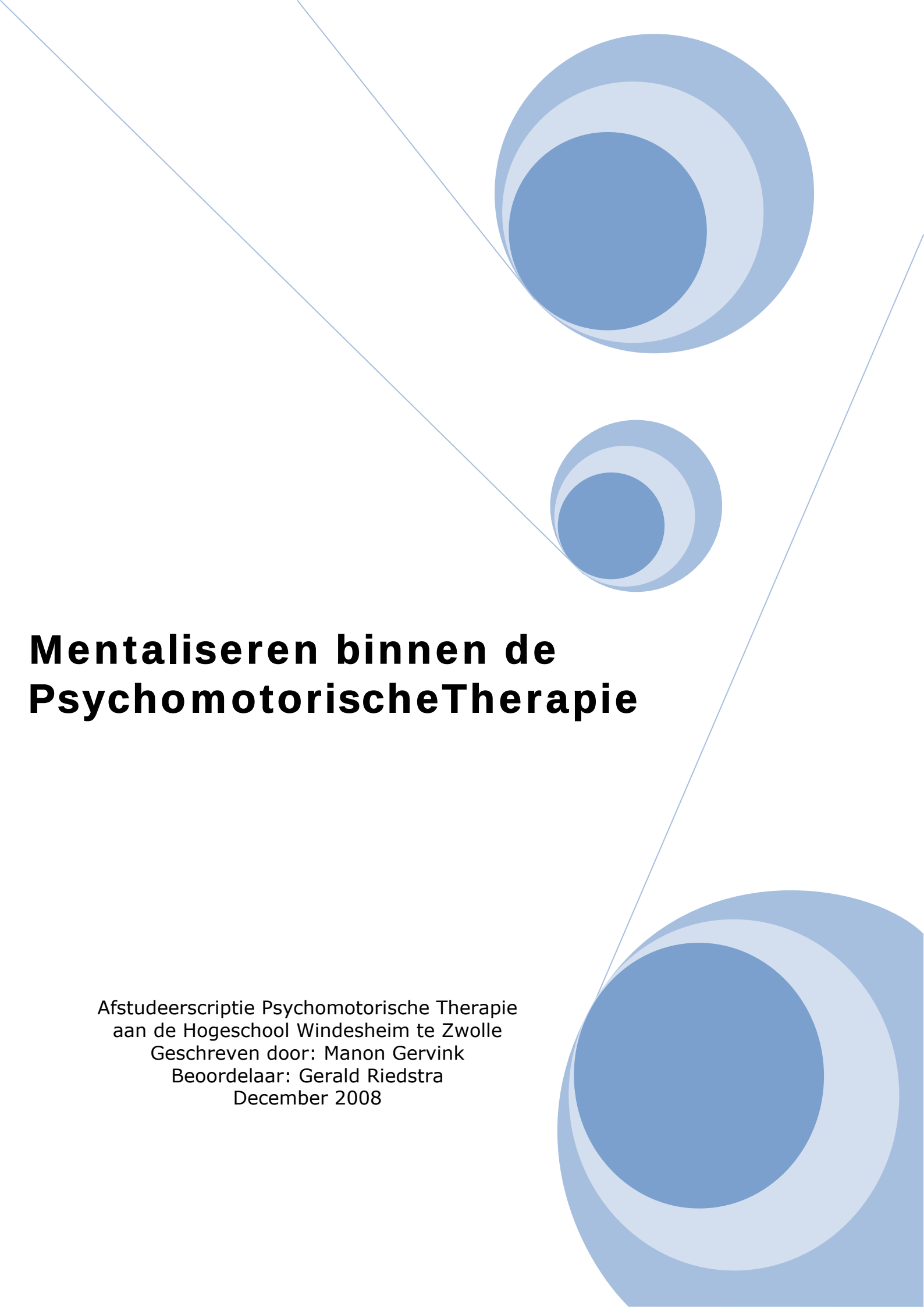


An abstract graphic featuring three concentric blue circles of varying sizes. The largest circle is in the top right, a medium one in the middle right, and a large one in the bottom right. Two thin blue lines intersect at a point between the middle and top circles, extending towards the top left and bottom right corners of the page.

Mentaliseren binnen de Psychomotorische Therapie

Afstudeerscriptie Psychomotorische Therapie
aan de Hogeschool Windesheim te Zwolle
Geschreven door: Manon Gervink
Beoordelaar: Gerald Riedstra
December 2008

Voorwoord

Voor u ligt mijn scriptie, geschreven in het kader van de afronding van mijn studie psychomotorische therapie en bewegingsagogie (PMT-BA) aan de Hogeschool Windesheim, afdeling School of Human Movement & Sports.

Gedurende de periode september 2007 tot en met mei 2008 heb ik mijn stage gelopen bij de kinder- & jeugdpsychiatrische instelling de "Jutters". Al vrij snel werd ik geïnspireerd door het onderwerp mentaliseren. Ik begon literatuur te lezen, zag veel overeenkomsten met andere therapieën en vroeg me af wat er nu zo bijzonder en anders was aan deze vorm van therapie?

Als beginnend therapeut begon ik te ervaren dat het niet altijd gemakkelijk is om als therapeut zelf te blijven mentaliseren in de therapeut – cliëntrelatie. Dit frustreerde me, hoe zou ik immers het mentaliserend vermogen bij cliënten kunnen bevorderen, terwijl ik als persoon zelf binnen de therapeut – cliëntrelatie soms een onvermogen tot mentaliseren opmerkte?

Eigenlijk had ik niet verwacht het onderwerp mentaliseren verder te kunnen onderzoeken en hier mijn scriptie over te schrijven. Daarom had ik mijn onderzoekswensen ten aanzien van het onderwerp mentaliseren, in eerste instantie, ook naast me neergelegd. Het weggelaten van het onderwerp was eenvoudiger voor me, dan geconfronteerd te worden met mijn eigen onvermogen tot mentaliseren in de therapeut-clientrelatie. Mijn gedachte dat het onderwerp mentaliseren te moeilijk voor mij zou zijn, veranderde gedurende mijn stageproces. Ik merkte dat ook andere studenten (therapeuten) in de therapeut-clientrelatie soms moeite hadden met mentaliseren. Dit zorgde bij mij dan ook voor een extra stimulans om zoveel mogelijk over dit onderwerp te weten te komen, zodat ik ervan kon leren en ook mijn kennis met betrekking tot dit onderwerp door kon geven aan anderen. Dit heeft er uiteindelijk in geresulteerd dat het onderwerp mentaliseren voor zowel mij als therapeut als voor mij als persoon een uitdaging is geworden. Inderdaad, gevoelens van overdracht, tegenoverdracht en projectie zijn niet altijd gemakkelijk, maar zijn voor een therapeut erg belangrijk op het moment dat je werkt aan het bevorderen van het mentaliserend vermogen waarbij de therapeut – cliëntrelatie het uitgangspunt is. Tijdens het schrijven van mijn scriptie kwam ik veel onderwerpen tegen die een nader onderzoek verdienen. Bijvoorbeeld hoe je kunt mentaliseren met cliënten die complexe/ernstige trauma's hebben meegemaakt of het bundelen van zinvolle activiteiten in een activiteitenmap. Echter wilde en heb ik me gehouden aan het format dat opgesteld is vanuit de opleiding.

Zonder de hulp en medewerking van een aantal personen zou ik niet zo ver zijn gekomen en was deze scriptie niet tot stand gekomen. De onderstaande mensen wil ik graag bedanken.

Allereerst wil ik mijn stagebegeleid(st)ers Ellen van der Kooij en Bertus Veldhuis bedanken, voor de geboden hulp. Ik heb steeds meer vertrouwen gekregen in mijn eigen mogelijkheden als beginnend psychomotorisch therapeut.

Tevens wil ik Hans Knegtering bedanken voor de begeleiding en kritische feedback op de inhoud van mijn scriptie. Wilma Jeremiasse wil ik bedanken voor de kritische feedback op de inhoud en de taaltechnische kant van mijn verhaal.

De cliënten van "De Jutters" wil ik niet vergeten en bedanken voor de inzet die ze getoond hebben bij de PMT, zonder hun openheid, vertrouwen en intentie te willen veranderen zou deze scriptie niet tot stand zijn gekomen.

Ten slotte wil ik de mensen die dicht om me heen staan bedanken voor het stimuleren en steunen gedurende de periode van het schrijven van deze scriptie.

Manon Gervink

Zwolle, november 2008

Inhoudsopgave

	Pagina
Voorwoord	-1-
Inhoudsopgave	-2-
1. Inleiding	-4-
1.1 Verantwoording onderwerpskeuze	-4-
1.2 Probleemstelling	-4-
1.3 Opbouw van de scriptie	-5-
2. Mentaliseren en mentaliseren- bevorderende therapie	-6-
2.1 Ontstaansgeschiedenis MBT	-6-
2.2 Mentaliseren	-6-
2.3 (on)vermogen tot mentaliseren	-7-
2.3.1 De psychische- equivalentie modus	-7-
2.3.2 De alsof modus	-7-
2.3.3 De teleologische positie	-8-
3. Verband basisbehoeften en MBT	-9-
3.1 Algemene informatie	-9-
3.2 Basisbehoeften in de kindertijd	-9-
3.3 Invloed van onvervulde basisbehoeften op de adolescentie	-10-
3.4 De vijf (lichamelijke) basisbehoeften	-11-
3.4.1 Plaats	-11-
3.4.2 Voeding	-11-
3.4.3 Steun	-11-
3.4.4 Bescherming	-12-
3.4.5 Begrenzing	-12-
3.5 Gemis van basisbehoeften binnen de psychomotorische therapie	-13-
4. De therapeut – cliëntrelatie	-14-
4.1 Algemeen	-14-
4.2 Therapeutische attitude	-14-
4.3 Aandachtspunten en valkuilen van de therapeutische attitude	-14-
5. Uitgangspunten, werkwijze en interventies binnen de PMT	-17-
5.1 Theoretisch kader PMT	-17-
5.1.1 Behandelstrategieën	-17-
5.1.2 Interventies verkennen, herkennen en erkennen	-17-
5.1.3 Interventies denken, voelen en handelen	-17-
5.2 De praktijk	-18-
5.2.1 Hermeneutische diagnostiek	-18-
5.2.2 Classificerende diagnostiek	-18-
5.2.3 Indicatie individuele PMT en overige belangrijke informatie	-18-
5.3 Interventies ter bevordering van het vermogen tot mentaliseren	-19-
5.4 Aandachtsregulatie	-19-
5.4.1 Interventietechnieken aandachtsregulatie	-19-
5.4.2 Praktijkvoorbeeld aandachtsregulatie	-20-
5.5 Affectregulatie	-21-
5.5.1 Interventietechnieken affectregulatie	-21-
5.5.2 Praktijkvoorbeeld affectregulatie	-22-

5.6	Mentaliseren	-22-
5.6.1	Interventietechnieken mentaliseren	-23-
5.6.2	Praktijkvoorbeeld mentaliseren	-23-
5.7	Wanneer welke interventies?	-25-
6.	Conclusie	-26-
	Literatuurlijst	-28-
	Bijlagen:	
Bijlage 1.	Informatie over de afdeling en doelgroep "De Albatros"	-30-
Bijlage 2.	Verzonnen casussen	-32-
Bijlage 3.	Tabel interventietechnieken	-34-
Bijlage 4.	Formulier emotieregulatie	-35-

1. Inleiding

1.1 Verantwoording onderwerpskeuze

Marit gaat niet meer naar school en ligt de hele dag in bed. Moniek wordt steeds angstiger, durft minder activiteiten zelfstandig te ondernemen en heeft veel lichamelijke klachten. Bart raakt voortdurend verzeild in conflicten met leeftijdsgenoten en volwassenen. Jeffrey voelt zich eenzaam, hij weet niet goed wie hij zelf is en vermijdt conflicten.

Adolescenten die zijn opgenomen op de klinische psychotherapie afdeling "De Albatros"¹ zijn vanwege een ontwikkelde persoonlijkheidsstoornis op meerdere fronten in hun dagelijks leven vastgelopen en willen dat hier verandering in komt.

Bij ieder van hen uit dit zich op een andere manier. De laatste jaren is binnen de klinische psychotherapie de mentaliserend- bevorderende therapie in opkomst wat betreft de behandeling van cliënten met persoonlijkheidsproblematiek.

De psychotherapeutische stroming heeft hier allerlei verschillende artikelen en boeken over gepubliceerd. Een gemis vind ik literatuur die gaat over het mentaliseren binnen de vaktherapie en dan met name de psychomotorische therapie.

Na het bijwonen van de klinische psychotherapie dag² werd mijn motivatie om mijn scriptie over dit onderwerp te schrijven nog groter vanwege de opmerking van een dramatherapeut die werkzaam is op een andere instelling:

"Nu ik tijdens mijn werk focus op de mentaliserend- bevorderende therapie, worstel ik steeds vaker met het aanbieden van activiteiten, regelmatig wordt het een praatuur waarin geen dingen meer worden gedaan?"

Dit alles heeft ervoor gezorgd dat ik ben gekomen tot de onderstaande probleemstelling.

1.2 Probleemstelling

De onderzoeksvraag van deze scriptie, luidt als volgt:

"Hoe bevorder je als PMT'er het mentaliserend vermogen binnen de klinische psychotherapie bij adolescenten met persoonlijkheidsproblematiek?"

Aan deze centrale vraag zijn diverse deelvragen gekoppeld die als volgt zijn geformuleerd:

- 1). Wat is mentaliseren?
- 2). Wat houdt MBT(Mentaliseren- Bevorderende Therapie) in?
- 2). Wat is het verband tussen MBT en Pesso psychotherapie?
- 3). Welke interventies zijn nodig om het mentaliseren te ontwikkelen/bevorderen?
- 4). Wat zijn aandachtspunten en valkuilen binnen de therapeut – cliëntrelatie?
- 5). Welke uitgangspunten, werkwijze en interventies zijn bruikbaar binnen de PMT met als doel: bevorderen van het mentaliserend vermogen bij adolescenten met persoonlijkheidsproblematiek.

1.3 Opbouw van de scriptie

Mijn scriptie bestaat uit een literatuuronderzoek, naast de theorie zal ik enkele casussen beschrijven die de theorie zullen ondersteunen. Deze casussen beschrijf ik vanuit mijn eigen praktijkervaringen.

Na deze inleiding waarin de verantwoording van mijn onderwerpskeuze en de probleemstelling al naar voren zijn gekomen, zal hoofdstuk 1. gaan over "Mentaliseren en de mentaliseren- bevorderende therapie".

¹. In bijlage 1. is informatie beschreven over de doelgroep en afdeling van "De Albatros"

². Dag waarbij drie verschillende teams (klinische psychotherapie) vanuit drie verschillende instellingen bijeen komen om ervaringen uit te wisselen.

In dit hoofdstuk wordt de ontstaansgeschiedenis van de mentaliserend- bevorderende therapie en het begrip mentaliseren beschreven.

In hoofdstuk 3 wordt een verband gelegd tussen de mentaliseren- bevorderende therapie en de lichaamsgerichte psychotherapie volgens Pesso. Hierin wordt onder andere beschreven welke invloed onvervulde basisbehoeften uit de kindertijd hebben op de adolescentiefase en kunnen leiden tot psychopathologie. Dit hoofdstuk wordt afgesloten met hoe je als psychomotorisch therapeut kunt omgaan met adolescenten die een gemis hebben ervaren aan basisbehoeften in de kindertijd.

Hoofdstuk 4 bevat informatie over de therapeut- cliëntrelatie. Hierin wordt de therapeutische attitude beschreven die passend is binnen de mentaliseren- bevorderende therapie. Dit hoofdstuk wordt afgesloten met enkele aandachtspunten en valkuilen wat betreft de therapeutische attitude.

In hoofdstuk 5 worden de "Uitgangspunten, werkwijze en interventies binnen de PMT" beschreven. Vervolgens wordt een casus beschreven vanuit de classificerende en hermeneutische diagnostiek, deze casus zal de theorie ondersteunen.

Tot slot staat in hoofdstuk 6 de conclusie beschreven, waarin antwoord wordt gegeven op de probleemstelling.

2. Mentaliseren en mentaliseren- bevorderende therapie (MBT¹)

2.1 Ontstaansgeschiedenis MBT

MBT is een steunende psychoanalytische psychotherapie. Het is ontstaan vanuit de hechtingstheorie, psychoanalytische ontwikkelingstheorie en het uitgebreide internationale hechtingsonderzoek² (Fonagy, 2002). Deze therapievorm is gebaseerd op de behandeling van de Borderline persoonlijkheidsstoornis. Op dit moment wordt de MBT ook als behandeling ingezet bij onder andere persoonlijkheidsstoornissen waarover deze scriptie gaat. De MBT heeft veel therapeutische overeenkomsten met andere therapieën, een therapeut die werkt met MBT is net zoals andere therapeuten in zijn attitude steunend, empatisch, onderzoekend en confronterend.

Bateman en Fonagy (2007) concluderen:

Het enige specifieke aspect van MBT is dat het versterken van mentalisatie de kern van behandeling uitmaakt. Alle therapieën bevorderen mentalisatie vermoedelijk indirect, maar daar heeft de therapeut waarschijnlijk een ander doel, bijvoorbeeld het vergroten van inzicht of het omlijnen van schema's. De therapeut beseft zich niet dat hij het mentalisatieproces stimuleert. (p. 203)

2.2 Mentaliseren

Definitie: Fonagy omschrijft mentaliseren als het vermogen om het gedrag van jezelf en anderen te kunnen waarnemen en begrijpen in de termen van gevoelens, gedachten, bedoelingen en verlangens.

Vanaf het moment dat we worden geboren hebben we individuele aangeboren eigenschappen. Een kind kan zichzelf worden wanneer er sprake is van passende omstandigheden (basisbehoeften).

Wanneer de opvoeders (omgeving) goed aansluiten bij de basisbehoeften van het individuele kind ontstaat er een veilige gehechtheidsrelatie die van belang is bij het leren mentaliseren.

Kinderen leren van hun opvoeders om hun aandacht te richten en belangstelling te hebben voor hun unieke binnenwereld (aandachtsregulatie). Het lichaam geeft allerlei lichaamssignalen die kinderen moeten leren verkennen en herkennen met hulp vanuit de omgeving. Dit is de basis om een gevoel van zelfcontrole te kunnen ontwikkelen.

Kinderen leren hun eigen innerlijke lichaamssignalen herkennen via hun opvoeder. De opvoeder neemt de innerlijke ervaringen en affecten serieus en verleent daar betekenis aan (affectregulatie). Wanneer kinderen van hun opvoeders geleerd hebben om hun aandacht te richten en hun eigen affecten te reguleren, ontstaat rond het vierde levensjaar automatisch het vermogen om te kunnen mentaliseren³.

In bijlage 2. staan twee verzonnen casussen, waarin ik beschrijf hoe de interactie met de opvoeder van invloed is op het vermogen om goed te kunnen mentaliseren.

¹. Mentaliseren- Bevorderende Therapie zal in mijn scriptie in het vervolg afgekort worden als MBT.

². Meer informatie over hechtingstheorieën kun je vinden onder de auteur Bowlby: hij is de grondlegger van de hechtingstheorieën.

³. Uitzonderingen in de regel zijn bijvoorbeeld mensen met een aan autisme verwante stoornis, wie door een genetische aanleg een beperking hebben wat betreft hun inlevingsvermogen in andere mensen.

2.3 (on)vermogen tot mentaliseren

Wanneer in de kinderperiode het ontwikkelingsproces niet goed is doorlopen, opvoeders (omgeving) niet goed konden aansluiten bij de basisbehoeften van het kind dan blijft dit doorwerken en van invloed zijn tijdens de adolescentie- en volwassenheid.

De MBT gaat ervan uit dat mentaliseren bij stress, onrust en conflicten vanwege een te hoog arousal onder druk komt te staan. Vooral mensen die onveilig zijn gehecht zijn kwetsbaar. Bij hen blokkeert het mentalisatieproces dan volledig (Fonagy, 2002).

Ook mensen met een veilige gehechtheid kunnen last hebben van een (tijdelijk) onvermogen tot mentaliseren vanwege ingrijpende levensgebeurtenissen.

Op het moment dat iemand stopt met mentaliseren verkeert hij in een primitievere ervaringswijze zoals de theologische positie, psychische equivalentie modus of de alsof modus (Fonagy, Gergely Jurist & Taget). Deze begrippen zal ik in de volgende paragrafen toelichten.

2.3.1 De psychische- equivalentie modus; gelijkstelling van binnen- en buitenwereld

Wanneer een cliënt in deze modus verkeert kan diegene geen onderscheid maken tussen fantasie (binnenwereld) en realiteit (buitenwereld). Alles wat men denkt, voelt en wil, is realiteit, wat erg beangstigend kan zijn. Cliënten in deze modus hebben veel kans op dissociatieve stoornissen, eetstoornissen, depressies, somatoforme stoornissen en automutilatie. Dit is dan een overlevingsstrategie geworden om niet te worden overspoeld met heftige gevoelens.

Praktijkvoorbeelden vanuit de groeps PMT:

Marieke krijgt als opdracht om een levende stoel van groepsgenoten te maken. Daphne wordt neergezet als armleuning. Deze oefening zorgt ervoor dat ze zich afgewezen voelt, daarnaast is ze ervan overtuigd dat iedereen een hekel aan haar heeft. Op dat moment wordt de oefening voor haar te echt, ze kan niet luisteren naar de motieven van Marieke. Ook ziet ze niet in dat ze binnen deze oefening een rol aanneemt om Marieke tegemoet te komen. Daphne blijft ervan overtuigd dat ze tijdens de oefening wordt gehaat en afgewezen. Dit is ontstaan binnen vroegere gehechtheidsrelaties.

Sandra wordt angstig tijdens het doen van zelfverdedigingsoefeningen. Sandra kan de oefeningen niet zien vanuit het hier en nu. Het roept associaties op met het verleden waardoor ze terecht komt in lichaamsherinneringen (herbelevingen) vanuit het verleden. Op dat moment kan ze geen onderscheid maken tussen haar binnen- en buitenwereld.

2.3.2 De alsof-modus; ontkoppeling van binnen- en buitenwereld

Een cliënt die in de alsof modus zit ervaart zijn binnenwereld (gedachte, gevoelens etc.) los van de externe werkelijkheid. Het feit dat de externe realiteit een bijdrage levert aan de binnenwereld van de cliënt stagneert. Cliënten in deze modus ontwikkelen overlevingsstrategieën zoals bijvoorbeeld externaliseren, rationaliseren en narcistische trekken omdat ze op die manier niet stil hoeven te staan bij hun innerlijke belevingswereld.

Praktijkvoorbeelden vanuit de groeps PMT:

Bart is tijdens diverse vertrouwensoefeningen onzorgvuldig, heeft de neiging zich voor te doen alsof hij alles weet en maakt overal geintjes om. Wanneer de therapeut probeert hem hiermee te confronteren, reageert hij lacherig en zegt: "denk je nu echt dat ik hier moeite mee heb?" Het lukt Bart niet om de oefening serieus te doen. Door lachen en geintjes te maken voorkomt Bart dat hij wordt overweldigd door angst. Door dit externaliserende gedrag hoeft hij niet stil te staan bij zijn innerlijke belevingswereld (angst en moeite om andere mensen te vertrouwen).

Jeffrey maakt een enorm punt en stampeit van het feit dat therapie doorgaat nadat een groepsgenoot niet meer terugkomt in therapie. Hij vertelt rationeel dat dit niet kan, dit zijn niet de afspraken. Hij zegt zich zorgen te maken. Tijdens het vertellen is geen enkel

gevoel zichtbaar. Wanneer we een dag later deze situatie doorspreken blijkt dat het daar eigenlijk helemaal niet om ging. Jeffrey vertelt dat hij het toegegeven van zijn ongelijk ervaart als falen, gezichtsverlies en het onderspit delven. Op dat moment staat zijn binnenwereld (falen, gezichtsverlies) los van de buitenwereld. Deze gevoelens kan hij niet/moeilijk verdragen en lost dit op door star en standvastig te reageren.

2.3.2 De teleologische positie; iemands bedoelingen afmeten aan het fysiek waarneembare

Cliënten die verkeren in deze modus interpreteren waargenomen gedrag gelijkgeschakeld aan de intentie die iemand heeft. Uitleg van de werkelijke intentie wordt dan vaak door de cliënt niet geaccepteerd. Als iemand (therapeut) iets doet, telt het gedrag en niet de achterliggende gedachten en gevoelens.

Praktijkvoorbeelden vanuit de PMT:

Tijdens de afronding van het PMT uur kijkt de therapeut op haar horloge. Marieke reageert direct hierop en zegt dat ze zal opschieten en haar verhaal kort zal houden zodat ze anderen niet verveeld. Op dat moment reageert Marieke op het fysiek waarneembare en kan zich niet inleven in de gedachten en gevoelens van de therapeut zoals het bewaken van de structuur en tijd.

2. Verband basisbehoeften en MBT

3.1 Algemene informatie

In het vorige hoofdstuk is beschreven hoe een kind leert mentaliseren en dat een kind pas zichzelf kan zijn wanneer er sprake is van passende omstandigheden (basisbehoeften).

In dit hoofdstuk wordt de MBT gekoppeld aan Pesso¹. Pesso gaat net zoals de MBT ervan uit dat de ontwikkeling van het zelf vorm krijgt in de interactie tussen ouder en kind. Attekum (2003) beschrijft in haar boek 'Aan den lijve, lichaamsgerichte psychotherapie volgens Pesso'; de vijf lichamelijke basisbehoeften (plaats, voeding, steun, bescherming en begrenzing). In de kindertijd zijn deze vijf basisbehoeften van essentieel belang om te kunnen overleven. Er wordt expliciet ingegaan op de vijf lichamelijke basisbehoeften, omdat binnen de PMT de lichamelijkheid het aangrijpingspunt is van de behandeling. Attekum schrijft uitdrukkelijk over de lichamelijke basisbehoeften waardoor het lijkt alsof ze onderscheid maakt tussen lichaam en geest wat overeenkomt met een dualistische visie. In paragraaf 2.4 worden de vijf algemene basisbehoeften beschreven, waarin de lichamelijkheid het uitgangspunt is, maar waarbij wordt uitgegaan van de holistische visie; waarin lichaam en geest nauw met elkaar verbonden zijn. Verder wordt beschreven in hoeverre onvervulde basisbehoeften in de kindertijd, zorgen voor problemen in de hechting, (on)vermogen tot mentaliseren, de adolescentiefase en latere psychopathologie.

3.2 Basisbehoeften in de kindertijd

De MBT gaat ervan uit dat wanneer opvoeders niet goed spiegelen² en afstemmen op het individuele kind, dit voor problemen zorgt tijdens de verdere ontwikkeling. Pesso gaat er net zoals de MBT vanuit dat onvoldoende bevrediging van basisbehoeften zorgt voor problemen in de verdere ontwikkeling.

Op het moment dat het kind voldoende wordt voorzien in zijn basisbehoeften, leert het vertrouwen te hebben in zijn opvoeders, en leert het vertrouwen te hebben in het eigen lichaam. Dit zorgt ervoor dat het kind op latere leeftijd voor zichzelf leert zorgen.

Bijvoorbeeld: In de winter roepen je ouders je naar binnen wanneer je zonder jas naar buiten rent. Ze geven betekenis aan het bibberen van het lichaam en vertellen het kind waarom het warme kleding aan moet doen. Het kind leert hierdoor zijn aandacht te richten op het lichaam. Na voldoende spiegeling leert het kind lichaamssignalen herkennen die duidelijk maken dat het kind/lichaam het koud heeft. Het kind ervaart met behulp van de ouders(spiegelen, afstemmen), dat dit vervelende koude gevoel kan verdwijnen. Door deze herkenning leert het kind op latere leeftijd zichzelf van deze basisbehoefte te voorzien.

Het kind dat niet wordt voorzien in basisbehoeften zal al snel het contact kwijt raken met zijn innerlijke belevingswereld. Het kind leert zichzelf niet kennen en leert niet waar het behoefte aan heeft.

Op het moment dat een kind niet wordt voorzien in zijn basisbehoeften, zal het niet zijn aandacht gaan richten op zijn lichaam, omdat dit te bedreigend of te pijnlijk is. Het kind leert dan niet om de eigen basisbehoeften te verinnerlijken zoals passend is bij de innerlijke belevingswereld van het kind (verstoring aandachtsregulatie).

Op het moment dat de basisbehoeften van het kind door opvoeders niet (of soms) worden vervuld is de wereld onvoorspelbaar en onduidelijk (onveilige gehechtheid).

¹ Pesso-psychotherapie is genoemd naar de grondleggers Albert Pesso en Diane Boyden. Voor verdere informatie verwijs ik naar het boek: "Aan den lijve, lichaamsgerichte psychotherapie volgens pesso" (Attekum, 2003)

² Spiegelen: In de ogen van de ander ziet men een beeld van zichzelf als geheel.

Het kind dat niet wordt voorzien in basisbehoeften, leert zichzelf niet kennen en is voortdurend bezig met overleven. Voor het kind is het dan een overlevingsmechanisme om te stoppen met mentaliseren tijdens stressvolle situaties (gemis aan basisbehoeften). Sommige kinderen beginnen niet eens met mentaliseren. Voor een kind is het emotioneel eenvoudiger om te denken dat het zelf invloed heeft en verantwoordelijk is over het wel of niet worden voorzien in zijn basisbehoeften. Om het vertrouwen in de mensheid en de wereld niet helemaal te verliezen is het op dat moment voor het kind beter om zich niet te verplaatsen in de intenties en motieven van de opvoeder/omgeving (onvermogen tot mentaliseren).

3.3 Invloed van onvervulde basisbehoeften op de adolescentie

Tijdens de adolescentiefase¹ zijn meerdere ontwikkelingstaken van belang. Gedurende deze fase worden vroegere ontwikkelingstaken opnieuw doorgemaakt. Op het moment dat eerdere ontwikkelingstaken niet goed zijn doorlopen, is het logisch dat dit in de adolescentiefase voor problemen zorgt.

Oude pijn uit de kindertijd wordt tijdens de adolescentie herhaald en de ontwikkelingstaken, behorende bij de adolescentie, lijken vaak een onmogelijke opgave. Wanneer een adolescent in zijn eerste levensjaren niet is voorzien van de noodzakelijke basisbehoeften, dan ontwikkelt hij geen vertrouwen in zijn lichaam. De adolescent gaat er vaak vanuit dat onvervulde basisbehoeften toch nooit vervuld gaan worden en het lukt de adolescent niet om zichzelf te voorzien in zijn eigen basisbehoeften.

Onvoldoende worden voorzien in basisbehoeften zorgt er vaak voor dat de adolescent in alle contacten (onbewust) alsnog op zoek gaat naar een vorm van vervulling van zijn eigen basisbehoeften. De adolescent heeft starre patronen ontwikkelt met betrekking tot het denken, voelen en handelen. Deze starre patronen zorgen voor problemen in sociale relaties, neiging tot wantrouwen, weinig zelfvertrouwen, moeite met doorzettingsvermogen, initiatief nemen, etc.

Bijvoorbeeld: Wanneer je als kind geen voeding kreeg, zul je hierover bepaalde gedachten ontwikkelen: "ik ben slecht, niet goed genoeg en geen eten waard!". Deze gedachten zorgen later voor problemen binnen de interactie met andere mensen. Als kind ontwikkel je de overtuiging voeding en liefde niet te verdienen, op het moment dat andere mensen het je wel geven reageer je met wantrouwen of met schuldgevoelens.

Deze problemen zijn al eerder in de ontwikkeling ontstaan vanwege een verstoring in de aandachts- en affectregulatie. Het tijdelijk niet mentaliseren of helemaal niet mentaliseren is in deze situatie een overlevingsmechanisme.

¹. De ontwikkelingspsychologie gaat uit van vier belangrijke taken (Moyson, 1983), deze taken zorgen ervoor dat de adolescent een individu wordt en relaties met zijn sociale omgeving kan aangaan en onderhouden. Deze vier (sub)taken zijn: Het hervinden van psychosexuele stabiliteit, afbouwen van het cognitief egocentrisme, Onafhankelijk worden: zelfregulering en zelfstandigheidsontplooiing en het Separatie- en individuatieproces. (Rutten, L. 2001, psychomotorische therapie bij adolescenten).

3.4 De vijf (lichamelijke) basisbehoeften

In de onderstaande paragrafen worden de vijf basisbehoeften volgens Pesso beschreven. Vervolgens wordt in iedere paragraaf beschreven welke invloed onvervulde lichamelijke basisbehoeften kunnen hebben tijdens de adolescentiefase.

3.4.1 Plaats

Ieder kind heeft recht op een plaats en leefruimte. Het belangrijkste is daarbij dat de opvoeders geestelijk ruimte en plaats hebben voor het kind. Op die manier doet het kind liefdevolle ervaringen op en voelt het zich welkom in de wereld.

Adolescenten die zich niet geliefd en welkom hebben gevoeld of regelmatig een andere woonplek kregen (verhuizing, scheiding ouders etc.), zullen moeite hebben om zich ergens thuis en vertrouwd te voelen. Lichamelijk kan dit zich uiten in bijvoorbeeld rusteloosheid en gespannen spieren. Tijdens de adolescentiefase komt het verwerven van een nieuwe plek opnieuw aan de orde, je gaat je losmaken van je ouders en gaat een eigen nieuwe plek creëren.

Bij adolescenten waarin dit in de kindertijd niet vanzelfsprekend was, zal het verwerven van een nieuwe plek niet vanzelfsprekend en niet uitdagend zijn. De basis waarbij diegene zich welkom voelt op de wereld, is instabiel. Dit zorgt ervoor dat je meer problemen hebt met de moeilijkheden die je tegenkomt in het leven.

Praktijkvoorbeeld groeps PMT:

Maaïke is vroeger verwaarloosd en heeft nooit ervaren hoe het is om zich welkom te voelen. Maaïke heeft veel moeite met oefeningen waarbij een appèl gedaan wordt op het uit- en opkomen voor haar behoeften. Ze stopt dan met de activiteit, weet het niet meer of geeft de ander wat diegene wil hebben. Ze gaat uit van haar verleden, dat ze nergens recht op heeft en durft ook (nog) niet te proberen om voor haar behoeften uit te komen. Ze is hierin zo getraumatiseerd dat ze lichamelijk niet heeft leren ervaren waar ze behoefte aan heeft (geblokkeerde aandachtsregulatie). Binnen de PMT kan ze onder andere leren wat haar (lichamelijke / psychische) behoeften zijn (maken van een eigen plek, zorg hebben voor je lichaam, ruimte innemen, etc.).

3.4.2 Voeding

Voeding is van levensbelang, met voeding wordt zowel eten als de lichamelijke aanraking bedoeld, zonder voeding en aanraking gaan we dood. Een tekort aan voeding is een gemis en een tekort aan respect. Het lichaam verlangt naar voeding en aanraking. Hoe slecht de kwaliteit ervan ook is, het is beter dan niets.

Adolescenten die wat betreft voeding te weinig zijn voorzien van liefde, associëren in het latere leven liefde met pijn omdat ze dit zo hebben geleerd. Adolescenten die vroeger teveel voeding kregen of voeding kregen als geruststelling, zullen voeding associëren met troost en geruststelling. Zij kunnen voeding niet zien als energiebron voor het lichaam. Als er niet is voldaan aan de basisbehoefte voeding kan dit lichamelijk op verschillende manieren tot uiting komen; obsessies ten aanzien van eten, teveel of te weinig eten, niet kunnen voelen van de huid, darmstoornissen, etc.

3.3.3 Steun

Ieder kind heeft de behoefte om letterlijk gesteund en gedragen te worden. In de eerste levensjaren is dit voornamelijk lichamelijk; bij de ouders op schoot zitten, gedragen worden of door hand in hand te lopen. Vervolgens wordt deze steun minder lichamelijk van aard tussen kind en opvoeder; wegbrengen en ophalen, financiële of morele steun. De vroege lichamelijke steun moet voldoende zijn zodat deze kan worden verinnerlijkt, het zorgt voor innerlijke stevigheid en zekerheid.

Wanneer je als kind te vroeg zelfstandig moet zijn, zorgt dit tijdens de adolescentiefase voor problemen. Voor cliënten is het dan moeilijk om onafhankelijk te worden, omdat ze onbewust op zoek blijven naar de steun die ze als kind hebben gemist.

Lichamelijk gezien is de onderkant van het lichaam het meest steungevoelig (tot aan ongeveer je navel). In therapie is zichtbaar dat mensen die in hun jeugd te weinig steun hebben ontvangen vaak moeite hebben met hun evenwicht of regelmatig vallen. Het

lichaam lijkt op die manier letterlijk duidelijk te willen maken dat het de steun van andere mensen nodig heeft.

Adolescenten die als kind teveel zijn gesteund, of waar beslissingen voor werden gemaakt zullen waarschijnlijk moeite hebben met het durven nemen van verantwoordelijkheid, het nemen van initiatief en het maken van beslissingen.

Praktijkvoorbeeld groeps BT (beeldende therapie):

Moniek is in haar kindertijd te vroeg zelfstandig geworden, ze nam de taak op zich om voor haar moeder te zorgen en haar te ontlasten. Tijdens een therapie sessie wordt Moniek lichamelijk onwel. Op dat moment lukt het haar niet om terug te lopen naar de groep. Dit zorgt ervoor dat groepsleden haar op een soort van geïmproviseerde brancard naar de afdeling brengen. Onbewust is ze nog steeds op zoek naar steun, maar doordat ze dit in haar leven te weinig heeft ervaren lukt het haar niet om tijdens moeilijke situaties om steun te vragen.

3.4.4 Bescherming

Opvoeders geven bescherming aan het kind op het moment dat het dit nodig heeft in de buitenwereld, zodat het vervolgens leert zichzelf te beschermen. Bescherming wordt lichamelijk ervaren door bijvoorbeeld kleding en geruststelling bij angst.

Deze bescherming zorgt ervoor dat een kind onderscheid leert maken tussen zijn eigen binnen- en de buitenwereld. Adolescenten die als kind teveel of te weinig zijn beschermd ervaren geen grenzen tussen zichzelf en de buitenwereld. Vaak is dan zichtbaar dat deze cliënten zichzelf wapenen door hun spieren te verharderen of door een muur om zichzelf te creëren die hen bescherming biedt. De andere kant is dat ze zichzelf te weinig beschermen wat ervoor zorgt dat ze te open, kwetsbaar doordringbaar en niet afgegrensd zijn van de omgeving. Teveel openheid of juist het opzetten van een muur komt vaak voor bij cliënten die te maken hebben gehad met geweld, seksueel misbruik, emotionele verwaarlozing of pesten. De bescherming van het eigen lichaam is op de momenten van geweld en seksueel misbruik niet meer veilig, een kind wordt lichamelijk zowel van binnenuit- als van buitenaf aangevallen, waardoor elk gevoel van veiligheid en vertrouwen in zowel zichzelf als de ander verloren gaat. Wanneer adolescenten in hun kindertijd te weinig of teveel zijn begrensd hebben ze vaak last van diverse klachten en stoornissen, zoals; vervreemding, chronische pijn, paniekaanvallen, verstoring van de realiteit, verlies van zelf-controle, etc.

3.4.5 Begrenzing

Ieder kind heeft positieve begrenzing nodig wat betreft de lichamelijke impulsen die hij in zijn binnenwereld ervaart. Wanneer opvoeders niet voldoende grenzen stellen, is het kind niet in staat om een grens te stellen tussen zichzelf en de ander.

Heftige impulsen die een kind in zichzelf ervaart kunnen erg angstaanjagend zijn omdat een kind nog geen onderscheid kan maken tussen fantasie en realiteit.

Opvoeders moeten het kind het gevoel geven dat ze de heftige impulsen van een kind aankunnen en het kunnen begrenzen. Het kind leert zijn eigen grenzen beheersen door in eerste instantie begrenzing te krijgen van de opvoeders. Grenzen zijn nodig omdat kinderen op die manier leren wat ze wel en niet kunnen. In de adolescentie ontstaan problemen wanneer in de kindertijd te weinig of juist teveel grenzen zijn gesteld.

Te veel grenzen zorgen ervoor dat de heftige impulsen nooit geuit kunnen worden in het contact met de ander, de adolescent slaat alle energie die gepaard gaat met heftige impulsen op in het lichaam, wat kan leiden tot lichamelijke klachten.

Adolescenten die te weinig zijn begrensd kunnen hun eigen grenzen niet goed hanteren, ze gaan uit van hun eigen ik, zonder daarbij rekening te houden met andere mensen.

Zowel teveel als te weinig begrenzing zorgen ervoor dat heftige impulsen angstaanjagend zijn, immers je hebt niet geleerd om controle te ervaren over je eigen lichamelijke impulsen. Adolescenten die vroeger te weinig of teveel zijn begrensd hebben vaak last van de volgende problemen; geen maat kunnen houden, eindeloze honger, verslaving, neiging tot overdrijven, etc. Deze adolescenten kunnen moeite ervaren in het reëel inschatten van eigen vermogens en krachten en/of om grenzen te stellen.

Praktijkvoorbeeld groeps PMT:

Op het moment dat ik de groeps PMT voor de eerste keer alleen doe zonder mijn stagebegeleidster, worden mijn grenzen uitgetest. Wanneer ik de zaal binnen loop, ligt de zaal vol met tennisballen. Vervolgens maken cliënten grappen en proberen me uit de tent te lokken. In dit uur moet ik voortdurend grenzen stellen. De groep is in principe aan het uittesten of ik ze wel voldoende veiligheid kan geven in het stellen van grenzen. Ze zijn op zoek naar veiligheid. De keer daarop lijkt de groep zich veiliger te voelen en zijn ze minder op zoek naar grenzen die van buitenaf worden gesteld.

3.5 Gemis van basisbehoeften binnen de psychomotorische therapie

Pesso gaat ervan uit dat het lichaam er altijd naar streeft om zichzelf te worden. Op het moment dat het ware zelf niet tot ontwikkeling is gekomen of vernietigd, zal het lichaam proberen om een weg naar buiten te zoeken of raakt het geblokkeerd. Psychische en lichamelijke symptomen kunnen een uiting zijn van trauma's en onvervulde basisbehoeften.

Pesso streeft er naar om lichamelijke energie om te zetten in een actie van het lichaam. De PMT kan een belangrijke bijdrage leveren aan het verkennen en herkennen van de lichamelijke energie (aandachtsregulatie). Geblokkeerde emoties komen op deze manier in beweging, krijgen erkenning waardoor het geïntegreerd kan worden als passend bij het ware zelf.

Adolescenten die hun ware zelf hebben verloren vanwege trauma's of gemiste basisbehoeften ervaren problemen in de interactie met de omgeving. Regelmatig komt hetgeen wat wordt gezegd en gedaan niet overeen met de lichaamshouding en lichaamstaal. Ze ervaren moeite met het uiten van mimiek, stemgebruik en lichamelijke bewegingen die in overeenstemming zijn met hun ware zelf.

De PMT doet een appèl op primitievere ervaringswijzen, waardoor lichaamsherinneringen terug kunnen komen in het bewustzijn.

Bij cliënten met heftige trauma's is het uitermate belangrijk dat dit gedoseerd wordt aangepakt binnen een veilige en gestructureerde context. Binnen de PMT kunnen cliënten lichamelijk ervaren wat ze vroeger hebben gemist.

Pesso heeft als visie dat wanneer oude pijn en onderdrukte emoties lichamelijk worden ervaren, ruimte kan komen voor verandering en lichamelijke verlangens. Door het gemis van vroeger lichamelijk te ervaren komt er ruimte voor de pijn. De cliënt kan gaan rouwen om dit gemis wat nieuwe wegen opent en verandering tot stand kan brengen.

De psychomotorische therapie kan nooit de basisbehoeften van de cliënt alsnog vervullen. Voor de therapeut betekent dit een spanningsveld, hoe lang wordt stil gestaan bij het gemis van de cliënt en wanneer is het juiste moment om weer verder te gaan kijken naar het hier en nu.

4. De therapeut- cliëntrelatie

4.1 Algemeen

Binnen de MBT wordt de therapeut- cliëntrelatie ingezet om het mentaliserend vermogen te bevorderen. Dit betekent dat de therapeut zichzelf als instrument inzet binnen de behandeling.

Cliënten met een hechtingsstoornis of traumatische voorgeschiedenis uiten hun problematiek onder andere binnen de therapeutische relatie, door projectie¹ en overdrachtgevoelens². Cliënten laten vanuit overdracht en projectie de therapeut voelen wat ze zelf nog niet kunnen verdragen in hun innerlijke belevingswereld (Lijnse, J. 1999). Cliënten doen een appèl op de innerlijke belevingswereld van de therapeut. In dit hoofdstuk wordt ingaan op de therapeutische attitude, aandachtspunten en valkuilen van de therapeut – cliëntrelatie.

4.2 Therapeutische attitude

Bateman en Fonagy (2007) schrijven het volgende over de therapeutische attitude:

De mentaliserende therapeut construeert en reconstrueert voortdurend het beeld van de cliënt in zijn geest om de cliënt te laten begrijpen wat hij voelt en waarom hij ervaart wat hij ervaart. Als ze samen een mentalisatieproces willen ontwikkelen, moet de cliënt zichzelf zien in de geest van de therapeut en dient de therapeut zichzelf te begrijpen in de geest van de cliënt. (p. 121)

De therapeut moet zich onderzoekend, uitdagend, actief en empathisch opstellen. Hij moet vooral niet de deskundige uithangen die het allemaal weet. Hij concentreert zich op de geest van de patiënt en is nieuwsgierig, stelt vragen en laat blijken niet alles te weten. (p. 131)

In de onderstaande paragraaf wordt beschreven waarom deze attitude belangrijk is en waarom het voor een therapeut van belang is. Dit zal ik verduidelijken met enkele eigen ervaringen uit de praktijk tijdens het werken met cliënt Jeffrey³.

4.3 Aandachtspunten en valkuilen van de therapeutische attitude

- Een voorwaarde voor een therapeut om zich als therapeutisch instrument in te zetten is dat de therapeut zicht moet hebben op zijn eigen innerlijke processen. Op het moment dat de therapeut zich hier niet van bewust is heeft dit invloed op de therapeut- cliëntrelatie, wat kan zorgen voor stagnatie binnen de behandeling.
 - ❖ Wanneer de therapeut zich niet bewust is van eigen gemiste basisbehoeften uit de kindertijd is de kans groot dat de therapeut onbewust op zoek blijft naar deze basisbehoeften in de therapeut – cliënt relatie.

Op het moment dat de therapeut in de kindertijd te weinig is gezien (basisbehoefte steun) en zich hier niet van bewust is, is de kans groot dat de therapeut zelf binnen de therapeut- cliëntrelatie gezien wil worden. De therapeut stemt zijn therapeutische attitude af op het verkrijgen van deze basisbehoefte. Deze attitude is niet adequaat en helpend voor de cliënt wat zorgt voor stagnatie in het behandelproces.

¹. Een verdedigingsmechanisme, dat gekenmerkt wordt door het ten onrechte toeschrijven aan een extern object van onacceptabele impulsen en gevoelens, die men bij zichzelf ontkent of afwijst (Stroeken, 2000).

². Emoties uit de kindertijd worden herhaald en met grote intensiteit opnieuw beleefd aan de behandelaar. Het gaat om emoties die oorspronkelijk bij andere personen hoorden (Stroeken, 2000).

³. In hoofdstuk 5. wordt de hermeneutische en classificerende diagnostiek van cliënt Jeffrey beschreven.

Een veel voorkomende valkuil voor beginnende therapeuten is dat ze door de cliënt aardig gevonden willen worden. Dit is een basisbehoefte.

Ook voor mij was dit een valkuil die ik tijdens mijn stage regelmatig ben tegengekomen, wat voor de cliënt niet helpend was.

Ik wil graag door cliënten aardig gevonden worden, zo ook door Jeffrey. Dit zorgde ervoor dat ik mijn attitude hierop afstemde, ertoe neigde om conflicten uit de weg te gaan en het lastig vond om hem te confronteren of het moeilijk te maken.

In het contact met Jeffrey heb ik mezelf ertoe moeten aanzetten om juist irritaties op te zoeken, hem wel te gaan confronteren en binnen de individuele PMT juist de spanning steeds op te bouwen.

- ❖ Wanneer de therapeut zijn eigen gemiste basisbehoeften geen plek heeft kunnen geven is het voor een therapeut moeilijk om gevoelens van projectie en overdracht van de cliënt te verdragen.

Op het moment dat een cliënt eigen gevoelens van niet gezien en gehoord voelen op de therapeut projecteert zal de therapeut deze gevoelens niet goed kunnen hanteren. Voor de cliënt is dit niet helpend omdat de therapeut de geprojecteerde gevoelens niet op een positieve manier kan inzetten binnen de behandeling. De cliënt krijgt dan niet de mogelijkheid om inzicht te krijgen in zijn eigen innerlijke belevingswereld.

- Belangrijk binnen de behandeling is dat je als therapeut een onderzoekende houding aanneemt met betrekking tot de belevingswereld van de cliënt, in plaats van te duiden, te overtuigen en in te vullen. Op het moment dat de therapeut teveel gaat duiden, invullen en overtuigen kan de volgende valkuil ontstaan binnen de behandeling.

- ❖ Op het moment dat de therapeut niet goed afstemt op de innerlijke belevingswereld van de cliënt, ontstaat opnieuw een onjuiste spiegeling, waardoor er geen ruimte kan ontstaan voor de werkelijke innerlijke processen bij de cliënt. Het risico dat ontstaat is dat de therapeut de cliënt een affect opdringt die niet passend is bij de innerlijke belevingswereld van de cliënt.

Tijdens de individuele PMT besprak ik met Jeffrey een situatie vanuit de groeps PMT die bij hem veel spanning had opgeroepen. Mijn interventies richtte ik voornamelijk op zijn innerlijke belevingswereld. Ik vroeg hem welke lichamelijke gevoelens hij bij zichzelf waarnam op het moment dat er werd vals gespeeld en groepsgenoten niet naar hem luisterden? Jeffrey benoemde dat hij gespannen raakte in zijn benen en stopte met de activiteit. Ik was ervan overtuigd dat Jeffrey zijn grens hiermee wilde aangeven en zich boos of geïrriteerd voelde. Zelf had ik me geïrriteerd gevoeld wanneer niet naar mij zou worden geluisterd. Meerdere keren benoemde ik mijn gedachte zonder werkelijk te luisteren naar Jeffrey. Jeffrey gaf aan het niet te weten en kon geen emotie koppelen aan zijn gevoel. Als therapeut kun je deze optie wel benoemen, maar door het vaker te benoemen en suggestieve vragen te stellen zoals ik deed is de kans groot dat de therapeut de cliënt een affect opdringt, zonder dat de cliënt echt ruimte krijgt om zijn innerlijke belevingswereld te exploreren.

- Als therapeut is het belangrijk om te reageren vanuit echtheid en transparantie. De volgende valkuilen ontstaan op het moment dat hier niet aan wordt voldaan.
 - ❖ Op het moment dat de therapeut niet reageert vanuit echtheid bestaat het risico dat cliënten opnieuw ervaringen opdoen die niet passen bij hun innerlijke belevingswereld. Er is dan sprake van een verkeerde spiegeling

en de cliënt doet geen corrigerende ervaringen op met betrekking tot het invoelen van de ander.

- Het is belangrijk dat de therapeut zich bewust is van het feit dat niet mentaliserend gedrag bij de adolescent een onvermogen tot mentaliseren bij de therapeut kan oproepen.

Op een bepaald moment in de behandeling verandert de continuïteit wat betreft de individuele PMT, Jeffrey komt te laat, hij zegt af of komt afspraken die we hadden gemaakt niet na. Ik begreep er niets van, we waren goed gestart en hadden in de loop van de tijd een goede werkrelatie opgebouwd. Ik merkte dat ik me geïrriteerd voelde. Ik was niet van plan energie te steken in een cliënt die zichzelf niet leek in te willen zetten voor de behandeling.

Op dat moment stopte ik met mentaliseren omdat ik persoonlijk werd geraakt. Ik kon niet meer kijken naar de belevingswereld van Jeffrey.

Als ik mezelf niet had afgevraagd wat eigenlijk de achterliggende reden zou kunnen zijn voor dit gedrag was de behandeling gestagneerd, omdat ik dan niet de intentie meer zou hebben gehad om energie te steken in de behandeling.

Door mezelf de vraag te stellen wat de achterliggende redenen zouden zijn van zijn gedrag, werd me duidelijk dat hetgeen waar we mee zouden starten in de behandeling bij Jeffrey voor teveel spanning zorgde.

Door dit besef ben ik toen ik juist het contact aan gegaan en heb ik dit naar Jeffrey toe benoemd. Gezamenlijk hebben we een stappenplan gemaakt en ben ik meer gaan structureren waardoor de spanning bij Jeffrey minder hoog zou oplopen. Na dit stappenplan is het niet meer voorgekomen dat Jeffrey afspraken niet nakwam of zonder enige kennisgeving afwezig was.

5. Uitgangspunten, werkwijze en interventies binnen de PMT

5.1 Theoretisch kader PMT

Binnen de psychomotorische therapie is bewegingsgedrag, lichaamstaal, lichamelijke spanning, lichaamshouding, lichaamssensaties en lichaamsbeleving aangrijpingspunt binnen de behandeling (*NVPMT, 2007*). De PMT maakt als basis gebruik van de behandelstrategieën: oefenen, ervaren en ontdekken. Daarnaast zijn de interventies gericht op de niveaus: verkennen, herkennen en erkennen en het model: denken, voelen en handelen. In de onderstaande paragrafen zal ik deze begrippen kort toelichten.

5.1.1 Behandelstrategieën

De psychomotorische therapie werkt vanuit drie behandelstrategieën namelijk: oefenen, ervaren en ontdekken. Binnen deze drie strategieën zijn de lichaamservaringen binnen bewegingservaringen aangrijpingspunt in de behandeling (*NVPMT, beroepsprofiel PMT, 1995*).

- Oefenen: Cliënten werken al oefenend binnen duidelijke structuren aan het vergroten van het waarnemings-, belevingsvermogen en het gedragsrepertoire. Centraal doel is dat de cliënt contact krijgt en in contact blijft met zijn omgeving en/of lichaam.
- Ervaren: Cliënten leren experimenteren met gedragsalternatieven en leren ervaren welke invloed deze gedragsalternatieven hebben in relatie tot de omgeving. De aspecten en integratie van het denken, voelen en handelen zijn aangrijpingspunt.
- Ontdekken: De cliënt gaat aan het werk met onverwerkte, verdrongen herinneringen en intrapsychische conflicten die verwijzen naar trauma. De cliënt krijgt de gelegenheid om deze conflicten te ontdekken. Het uiten van innerlijke conflicten zorgt ervoor dat er ruimte ontstaat voor nieuwe alternatieve ervaringen. Het doel is om innerlijke conflicten te uiten en dat de cliënt leert deze te gaan integreren in zijn huidige bestaan.

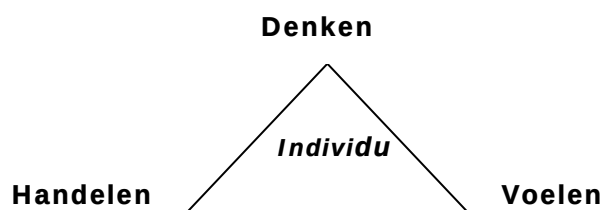
5.1.2 Interventies verkennen, herkennen en erkennen

De interventies worden gericht op 3 niveaus, namelijk verkennen, herkennen en erkennen (*Blink, M. van der, 2003*).

- Verkennen: De cliënt kijkt samen met de therapeut hoe hij zich gedraagt in verschillende situaties? Komen verschillende gedragingen overeen?
- Herkennen: De cliënt herkent het gedrag van zichzelf in verschillende situaties. Deze fase wordt persoonlijker en spannender voor de cliënt; andere contexten worden nu aangesproken (transfer).
- Erkennen: De cliënt erkent dat er een probleem is, hier zit de last voor de cliënt. De keuze is aan de cliënt of hij wat met de last wil doen. Wil hij het veranderen, of het zo houden?

5.1.3 Interventies denken, voelen en handelen

Binnen de gebieden verkennen, herkennen en erkennen maak je voortdurend onderscheid tussen interventies gericht op het model; denken, voelen en handelen. Het gaat erom dat er wordt gestreefd naar een betere integratie tussen de gebieden denken, voelen en handelen van de cliënt. De PMT heeft als aangrijpingspunt het handelen en voelen, het denken zorgt ervoor dat de cliënt inzicht krijgt in zijn ervaringen (*Blink, M. van der, 2003*).



5.2 De praktijk

Tijdens mijn stage heb ik op 'De Albatros, klinische psychotherapie' meegelopen met de groeps PMT en enkele cliënten individueel behandeld. Op het moment dat mijn onderzoeksvraag duidelijk werd, heb ik de theoretische onderbouwing vanuit de MBT op de individuele PMT behandeling van cliënt Jeffrey toegepast. Om een duidelijker beeld te schetsen van cliënt Jeffrey beschrijf ik hieronder de hermeneutische en classificerende diagnostiek bij aanvang van de behandeling.

5.2.1 Hermeneutische diagnostiek

Jeffrey is een angstige en onzekere jongen van 20 jaar, bekend met ADHD. Daarnaast is er sprake van chronische zelfoverschatting en een verminderd vermogen om zich in te leven in de beleving en emoties van anderen. Jeffrey heeft de neiging om alle situaties en tevens emoties bij anderen, vanuit zijn eigen perspectief te interpreteren en overschat het belang van zijn eigen rol in het leven van anderen.

Er is bij Jeffrey een grote discrepantie tussen de grote plannen die Jeffrey heeft voor de toekomst en de passiviteit die hij toont. Jeffrey lijkt door deze passiviteit te vermijden dat hij geconfronteerd wordt met het feit dat hij zichzelf en zijn eigen mogelijkheden overschat. Een confrontatie die ongetwijfeld veel angsten en onzekerheden tot gevolg zullen hebben. De stemming is somber, het affect is vlak. Belangrijke afweervorm: overmatig rationaliseren, ontkenning en externaliseren.

Wat betreft persoonlijkheidsorganisatie kan men spreken over een Narcistische ontwikkeling waarin de persoon zich identificeert met zijn geïdealiseerde zelfbeelden, en de afhankelijkheid van anderen loochent.

De geïdealiseerde zelfbeelden overdekken zijn lage zelfbeeld en het tekort aan positieve bevestiging en aandacht. In het gezin van herkomst kon Jeffrey vroeger weinig goeds doen. Het lijkt alsof hij zich hierdoor steeds slechter ging voelen over zichzelf en omgeving. Eerdere hulpverlening heeft zich voornamelijk gericht op het omgaan met de gedragsproblemen van Jeffrey. Er is daarbij nog weinig aandacht besteed aan de achterliggende dynamiek (*Govers, J. Psychotherapeut De Albatros*).

5.2.2. Classificerende diagnostiek DSM-IV

As I	ADHD gecombineerd type.
As II	301.4 Persoonlijkheidsstoornis NAO met vermijdende, afhankelijke, obsessief compulsieve en narcistische trekken.
As III	N.v.t.
As IV	Problemen binnen het primaire zorgsysteem. Problemen op school. Problemen sociaal.
As V	GAF-score: 31 – 40.

5.2.3 Indicatie individuele PMT en overige belangrijke informatie

Jeffrey heeft tot zijn twaalfde levensjaar zijn agressie niet goed kunnen reguleren, waardoor hij door de omgeving als agressieveling werd bestempeld.

Toen hij naar de middelbare school ging heeft hij besloten nooit meer agressief te worden (verstoring aandachtsregulatie). Dit heeft ervoor gezorgd dat Jeffrey geen contact meer durft te maken met zijn agressie en ook het contact met andere gevoelens is kwijtgeraakt (verstoring aandachtsregulatie). Hij is angstig voor zijn agressie uit angst de ander kwijt te raken, pijn te doen of te kwetsen (onvermogen tot mentaliseren).

Indicatie bij aanvang van de individuele PMT: *Leren ervaren en uiten van kracht/agressie in relatie tot de ander (emotie- impulsregulatie).*

Jeffrey heeft wat betreft zijn basisbehoeften een gemis ervaren in het krijgen van steun, in de zin van niet gezien en gehoord worden wat betreft zijn lichamelijke impulsen (ADHD). Hij kon in het gezin van afkomst nauwelijks iets goed doen en werd vaak negatief benaderd. Daarnaast heeft hij zijn lichamelijke impulsen in het contact met leeftijdsgenoten enkele keren niet kunnen beheersen waardoor sprake is van

traumatische ervaringen, waarbij hij andere leeftijdsgenoten lichamelijk letsel heeft aangebracht. Jeffrey heeft hierin een gemis ervaren in het worden begrensd wat betreft zijn innerlijke impulsen.

5.3 Interventies ter bevordering van het vermogen tot mentaliseren.

Bateman (2002) maakt onderscheid tussen drie mechanismen die het mentaliseren op gang brengen. De drie mechanismen zijn; de aandachtsregulatie, de affectregulatie en het mentaliseren. In hoofdstuk 1. staat beschreven dat deze drie mechanisme van belang zijn in de ontwikkeling. Op het moment dat er sprake is van een goed doorlopen ontwikkelingsproces leren kinderen rond hun vierde levensjaar te mentaliseren. Wanneer er een onvermogen tot mentaliseren is ontstaan, is er sprake van een verstoring binnen één van deze drie mechanismen; de aandachtsregulatie, affectregulatie en het mentaliseren.

In het boek 'mentaliseren in de kindertherapie' (Verheugt-pleiter, Schmeets & Zevalkink, 2005) staat een tabel interventietechnieken die een leidraad kunnen zijn voor de therapeut (bijlage 3). De PMT is specifiek gericht op lichamelijke en lichaamservaringen, de tabellen (Tabel 1, 2 en 3, weergegeven in onderstaande paragrafen) zijn zodanig aangepast dat deze inzetbaar zijn binnen de PMT behandeling van adolescenten met persoonlijkheidsproblematiek.

5.4 Aandachtsregulatie

Een individu leert zijn lichaamssignalen en gevoelens (ver)kennen door zijn aandacht te richten op zijn lichaam. In eerste instantie is dit gevoel onduidelijk en vormt deze zich naar aanleiding van een bepaalde moeilijkheid of situatie. Op dat moment is er nog geen sprake van een emotie omdat het niet wordt herkend.

Dit betekent dat de cliënt in eerste instantie voornamelijk in de zaal aan het werk is binnen de behandelstrategie verkennen. Verkennen wat er in je lichaam gebeurt en verkennen wat het met je doet om je aandacht op je lichaam te richten¹.

Een adolescent met een persoonlijkheidsstoornis heeft moeite om tijdens bepaalde situaties (verhoogd arousal) zijn aandacht te richten op zijn lichaam en zijn innerlijke belevingswereld. De cliënt heeft dit vroeger niet geleerd binnen gehechtheidsrelaties, wat binnen de behandeling alsnog geleerd kan worden. Belangrijk is dat een cliënt leert opmerkzaam, belangstellend en oplettend te zijn voor zijn innerlijke belevingswereld. Dit is voor een cliënt vaak beangstigend, omdat het onbekend is of doordat de heftige impulsen moeilijk te verdragen zijn. Belangrijk is dat een cliënt alsnog leert zijn innerlijke impulsen te controleren. Dit kan geleerd worden binnen een veilige therapeutische relatie.

Veel cliënten zijn het contact met hun lichaam kwijt geraakt, ze hebben geen contact met hun innerlijke belevingswereld, omdat ze dit niet hebben geleerd. Daarnaast hebben ze een onvermogen ontwikkeld door ingrijpende levensgebeurtenissen. Als therapeut probeer je door interventies gericht op de aandachtsregulatie de cliënten contact te laten maken met hun innerlijke belevingswereld.

5.4.1 Interventietechnieken aandachtsregulatie (Tabel 1.)

Interventies met betrekking tot arrangement:

- ❖ Duidelijke en gestructureerde activiteiten
- ❖ Wanneer structuur ontbreekt dit aanbrengen in de activiteit.
- ❖ Arrangement creëren waarin de problematiek van de cliënt oproepbaar is.

¹. Kanttekening: Bij adolescenten met complexe trauma's is het belangrijk dat het richten van de aandacht op het lichaam, gedoseerd wordt in verband met (onbewuste) lichaamsherinneringen. Een psychomotorisch therapeut met kennis van de wisselwerking tussen lichaam en trauma is een pre. Vaak wordt in eerste instantie de aandacht niet op het lichaam gericht maar juist buiten het lichaam.

Interventies met betrekking tot lichaambesef, beleving en ervaringen:

- ❖ Experimenteren met verschillende lichaamshoudingen / gebaren
- ❖ Experimenteren van stemgebruik
- ❖ Experimenteren met mimiek / emoties
- ❖ Zintuigen bewust richten op de omgeving
- ❖ Stilstaan bij lichaamservaringen
- ❖ Spiegelen van lichaamssignalen en deze uitvergroten
- ❖ Benoemen van zichtbare emoties (BBBB)
- ❖ Werkelijkheidswaarde geven aan de emoties van de cliënt / therapeut
- ❖ Betekenis verlenen aan zichtbaar gedrag, door middel van het driehoeksmodel denken, voelen en handelen.
- ❖ Benoemen van kwaliteiten en sterke vaardigheden van de cliënt.

Interventies met betrekking tot contact leggen en onderhouden:

- ❖ Continuïteit aanbrengen in het contact, vaste afspraken maken.
- ❖ Creëren van een veilige omgeving door structuur, voorspelbaarheid en duidelijkheid.
- ❖ Betekenis verlenen en benoemen van de interactie tussen cliënt – therapeut.
- ❖ Meebewegen en afstemmen op de innerlijke belevingswereld van de cliënt.

5.4.2 Praktijkvoorbeeld aandachtsregulatie

Binnen de individuele PMT is het van belang een goede werk- en vertrouwensrelatie op te bouwen waarna vervolgens gewerkt kan worden aan de problematiek van Jeffrey.

We werken voortdurend in dezelfde ruimte, op hetzelfde tijdstip en de opbouw van het uur verloopt in een vaste volgorde (bieden van veiligheid, voorspelbaarheid en duidelijkheid wat van belang is bij de aandachtsregulatie).

De therapeutische attitude tijdens het stimuleren van de aandachtsregulatie is als volgt;

- *Steunend/empathisch: als therapeut begrip hebben voor de angst, maar zelf daarin niet meegaan (basisbehoefte steun).*
- *Directief/sturend: op de momenten dat Jeffrey wil vermijden (basisbehoefte steun/begrenzing).*
- *Bieden van veiligheid door als therapeut te laten merken zelf gevoelens en de fysieke kracht van de cliënt aan te kunnen (basisbehoefte begrenzing).*
- *Innemen van een voorbeeldfunctie: als therapeut zelf irritaties/kracht en boosheid uiten, zodat Jeffrey ervaart dat de relatie daardoor niet veranderd.*

Het eerste subdoel binnen de PMT is dat Jeffrey leert ervaren (modaliteit ervaren) hoe zijn lichaam reageert wanneer er sprake is van irritatie/boosheid. Welke verschillen ervaart hij op het moment dat hij zijn irritatie/boosheid inhoudt (vluchten/bevriezen) en wanneer hij zijn irritatie/boosheid uit (vechten).

Hiervoor kunnen in principe verschillende activiteiten worden aangeboden, afhankelijk van de interesse van de cliënt. De volgende uitleg wordt aan Jeffrey gegeven: Neem een situatie in gedachte waarbij jij/je geïrriteerd en boos voelde en probeer deze straks zo goed mogelijk op te roepen. Dit doe je twee keer, waarbij jij de eerste keer inhoudt en niet mag reageren, de tweede keer reageer je door te slaan, schoppen, schreeuwen of wat er ook maar in je opkomt.

Na het uitvoeren van deze activiteit vult de cliënt samen met de therapeut het emotie regulatieformulier in (bijlage 4). Dit formulier doet automatisch een appèl op de aandachts- en affectregulatie van de cliënt. Als therapeut spiegel je de lichaamssignalen van de cliënt op het moment dat de cliënt hier zelf geen zicht op heeft. De therapeut helpt de cliënt zijn aandacht te richten op zijn innerlijke belevingswereld en probeert samen met de cliënt woorden te geven aan het gevoel en indien mogelijk te koppelen aan een emotie (BBBB).

Jeffrey ervaart deze werkvorm als spannend, hij is bang door te slaan en zijn agressie niet goed te kunnen reguleren. Hij heeft veel steun en duidelijkheid nodig om deze activiteit aan te gaan. Jeffrey benoemt de lichaamssignalen die hij ervaart tijdens het inhouden als volgt; samenknijpen van handen, duidelijker hartslag en gespannen spieren in zijn benen. Tijdens het uiten van zijn irritatie/boosheid ervaart hij opluchting, voornamelijk doordat hij niet is doorgeslagen en de activiteit is aangegaan.

5.5 Affectregulatie

Om affecten te kunnen reguleren is het van belang dat de cliënt zijn aandacht kan richten op zijn lichaam. Door het herhaaldelijk richten van de aandacht op het lichaam worden lichaamssignalen herkend. Een cliënt die moeite ervaart bij het reguleren van affecten, heeft moeite om dit affect te begrijpen, te benoemen en aan een situatie of gebeurtenis te verbinden. Doordat de therapeut de innerlijke beleving serieus neemt en benoemt leert de cliënt zijn affecten te herkennen en vervolgens zelf te reguleren.

Op het moment dat een cliënt in een primitievere ervaringswijze verkeert (zie hoofdstuk 1.) is er een verstoring opgetreden in de integratie tussen het denken, voelen en handelen. De cliënt die in de psychische equivalentie modus zit wordt overspoeld door gevoelens, belangrijk is dat hier begrip voor is, maar dat de therapeut daar niet in mee gaat, juist het scheiden van de innerlijke belevingswereld van de cliënt en die van de therapeut is van belang. Door interventies te richten op het denken en handelen kan er meer inzicht en later integratie ontstaan. Op het moment dat een cliënt in de alsof modus verkeerd en erg rationaliseert, is het goed om dit te benoemen, de therapeut kan door het benoemen van de alsof modus en door interventies te doen richting het voelen en handelen, proberen de cliënt uit de alsof mode te halen.

5.5.1 Interventies affectregulatie (Tabel 2.)

Interventies met betrekking tot arrangement:

- ❖ Structuur en duidelijkheid bieden op het moment dat de cliënt moeite heeft met affectregulatie. Door de structuur van buitenaf kan hij dit uiteindelijk verinnerlijken en zelf leren om structuur aan te brengen.
- ❖ Grenzen stellen met betrekking tot het arrangement.
- ❖ Arrangement creëren waarin de problematiek van de cliënt oproepbaar is.

Interventies met betrekking tot lichaambesef, beleving en ervaringen:

- ❖ Betekenis verlenen aan gedrag en lichaamssignalen, waardoor lichaamservaringen verinnerlijkt kunnen worden.
- ❖ Interventies gericht op de integratie van denken, voelen en handelen waardoor de cliënt steeds meer zelfcontrole ervaart.
- ❖ Experimenteren met het opvoeren en afvoeren van stress en lichamelijke spanning (bijlage 5.)
- ❖ Stilstaan bij lichaamservaringen
- ❖ Werkelijkheidswaarde geven aan de affecttoestand van de cliënt.
- ❖ Werkelijkheidswaarde geven aan de affecttoestand van de therapeut.
- ❖ Commentaar op de manier van omgaan met je lichaam.
- ❖ Benoemen van kwaliteiten, sterke vaardigheden van de cliënt.

Interventies op het moment dat de cliënt terecht komt in een primitievere ervaringswijze:

- ❖ Cliënt confronteren op het moment dat hij terecht komt in een primitievere ervaringswijze, waardoor de cliënt gedrag leert herkennen en erkennen.
- ❖ Cliënt inzicht geven in de lichamelijke/emotionele betekenis en functie van de primitievere ervaringswijze, waardoor ruimte ontstaat voor alternatieven.

Cliënt in de alsof mode:

- ❖ Interventies gericht op het voelen en handelen, streven naar integratie/eigenheid.

Cliënt in de psychische equivalentie mode:

- ❖ Interventies gericht op het denken en handelen, streven naar integratie/eigenheid.

Interventies met betrekking tot contact onderhouden en veiligheid:

- ❖ Stellen van grenzen, cliënt het gevoel geven zijn emoties aan te kunnen.
- ❖ Als therapeut reageren vanuit echtheid, waardoor het spiegelen op de juiste manier gebeurt.

5.5.2 Praktijkvoorbeeld affectregulatie

Nadat Jeffrey enkele keren zijn aandacht op zijn lichaam heeft gericht en dit geen arousal meer oproept, kunnen we binnen de individuele therapie een stap verder.

Jeffrey heeft al ervaren door contact te maken met zijn irritatie/boosheid dat hij zichzelf niet verliest, toch blijft hij hier erg angstig voor. Zijn grootste angst is om iemand anders in het contact pijn te doen, te kwetsen of kwijt te raken. Het is daarom belangrijk dat Jeffrey vertrouwen krijgt in zichzelf met betrekking tot het kunnen reguleren van kracht. Hiervoor worden werkvormen gebruikt die afkomstig zijn uit de module impulscontroleproblematiek (Kuin. F, 2000).

Jeffrey gaat oefenen met het opvoeren en afvoeren van kracht in vijf versnellingen, zodat hij meer vertrouwen krijgt in het kunnen reguleren van zijn eigen kracht. Deze oefening wordt gestructureerd aangeboden en continu met stappen moeilijker gemaakt. Dit kan door in eerste instantie kracht alleen op te voeren, vervolgens af te voeren, hierin af te wisselen, de cliënt een opdracht te laten verzinnen, etc.

Jeffrey tast eerst het materiaal en de ruimte af, hij is bang iets kapot te maken. Als therapeut probeer ik hem hierin het gevoel te geven dat ik niet bang ben dat er iets stuk gaat (geen angst voor zijn kracht), de zaal is zo gebouwd dat dingen niet snel stuk gaan. Jeffrey moet wel enorm hard gooien wil hij iets kapot krijgen, mocht dit wel het geval zijn dan is dat mijn verantwoordelijkheid.

Tijdens het oefenen kan Jeffrey makkelijk zijn krachtsinspanningen nuanceren en sturen. Er is duidelijk onderscheid tussen de verschillende versnellingen. Zelf ervaart hij geen gevoel van controle verlies tijdens het uitvoeren van de oefening, waar hij tevreden over is. Als therapeut benoem je uitdrukkelijk dat dit betekent dat hij dus controle heeft over zijn kracht. Jeffrey reageert hier direct op door het compliment niet aan te nemen en af te zwakken. Hij vindt dat hij in deze situatie wel controle heeft, maar is ervan overtuigd dat het in relatie tot de ander anders zal zijn. Vanuit deze opmerking gaan we tijdens de PMT oefenen met het gebruik maken van kracht in relatie tot de ander.

De therapeutische attitude blijft hetzelfde als tijdens het werken en verbeteren van de aandachtsregulatie. De werkvormen zijn opnieuw gestructureerd en voorspelbaar. De modaliteit binnen de PMT is oefenen. Jeffrey is een cliënt die op momenten van een verhoogd arousal terechtkomt in de alsof modus. Het is daarom van belang om interventies te doen op het voelen en handelen.

5.6 Mentaliseren

Een cliënt die is opgenomen op 'De Albatros' heeft vaak in zijn kindertijd strategieën ontwikkeld om te overleven. Vanwege trauma(s) of niet voorzien te zijn in basisbehoeften. Op dat moment is het stoppen met mentaliseren een overlevingsmechanisme. Tijdens een traumatische gebeurtenis of op de momenten dat een cliënt niet wordt voorzien in zijn basisbehoeften kan hij zich niet verplaatsen in de intenties en belangen van diegene die hem pijn doet.

Een cliënt gaat er vaak vanuit dat mensen uit hun omgeving in het hier en nu, hetzelfde zullen reageren als gehechtheidsfiguren uit het verleden. Ze gaan uit van hun eigen interpretaties en kunnen niet kijken naar de belevingswereld van de ander.

Door te leren beter je aandacht te richten en affecten beter te reguleren kan er ruimte ontstaan voor de belevingswereld van de ander. Om het mentaliseren te bevorderen worden veel interventies gericht op het denken. Op die manier krijgt men inzicht in zijn eigen gedrag en kan men nadenken over de ander. Binnen de PMT wordt vanuit het handelen, gekeken naar de gedachten en gevoelens van de cliënt en wordt op de cliënt het appèl gedaan om na te denken over de belevingswereld bij de ander.

5.6.1 Interventies mentaliseren (Tabel 3.)

Interventies met betrekking tot arrangement:

- ❖ Cliënt heeft inspraak, op het moment dat er voldoende sprake is van zelfcontrole en affectregulatie.
- ❖ Arrangement creëren waarin de problematiek/hulpvraag van de cliënt oproepbaar is.

Interventies met betrekking tot lichaamsbesef, beleving en ervaringen:

- ❖ Bespreken van het denken, voelen en handelen over gehechtheidsfiguren.
- ❖ Experimenteren met gedragsalternatieven (lichaamshouding, gebaren, mimiek, stemgebruik, etc.) in relatie tot de ander, zodat er nieuwe ervaringen kunnen worden verinnerlijkt.
- ❖ Betekenis verlenen, verbaliseren van de (gemiste) lichamelijke basisbehoeften van de cliënt.
- ❖ Cliënt de mogelijkheid geven om opkomende lichaamsherinneringen te uiten en benoemen zodat ruimte ontstaat voor nieuwe ervaringen en inzichten.
- ❖ Interventies gericht op het objectief/subjectief observeren van de ander, daar commentaar op leveren.

Interventies met betrekking tot contact leggen en onderhouden:

- ❖ Interventies gericht op het denken, voelen en handelen waarbij gevraagd wordt naar de gedachten/gevoelens van de cliënt over de innerlijke belevingswereld bij de ander.
- ❖ Commentaar leveren op wat de omgeving en de therapeut volgens de cliënt over hem zouden denken.

5.6.2 Praktijkvoorbeeld mentaliseren

Tijdens deze fase van de behandeling gaan we starten met activiteiten waarbij kracht wordt gebruikt in relatie tot de ander. Voor Jeffrey is dit erg spanningsvol, voornamelijk de eerste keren dat hij hiermee aan het werk is. Om het mentaliseren werkelijk op gang te kunnen brengen is het belangrijk dat de arousal bij Jeffrey niet te hoog oploopt omdat hij anders terecht komt in de alsof modus.

In hoofdstuk 3. heb ik beschreven dat Jeffrey op een gegeven moment niet, te laat of afspraken niet nakwam. Dit betekende dat het arousal te hoog was, waardoor we opnieuw zijn gaan structureren, zo hebben we gekeken naar activiteiten die veel en

weinig spanning oproepen en zijn we geleidelijk aan de spanning steeds meer gaan opbouwen (basisbehoefte steun en begrenzing).

We starten met oefenvormen waarbij in eerste instantie sprake is van letterlijk meer afstand zoals softballen. Voor Jeffrey is dit herkenbaar omdat hij in zijn verleden actief is geweest binnen het softballen. Dit roept positieve herinneringen op waardoor naast de spanning ook ruimte komt voor andere gevoelens.

Tijdens het softballen bouwt Jeffrey direct veiligheid in door mij van adviezen te voorzien waarmee ik blessures kan voorkomen. Dit doet hij vanuit zijn eigen angst de ander pijn te doen. Als therapeut benoem je dit vanuit het hier en nu. Belangrijk is dat Jeffrey ervaart dat hij niet voor mij hoeft te zorgen, dat zijn angsten irreëel zijn. Daarbij benoem ik uitdrukkelijk dat ik niet bang ben voor blessures en voor mezelf kan zorgen.

Jeffrey is in zijn bewegingsbeeld de eerste tien minuten houterig en durft weinig kracht te gebruiken. Hij is bang dat hij te hard gooit en dan direct de controle kwijt is. Jeffrey let hierbij niet op mij en durft ook niet te experimenteren, hij gaat er direct vanuit dat als het verkeerd gaat ik hem niet meer vertrouw. Na uitdagen door zelf harder te gaan gooien en te benoemen dat ik niet bang ben voor hardere ballen, gaat Jeffrey geleidelijk aan harder gooien wat angst bij hem oproept.

Het softballen doen we enkele keren tijdens individuele PMT. Van de modaliteit ervaren gaan we naar de modaliteit oefenen. Jeffrey ervaart dat hij wel kracht durft te gebruiken wanneer hij vertrouwen in de ander en in zichzelf heeft (basisbehoefte begrenzing).

Nadat Jeffrey kan softballen zonder last te hebben van irreële angsten, gaan we verder met werkvormen die meer arousal oproepen, zoals boksen, krachtsvormen, etc. Na enkele keren oefenen en ervaren heeft Jeffrey het vertrouwen dat hij kracht kan gebruiken in relatie tot mij zonder daarbij het contact kwijt te raken, hij heeft steeds minder last van angstklachten en zegt meer vertrouwen in zichzelf te hebben. Voor Jeffrey is het belangrijk dat hij zijn vaardigheden gaat generaliseren naar andere contexten, in relatie tot mij durft hij kracht te gebruiken, waardoor het belangrijk is andere mensen mee te laten komen naar therapie.

Jeffrey neemt nu wekelijks een groepsgeenoot of sociotherapeut mee naar individuele PMT, ook hiervoor maken we een plan van gemakkelijk naar moeilijk en stellen we een lijst samen met verschillende werkvormen die weinig- en veel spanning oproepen. Jeffrey bepaalt wie hij meeneemt en welke werkvormen hij binnen de individuele PMT gaat doen.

De therapeutische attitude is minder structurerend en voorspelbaar en meer confronterend afhankelijk van de draagkracht en de arousal van de cliënt op dat moment. De interventies zijn vooral gericht op de interactie tussen de cliënt en therapeut. In deze fase probeer je de cliënt zijn eigen mentale processen (D-V-H) na te laten vragen bij de persoon die is meegekomen. Hierbij komen dan de intra psychische conflicten (kracht gebruiken in relatie tot de ander) naar voren en deze worden getoetst aan het hier en nu.

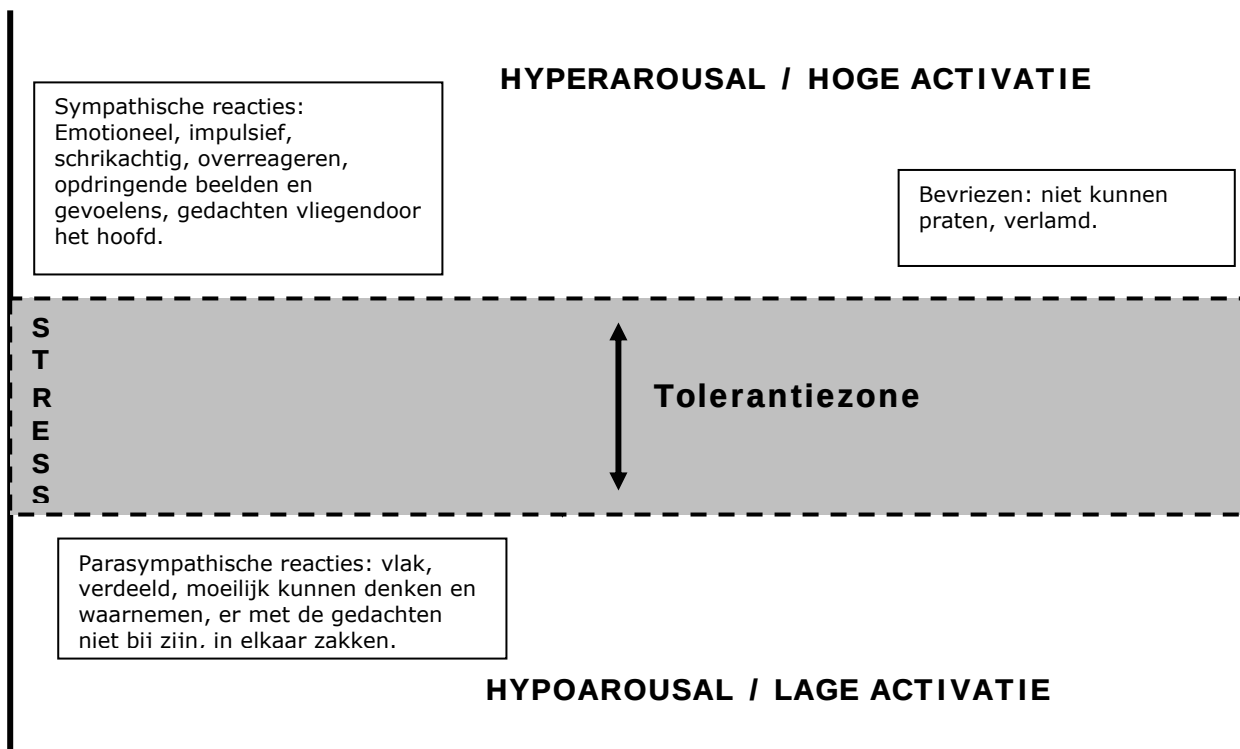
Het uiteindelijke resultaat is dat Jeffrey minder angstig is voor zijn innerlijke belevingswereld. Ook durft hij fysieke kracht te gebruiken in relatie tot de ander. Jeffrey heeft meer vertrouwen in zichzelf maar ook in de ander gekregen en kijkt nu ook echt naar de ander, wat in eerste instantie niet mogelijk was vanwege een te hoog arousal. In eerste instantie zorgden alleen gedachten die verwezen naar het gebruik maken van kracht ervoor dat Jeffrey terecht kwam in de alsof modus (externaliseren, vermijding en rationaliseren).

5.7 Wanneer welke interventies?

In bovenstaande paragrafen worden de drie niveaus van interveniëren beschreven, die binnen de psychomotorische therapie toegepast kunnen worden. In de praktijk zijn deze drie niveaus niet zo duidelijk en strikt van elkaar te scheiden, vaak lopen ze door elkaar of wisselen ze elkaar af. Voor de therapeut is het belangrijk dat de interventies parallel lopen aan het mentalisatieproces van de adolescent op dat moment (Batemen & Fonagy, 2007).

Siegel (1999) is de grondlegger van de tolerantiezone (afbeelding 1.) Hij beschrijft en onderbouwt hoe het lichaam reageert bij een verhoogd arousal. Adolescenten met een persoonlijkheidsstoornis komen vaak afwisselend in een toestand van te veel spanning (*hyperarousal*) en te weinig spanning (*hypoarousal*). Bij *hyperarousal* wordt paniek ervaren en is het lichaam ingesteld op vechten of vluchten. Deze toestand kan omslaan in *hypoarousal*, waarbij zowel denken als voelen is afgevlakt en de persoon passief is (Baljon, 2007).

Binnen de PMT is het verbeteren van het lichaamsbewustzijn en het kunnen verdragen van gevoelens en affecten een belangrijk aandachtspunt. Op het moment dat er sprake is van hyper- of hypoarousal is er sprake van een andere bewustzijnstoestand die niet passend is bij het ware zelf. Het heeft dan geen zin om complexe interventies te doen, omdat het bewustzijn is vernauwd en de adolescent anders overvraagd zou worden.



Afbeelding 1: Tolerantiezone volgens Siegel (1999) en Ogden, Minton en Pain (2006)

De tolerantiezone heb ik grijs gemaakt, voor adolescenten met persoonlijkheidsproblematiek is het belangrijk dat ze leren om zo lang mogelijk in de tolerantiezone te blijven. De tolerantiezone geeft lichamelijk gezien de mogelijkheid om te mentaliseren en te oefenen met mentaliseren.

De bovenstaande tabel kan voor een psychomotorisch therapeut een leidraad zijn, om de drie niveaus van interveniëren goed af te stemmen op de innerlijke belevingswereld van de cliënt. Op het moment dat de cliënt in de tolerantiezone zit, kunnen complexere interventies worden gedaan die gericht zijn op het mentaliseren. Op het moment dat er sprake is van hyper- of hypoarousal is het belangrijk dat de therapeut de cliënt helpt zijn aandacht te richten en affecten te reguleren.

6. Conclusie

Tijdens het schrijven van mijn scriptie heb ik onderzocht hoe het mentalisatieproces bij adolescenten met persoonlijkheidsproblematiek binnen de PMT kan worden bevorderd. In de literatuur is weinig geschreven over de lichamelijke invalshoek binnen de MBT. Al snel kwam ik tot de conclusie dat de MBT en Pesso veel overeenkomsten vertoonden. Pesso heeft weer overeenkomsten met de PMT, vanwege de lichamelijke invalshoek. In deze scriptie heb ik door middel van een literatuuronderzoek onderzocht wat het verband is tussen Pesso, MBT en PMT en hoe deze met elkaar kunnen worden geïntegreerd. Naast het literatuuronderzoek heb ik door middel van praktijkervaringen geprobeerd om antwoord te geven op de onderstaande probleemstelling:

“Hoe bevorder je als PMT’er het mentaliserend vermogen binnen de klinische psychotherapie bij adolescenten met persoonlijkheidsproblematiek?”

Adolescenten met persoonlijkheidsproblematiek die behandeld worden binnen de klinische psychotherapie hebben last van psychopathologie, wat zich uit in lichamelijke en/of psychische klachten. De MBT en Pesso delen de visie dat deze problemen zijn ontstaan door inadequate interacties met de opvoeder (hoofdstuk 1 + 2). Doordat de problemen zijn ontstaan in relatie tot de ander, delen beide therapievormen de visie dat deze ook het beste opgelost kunnen worden in het contact met de ander. Zowel de MBT als Pesso streven ernaar dat de cliënt zichzelf kan worden. Pesso doet dit onder andere door geblokkeerde lichamelijke energie tot uiting te laten komen in interactie met de omgeving (hoofdstuk 3). De MBT doet dit door het mentalisatieproces op gang te brengen of te stimuleren (hoofdstuk 5).

Tijdens het schrijven van mijn scriptie ben ik tot de conclusie gekomen dat de therapeut-clientrelatie (hoofdstuk 4.) een belangrijke focus binnen de therapie is. Het medium psychomotorische therapie doet in vergelijking met verbale therapievormen meer een appèl op het voelen en handelen van de adolescent.

Binnen de psychomotorische therapie wordt onderscheid gemaakt tussen drie niveaus van interveniëren die het mentaliseren op gang brengen, namelijk; de aandachtsregulatie, de affectregulatie en het mentaliseren (hoofdstuk 5).

Een verstoring binnen de aandachtsregulatie (MBT) komt overeen met geblokkeerde lichamelijke energie (Pesso). De PMT spreekt vaak over een niet goed ontwikkeld lichaamsbewustzijn.

Adolescenten die hun ware zelf hebben verloren ervaren problemen in de interactie met de omgeving en hebben moeite met het gebruik van mimiek, stemgebruik en lichamelijke bewegingen. Regelmatig komt hetgeen wat wordt gezegd en gedaan niet overeen met de lichaamshouding en lichaamstaal. Sommige adolescenten ervaren helemaal geen contact meer met hun lichaam.

De PMT kan een belangrijke bijdrage leveren aan het vergroten en verbeteren van het lichaamsbewustzijn. Dit is voor een adolescent een basisvoorwaarde om te leren mentaliseren. Zonder lichaamsbewustzijn leer je gevoelens niet verkennen en herkennen, wat zorgt voor een verstoring in de affectregulatie en het mentaliseren.

PMT doet een appèl op primitievere ervaringswijzen die nog vaak onbewust zijn, maar door te werken met het lichaam op een andere manier geactiveerd worden of terugkomen in het bewustzijn. Deze hebben vaak te maken met gemiste basisbehoeften (hoofdstuk 3.) of trauma's die zijn opgeslagen in het lichaamsgeheugen. Bewustwording van deze trauma's of gemiste basisbehoeften is belangrijk omdat op die manier ruimte ontstaat voor verandering.

Het medium PMT kan binnen de behandeling zowel individueel als groepsgericht ingezet worden.

➤ Groepsgericht:

- Biedt een context waarbij veel sprake is van interacties tussen de psychomotorisch therapeut en medecliënten. Dit zorgt ervoor dat bij adolescenten eerder een onvermogen tot mentaliseren ontstaat.
- Biedt een context die vooral in het begin van de behandeling kan bijdragen aan het onderzoeken en verkennen van triggers die zorgen voor een onvermogen tot mentaliseren.
- Biedt een context waarbij de adolescent kan oefenen en experimenteren met het blijven mentaliseren.
- Biedt een context waarbij de adolescent kan oefenen en ervaren van andere gedragingen dan dat hij gewend is te doen tijdens momenten van een verhoogd arousal.

➤ Individueel:

- Biedt een context waarbij specifiek gewerkt kan worden aan het bevorderen van het mentaliserend vermogen, nadat duidelijk is geworden op welk gebied een onvermogen ontstaat (hulpvraag).
- Biedt een veilige, duidelijke en gestructureerde context, wat spanningsverlagend werkt. Binnen de individuele therapie zijn er meer mogelijkheden om aan te sluiten en af te stemmen op de innerlijke belevingswereld van de cliënt.
- Biedt een context waarbij de cliënt stapsgewijs en gedoseerd kan leren om zijn aandacht te leren richten op zijn lichaam.
- Traumabehandeling; waarbij op een gedoseerde manier contact wordt gemaakt met het lichaam.

Kortom:

Mentaliseren is binnen iedere therapie inzetbaar en zinvol, voorwaarde is een goede therapeut – cliëntrelatie en dat de therapeut kan aansluiten bij de belevingswereld van de cliënt.

Adolescenten met een persoonlijkheidsstoornis zijn vaak het contact met hun ware zelf verloren, waardoor ze hun aandacht niet of met moeite kunnen richten op hun lichaam, wat automatisch zorgt voor een verstoring in de affectregulatie en het mentaliseren.

Binnen de PMT kan de cliënt gedoseerd, binnen een veilige context contact maken met zijn lichaam. Bij cliënten die te maken hebben gehad met trauma's en gemiste basisbehoeften kunnen opgeslagen lichaamsherinneringen aan de oppervlakte komen, dosering van de aandacht op het lichaam is dan belangrijk.

Om uiteindelijk te kunnen mentaliseren is het lichaamsbewustzijn een belangrijke voorwaarde, de PMT kan voornamelijk op dit gebied binnen de MBT een belangrijke bijdrage leveren.

Kanttekening:

In de probleemstelling wordt gesproken over de klinische psychotherapie, dit komt omdat mijn stage binnen de klinische psychotherapie was. Het voordeel binnen de klinische psychotherapie is dat adolescenten op ieder moment een beroep kunnen doen op de aanwezige hulpverleners. Daarnaast kan bekeken worden welke therapievorm het beste aansluit bij de adolescent.

Echter ik ben tot de conclusie gekomen dat het bevorderen van het mentaliserend vermogen bij adolescenten met persoonlijkheidsproblematiek ook binnen een deeltijd- of ambulante setting door een PMT'er of andere therapeut behandeld kan worden. Daarbij is het uiteraard belangrijk dat in de gaten wordt gehouden of die vorm van behandeling voldoende aansluit bij de problematiek en de draagkracht- last van de adolescent.

Literatuurlijst

1. Attekum, M.(2003). *Aan den lijve. Lichaamsgerichte psychotherapie volgens Pesso*. Swets & Zeitlinger.
2. Bateman, A.W., & Fonagy, P. (2007). *Mentaliseren bij de borderline persoonlijkheidsstoornis*. Bohn Stafleu van Loghum.
3. Baljon, M. *Lichaamsgerichte interventies in de experiëntiële behandeling van angststoornissen*. [electronic version]. Tijdschrift voor psychotherapie jaargang 33 (Juli 2007), p. 258-274
4. Blink, M., van der (2003). *BGM derde jaar BPT*. Reader Windesheim.
5. Gael, M., van. *Extreem luid & ongelooflijk ver weg*. [electronic version]. Tijdschrift voor psychotherapie jaargang 33 (januari 2007) p. 6 – 22.
6. Kate, C., ten., & Muller, N. *Mentaliseren leren om te kunnen rouwen* [electronic version]. Tijdschrift voor psychotherapie jaargang 33, nummer 5 (september 2007) p. 319 – 332.
7. Kuin, F. *Module impulscontroleproblematiek*. (2000) Verkrijgbaar bij de NVPMT.
8. Lijnse, J., *De therapeut- cliëntrelatie als basis voor de behandeling van getraumatiseerde cliënten*. [electronic version]. Tijdschrift voor psychotherapie jaargang 25 (november 1999) p. 423 – 427.
9. Linehan, M. (2003) *Bordeline persoonlijkheidsstoornis, handleiding voor training en therapie*. Swets & Zeitlinger.
10. Nederlandse vereniging voor psychomotorische therapie. *Beroepsprofiel psychomotorisch therapeut*. (1995). Verkrijgbaar bij NVPMT.
11. Perquin, L., & Rehwinkel, P. (2000). Een lichaamsgeoriënteerde psychotherapeutische methode.
http://www.pesso.nl/artikelen/Wat_Is_Pesso_psychotherapie.doc
12. Philipszoon, D. *Een bijzondere casus* [electronic version]. Tijdschrift voor psychotherapie jaargang 34, nummer 2 (2008) p. 116 – 122.
13. Probst, M., & Bosscher, R.J.(2001). *Ontwikkelingen in de psychomotorische therapie*. Cure & Care.
14. Sietsma, L. (2004). *Bewegingsagogie & Psychomotorische Therapie*. Reader Windesheim.
15. Instelling De Jutters: <http://www.dejutters.com>
16. Verheugt-Pleiter, J.E., Schmeets, G.G.J., & Zevalkink, J.(2005). *Mentaliseren in de kindtherapie*. Van Gorcum.

Mentaliseren binnen de psychomotorische therapie

Bijlagen



Bijlage 1:

Albatros klinische psychotherapie (kliniek en deeltijd))

Doelstelling:

Hoewel van uiteenlopende aanmeldingsklachten en -problemen sprake kan zijn, richt de klinische psychotherapie voor adolescenten zich primair op de behandeling van de achterliggende persoonlijkheidsproblematiek (in ontwikkeling). Door middel van een focaal reconstructief psychotherapeutisch proces richten wij ons op structurele persoonlijkheidsverandering, dan wel op het stoppen van de pathologische ontwikkeling die op gang dreigt te komen.

Specifieke kenmerken van de afdeling / trefwoorden

Open
Middellange behandeling
Langdurige behandeling
Exploratief / psychotherapeutisch

Leeftijdsgrenzen:

15 tot 21 jaar

Behandel- / verblijfsduur:

Gemiddeld één jaar. Maximaal twee jaar.

Doelgroepkenmerken:

- In DSM IV categorieën gaat het om:
- Cliënten met separatie- en individuatieproblematiek corresponderend met de borderline persoonlijkheidsorganisatie (higher level en intermediate level) volgens Otto F. Kernberg.
- Cliënten met een ernstige neurotische persoonlijkheidsorganisatie. Het gaat dan meestal om één (of meerdere) persoonlijkheidsstoornissen (in wording) uit het cluster B of C van de DSM IV (met uitzondering van de antisociale persoonlijkheidsstoornis).
- Cliënten die daarbij bovendien symptoomstoornissen hebben (AS I), zoals stemmingsstoornissen, eetstoornissen, angststoornissen en dissociatieve stoornissen, mits niet zo ernstig dat verdere behandeling daardoor belemmerd wordt.

Indicaties:

De jongere moet:

- over voldoende adaptieve vermogens beschikken op grond waarvan te verwachten is, dat hij een behandeling kan integreren en vorm geven en enige ontregeling kunnen verdragen en met nieuw gedrag kunnen en willen experimenteren;
- voldoende gemotiveerd zijn voor deze vorm van behandeling;
- een redelijke intelligentie hebben waarbij het kunnen onderzoeken van achtergronden c.q. oorzaken en het leggen van verbanden en deze kunnen integreren van belang is;
- kunnen experimenteren met nieuw gedrag, zowel binnen als buiten het behandelmilieu;

- bereid zijn om het systeem bij de behandeling te betrekken en het systeem moet bereid zijn om daadwerkelijk te participeren (dit is overigens wel afhankelijk van leeftijd en omstandigheden);
- kunnen functioneren in groepen (voldoende sociale vaardigheden/verdragen groepsdruk);
- zelf- en medeverantwoordelijkheid kunnen dragen voor de eigen behandeling en die van groepsleden en verantwoordelijkheid voor het therapeutisch milieu;
- afspraken kunnen maken en zich eraan houden.
- Voorzover de omstandigheden dat toelaten is het bovendien wenselijk dat de jongere een weekendadres heeft en doordeweeks nog naar school gaat of werk heeft.
- Het is tenslotte duidelijk dat deelname aan het programma gevoelens en frustraties zal oproepen, waarover de jongere zich moet kunnen uiten en die hij/zij zal moeten kunnen verdragen.

Contra-indicaties:

- Te sterk agerend gedrag (indien dit de overhand heeft)
- Laag gemiddelde intelligentie
- Primaire verslavingsproblematiek
- Zwangerschap of ernstige lichamelijke ziektes
- Moederschap
- Onaanvaardbaar risico op decompensatie

Referentiekaders:

- Gezinsgericht
- Groepsdynamisch

Bijzonderheden:

De Albatros biedt ruimte aan 12 klinische cliënten en vier dagklinische cliënten. Het programma is vijf dagen in de week en vindt in de ochtend plaats. Na de lunch is er ruimte voor school of een andere (nog in te vullen) vulling.

(Bron:http://www.dejutters.com/ufc/file2/dejutters_sites/svermeeren/15c38513a40f86a3f7de075f12da5dd6/pu/Albatros.doc)

Bijlage 2.

Verzonnen casus van een normale ontwikkeling

Jeroen heeft de net bevalling overleefd. Hij heeft de overgang gemaakt van de warme en veilige buik van zijn moeder naar de koude buitenwereld met onverwachte geluiden. Na de geboorte is hij angstig, niets lijkt meer op de situatie in de baarmoeder. Gelukkig ligt hij al snel bij zijn moeder op haar buik. Daar voelt hij haar hartslag en bekende ademhaling wat ervoor zorgt dat hij zich kan ontspannen. Jeroen ervaart zo al enige controle over zijn gevoelens.

Ondertussen is Jeroen acht maanden oud, hij heeft geleerd dat wanneer hij huilt en angstig is zijn moeder hem oppakt en knuffelt. Dit zorgt ervoor dat Jeroen zijn eigen emoties gaat herkennen, ook leert hij aan zijn emoties het gedrag van moeder koppelen (warmte en veiligheid). Dit zorgt ervoor dat hij controle over zijn emoties ervaart en niet wordt overspoelt. Op deze leeftijd kan Jeroen nog niet begrijpen wat de beweegredenen van zijn moeder is om hem te knuffelen en troosten bij angst.

Jeroen (ondertussen dertien maanden) is aan het spelen en druk bezig om een maaltijd voor zijn moeder te maken. Hij brengt zijn moeder een bord vol drop. Zelf is hij dol op drop en gaat er vanuit dat iedereen dus dol is op drop. Op het moment dat Jeroen twee jaar is speelt hij nog steeds dat hij voor zijn moeder een maaltijd bereidt. Stoer loopt hij met een groot dienblad richting zijn moeder. Op dit dienblad staan verschillende borden met verschillende soorten snoep. Moeder mag zelf kiezen welke maaltijd ze wil hebben. Jeroen heeft ondertussen geleerd dat hij andere (basis) behoeften heeft dan de ander.

Op de leeftijd van drie jaar is Jeroen aan het klimmen en klauteren over de stoelen in de keuken. Hij heeft er lol in maar valt na een misstap ineens van de stoel af. Hij schrikt en kijkt metijd open gesperde ogen kort om zich heen waarna hij vervolgens hard begint te huilen. Moeder heeft het zien gebeuren en komt naar hem toe. Ze zegt: "Dat is schrikken, pakt hem bij haar op schoot er reageert empatisch. Moeder spiegelt op dat moment de innerlijke belevingswereld van Jeroen, wat ervoor zorgt dat Jeroen zijn gevoelens leert kennen en herkennen (wanneer ik schrik ga ik huilen). Doordat moeder in eerste instantie de belevingswereld van Jeroen spiegelt en vervolgens troost leert Jeroen dat hij is geschrokken en verdrietig is maar dat moeder niet net zoals hijzelf verdrietig is. Deze spiegeling en afstemming van de opvoeder is voor een kind nodig om te leren mentaliseren.

Verzonnen casus van een gestagneerde ontwikkeling

Claudia moet net zoals Jeroen de overgang maken van de baarmoeder naar de buitenwereld. Ze wordt te vroeg geboren met een laag geboortegewicht. De artsen zijn gestrest en doen er alles aan om de baby in leven te houden.

Claudia is angstig vanwege alle prikkels die op haar afkomen, geen enkele prikkel komt overeen met de fysieke waarneming van de baarmoeder. Op haar lijfje wordt in een hoog tempo medische apparatuur bevestigd zonder enige troost/geruststelling. Alles staat in het teken van overleven waar de artsen als Claudia voor vechten. De start van Claudia is angstig en de eerste uren in de buitenwereld wordt ze overspoelt met angst. Ze ervaart geen controle op haar emoties omdat angst een nieuwe lichamelijke ervaring is.

De eerste levensjaren van Claudia zijn weinig voorspelbaar. Haar moeder is alcoholist en reageert voortdurend anders op de gevoelens van Claudia. Wanneer Claudia huilt komt moeder haar soms troosten, op andere momenten moet Claudia haar emoties zelf zien te reguleren omdat moeder dronken op de bank ligt en geen aandacht schenkt aan Claudia. Claudia leert hierdoor geen aandacht en belangstelling te hebben voor haar emoties, laat staan dat ze zelf haar emoties kan reguleren. Een kind leert dit namelijk in eerste

instantie met de hulp van de opvoeder. Ook leert Claudia niet om relaties te leggen tussen haar eigen innerlijke belevingswereld en de reactie van de opvoeder.

Wanneer Claudia pijn heeft en huilt vanwege lichamelijke klachten, wordt het moeder vaak teveel. Moeder geeft Claudia niet de hulp om haar gevoelens bij pijn te reguleren. Moeder is gefrustreerd en kan de opvoeding niet aan en reageert kwaad en geërgerd op Claudia wanneer ze huilt bij pijn. Claudia leert door deze verkeerde spiegeling van moeder haar eigen behoeften tijdens momenten van pijn niet herkennen, maar internaliseert het affect van moeder. De innerlijke belevingswereld van Claudia (pijn, verdriet) blijven gelijk aan die in de externe wereld (boosheid). Dit zorgt ervoor dat Claudia haar eigen gevoelens niet leert kennen, ze wordt boos wanneer ze pijn heeft in plaats van pijn en verdriet te hebben. De ontwikkeling van Claudia is gestagneerd, doordat ze haar aandacht niet kan richten op haar belevingswereld en haar affecten niet leert reguleren leert ze niet te mentaliseren.

Bijlage 3.

Tabel interventietechnieken uit het boek: *Mentaliseren in de kindertherapie*

Aandachtsregulatie
Aansluiten op het regulatieprofiel van het kind ➤ Aandacht voor de inhoud van spel of bezigheid/aanbrengen van structuur in spel of verhaal ➤ Expliciteren van lichamelijke toestanden ➤ Expliciteren van gedrag gericht op het benoemen van mentale inhouden (cognities en gevoelens) ➤ Expliciteren van angst / zich bedreigd voelen ➤ Expliciteren van vijandelijke toestanden Werken aan het vermogen tot contactleggen: ➤ Contact onderhouden en continuïteit aanbrengen in het contact ➤ Creëren van een veilige omgeving ➤ Expliciteren van interacties Werken aan de basis voor intentioneel gedrag: ➤ Visueel en/of in gebaren meebewegen met de activiteiten van het kind Werkelijkheidswaarde geven aan preverbaal interacties door de eigen stijl van het kind serieus te nemen ➤ Aandacht richten op het beschrijven van gedrag ➤ Focus op kwaliteiten van het kind
Affectregulatie
Spelen binnen grenzen ➤ Inbrengen fantasie om de 'pretend mode' te faciliteren ➤ Focus op de scheiding van fantasie en realiteit ➤ Grenzen stellen ➤ Meegaan in de pretend mode Werkelijkheidswaarde geven aan affecttoestanden ➤ Werkelijkheidswaarde geven aan een affecttoestand van een personage ➤ Werkelijkheidswaarde geven aan een affecttoestand van een kind Het afleiden van tweede orde affectrepresentaties ➤ Afstemmen en differentiëren van affect ➤ Het zoeken naar eigen aandeel in enactments
Mentaliseren
Commentaar op mentale inhouden ➤ Mentale inhouden in de 'pretend mode' becommentariëren. ➤ Bespreken van gedachten en gevoelens over gehechtheidsfiguren ➤ Commentaar op mentale inhouden van het kind Commentaar op mentale processen ➤ Commentaar geven op mentale processen van het kind, zoals herrineren, vragen, willen, fantaseren, en het maken van verbindingen. ➤ Verbalisatie van wensen/intentie in de 'pretend mode'. ➤ Verbalisatie van wensen en/of intentie van het kind. ➤ Verbalisatie van gedachten over het mentale leven van anderen/objecten ➤ Benadrukken van de eigenheid van de mentale wereld van het kind Commentaar op interactieve mentale processen ➤ Commentaar op wat het kind over anderen, de therapeut denkt.

Bijlage 4.

Formulier emotieregulatie

Linehan, M. (2003) p.205

Naam:

Datum:

Namen van de emoties intensiteit: (0 – 100)

Directe aanleiding: voor mijn emotie (wie, wat, waar en wanneer). Waardoor begon de emotie?

Interpretaties: (overtuigingen, veronderstellingen, waarderingen) van de situatie?

Lichamelijke veranderingen en waarnemingen: Wat voel ik in mijn lichaam?

Lichaamstaal: Hoe zijn mijn gelaatsuitdrukking, mijn houding, mijn gebaren?

Drang tot handelen: Wat wil ik doen? Wat wil ik zeggen?

Wat **heb ik gezegd of gedaan** in de situatie: (wees specifiek)

Welke **nawerking** heeft de emotie op mij (op mijn geestgesteldheid, op andere emoties, gedrag, gedachten, herinnering, lichaam)?

Functie van de emotie: