

‘Emotionele of psychische stress, en dan?’

Attitude(s) voor een psychomotorisch therapeut
passend bij het beïnvloeden van het
therapieproces van een volwassene met een
aanpassingsstoornis, kijkend naar
groepsfasenmodel van Baruch Levine.



Naam student: Rolf Nijboer

Studentnummer: S276672

Klas: 4BC

Beoordelaar: Martin van den Blink

Begeleidster: Annelee Mataheru

Stageplek: PAAZ-afdeling Twenteborg ziekenhuis

Opdracht: Casestudy

Datum: 13-06-2008

Voorwoord

Deze scriptie heb ik geschreven als afstudeerproduct van de opleiding Bewegingsagogie en Psychomotorische Therapie, gevolgd op de School of Human Movement & Sports op Christelijke Hogeschool Windesheim te Zwolle.

Ik heb mijn eindstage gelopen op de PAAZ-afdeling van het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo. Tijdens deze stage heb ik ervaren hoe het is om psychomotorische therapie te geven aan patiënten die in groepsverband therapie volgen. De basis van mijn scriptie ligt in het groepsproces, wat een belangrijk onderdeel is van de therapieën op de PAAZ-afdeling van het Twenteborg ziekenhuis. Ik ben dan ook heel blij en dankbaar voor het feit dat ik veel heb mogen oefenen en experimenteren tijdens mijn afstudeerstage. De patiënten hebben mij ook in hun proces laten meekijken, en dat waardeer ik ook, omdat het niet altijd even makkelijk is om een “wildvreemde” in jouw proces mee te laten kijken.

Er zijn twee mensen binnen mijn stage die ik in het bijzonder wil bedanken en dat zijn Bonne Oosterhuis en Martijn Beltman. Beiden hebben mij begeleid tijdens mijn stage, en hebben me ook tips gegeven rondom mijn scriptie. Tijdens mijn zoektocht naar de juiste vraagstelling hebben ze meerdere malen mijn vraagstelling doorgelezen en me hiermee verder geholpen.

Ook wil ik Annelee Mataheru bedanken voor de begeleiding tijdens mijn scriptie. De tips en feedback van haar hebben me verder geholpen naar dit uiteindelijk afstudeerproduct.

Ik heb de afgelopen maanden met veel plezier aan dit afstudeerproduct gewerkt. Ik ben blij met mijn verdieping in het groepsproces, wat mijn inziens een belangrijk item is binnen de psychomotorische therapie. Ik hoop ook dat de lezer van deze scriptie met veel plezier en interesse de stof zal lezen, en hier vervolgens wat mee zou kunnen. Ik zou het mooi vinden als ook binnen andere instellingen de groepsontwikkeling meer wordt bekeken aan de hand van het fasenmodel van Baruch Levine.

Inhoudsopgave

Voorwoord	1
Inleiding, Probleemstelling, Vraagstelling	3
Hoofdstuk 1 Theorie aanpassingsstoornis	4
1.1 Algemeen	4
1.2 Verschillende subtypes aanpassingsstoornis	5
1.3 Differentiaaldiagnose	5
1.4 Beloop en prognose	6
Hoofdstuk 2 Fasenmodel van Baruch Levine	7
2.1 Ontstaan fasenmodel Baruch Levine	7
2.2 Uitleg fasen en crisissen	7 tm 11
2.3 Wisseling van fase naar fase	11
Hoofdstuk 3 Casus Gerco, diagnostiek en behandeling	12
3.1 Informatie over casuïstiek in deze scriptie	12
3.2 Casus Gerco	12
3.3 Diagnostiek	12, 13
3.4 Behandeling	13, 14
Hoofdstuk 4 Koppeling casus naar fasenmodel van Baruch Levine	15
4.1 Groepsontwikkeling fasenmodel	15
4.2 Vastlopen van Gerco binnen fasenmodel	15
Hoofdstuk 5 Attitudes van psychomotorisch therapeut binnen casus Gerco	16
5.1 Inleiding	16
5.2 Beschrijving verschillende attitudes in de verschillende fasen	16 tm 18
5.3 Diagnostiek	18, 19
Hoofdstuk 6 Conclusie en slotwoord	20
6.1 Conclusie	20, 21
6.2 Slotwoord	21
Literatuurlijst	22
Bijlage	23
Schema fasenmodel Baruch Levine	23

Inleiding, probleemstelling en vraagstelling

Inleiding

Toen ik mijn eindstage liep op de PAAZ-afdeling van het Twenteborg Ziekenhuis kwam ik er al snel achter dat het groepsproces een belangrijk proces is binnen de behandeling. Vanaf het begin van mijn stage vond ik dit erg interessant en vond ik het ook leuk om me te verdiepen in het fasenmodel van Baruch Levine. Na enkele weken kreeg ik het groepsproces wat meer in de gaten tijdens de verschillende groepen die ik meedraaide en therapie ging geven. Er was één groep, een psychotherapiegroep die door een nieuwe patiënt in de groep wat bleven steken in één bepaalde fase. Het leek mij erg interessant om het fasenmodel van Baruch Levine verder te onderzoeken en te kijken met welke attitude een psychomotorisch therapeut binnen een bepaalde fase een patiënt met een aanpassingsstoornis verder kan helpen in zijn therapieproces.

Nadat ik met mijn stagebegeleider heb gekeken of dit haalbaar zou zijn ben ik aan de slag gegaan met het maken van een vraagstelling. Voor het formuleren van mijn vraagstelling heb ik onderzocht of er genoeg theorie was over het fasenmodel van Baruch Levine en de aanpassingsstoornis.

Probleemstelling

- Een psychomotorisch therapeut kan met zijn attitude(s) in de therapie een bijdrage leveren aan het therapieproces van een volwassene met een aanpassingsstoornis.

Hierbij kijkend naar de verschillende groepsfasen uit het model van Baruch Levine, waarin een psychotherapiegroep zich kan bevinden tijdens de therapie.

Vraagstelling

Door bovenstaand proces ben ik gekomen tot deze vraagstelling:

- Met welke attitude(s) kan een psychomotorisch therapeut een bijdrage leveren aan het therapieproces van een volwassene met een aanpassingsstoornis?

Hierbij kijkend naar de verschillende groepsfasen uit het model van Baruch Levine, waarin een psychotherapiegroep zich kan bevinden tijdens de therapie.

In deze scriptie zal ik me theoretisch verdiepen in de aanpassingsstoornis. Wat is nou precies een aanpassingsstoornis? Dit zal ik weergeven in hoofdstuk 1.

De verdieping in het fasenmodel van Baruch Levine komt in hoofdstuk 2 naar voren.

Dan zal ik in hoofdstuk 3 met een casus komen van Gerco, een man met een aanpassingsstoornis, die ik mijn gehele stage in therapie heb gezien. De diagnostiek van Gerco zal ik via de drie invalshoeken beschrijven; classificierend, hermeneutisch en kritisch. In hoofdstuk 4 maak ik een koppeling tussen de aanpassingsstoornis van Gerco en het fasenmodel van Baruch Levine.

Welke attitudes volgens mij binnen welke fase het beste werken om het therapieproces van Gerco te bevorderen beschrijf ik in hoofdstuk 5. Hierbij heb ik gekeken naar mijn stageperiode waarin ik Gerco wekelijks heb gezien in de psychotherapiegroep.

Ik sluit mijn scriptie af met hoofdstuk 6, de conclusie van mijn afstudeerproduct. In dit hoofdstuk geef ik kort antwoord op de vraagstelling van mijn afstudeerproduct.

Hoofdstuk 1

Theorie aanpassingsstoornis

1.1 Algemeen

Wat is een aanpassingsstoornis?

- Een aanpassingsstoornis is een psychische aandoening. Deze stoornis ontstaat als een reactie op stressvolle gebeurtenissen.

Het is niet zo dat bij elke reactie op stress het betekent dat er een aanpassingsstoornis ontstaat. Normaal gesproken beschermt een reactie op stress de mens, de reactie waarschuwt je voor eventueel dreigend gevaar. Een voorbeeld hiervan is dat je bijvoorbeeld aan de kant springt als een fietser belt terwijl jij de weg net over wilt steken. De lichamelijke verschijnselen die aan de hand van deze schrikreactie zullen ontstaan zullen ook vanzelf weer verdwijnen.

Bij een aanpassingsstoornis is het zo dat dit een reactie is op emotionele of psychische stress die vaak ontstaat bij (belangrijke) veranderingen in het leven van desbetreffende persoon. Hierbij kun je denken aan het overlijden van een belangrijk persoon, een huwelijk, geboorte van kinderen, ruzies met vrienden etc. Deze veranderingen in het leven van iemand kunnen positief of negatief zijn. De emotionele symptomen en gedragsvormen als reactie op deze veranderingen worden een aanpassingsstoornis genoemd.

Wanneer heeft iemand een aanpassingsstoornis?

- Een aanpassingsstoornis is vrij lastig te diagnosticeren, omdat dit niet mag als het klinische beeld aan de criteria van een andere specifieke AS I of AS II diagnose voldoet. Wanneer er sprake is van rouw mag een aanpassingsstoornis niet gediagnosticeerd worden. De diagnose aanpassingsstoornis is daarmee een beetje een buitenbeentje. Vanuit de DSM-IV is het de enige diagnose die niet een kenmerkend psychopathologisch beeld heeft. Kort samengevat is het zo dat de aanpassingsstoornis een matige, kortdurende en non-specifieke reactie is op negatieve omgevingsinvloeden.

Hieronder de weergave vanuit de DSM-IV:

- De ontwikkeling van emotionele symptomen en gedragsvormen als reactie op een aanwijsbare stressfactor. De aandoening uit zich binnen drie maanden na het optreden van de stressfactor.
- De symptomen en het gedrag zijn klinisch duidelijk aantoonbaar, wat blijkt uit een van de twee volgende criteria of beide:
 1. aantoonbare spanning die erger is dan bij de stressfactor verwacht kan worden
 2. duidelijke hinder in de sociale omgang of op het werk
- De stressgerelateerde stoornis voldoet niet aan de criteria voor een andere specifieke stoornis uit AS I en is niet uitsluitend een symptoom van een bestaande stoornis uit AS I of AS II.
- De symptomen komen niet voort uit rouwverwerking.
- Als de stressfactor of de gevolgen zijn verdwenen, blijven de symptomen niet langer dan zes maanden aanwezig.

1.2 Verschillende subtypes aanpassingsstoornis

De aanpassingsstoornis heeft vijf verschillende subtypes.

1: Met depressieve stemming:

- Deze diagnose wordt gesteld als er sprake is van een depressieve stemming, huilbuien of gevoel van hopeloosheid.

2: Met angst:

- Deze diagnose wordt gesteld als de hoofdsymptomen bestaan uit nerveusheid, maken van zorgen of separatieangst.

3: Met zowel angst als depressieve stemming:

- Wordt gediagnosticeerd als er een combinatie is van depressieve stemming en angst.

4: Met een gedragsstoornis:

- Deze diagnose is er als de stoornis bepaald wordt door een gedragsstoornis waarbij rechten van de ander of aan leeftijd gekoppelde maatschappelijke normen en regels niet worden nageleefd. (bijvoorbeeld: vandalisme, veel vechten en spijbelen van school of werk)

5: Met een stoornis van zowel emoties als gedrag:

- Deze diagnose is er als het beeld zo is dat er emotionele symptomen zijn en een gedragsstoornis.

De niet gespecificeerde subtype is er nog als iemand niet onder de bovenstaande subtypes valt met zijn of haar reactie op psychosociale stressvolle gebeurtenissen.

Duur van symptomen

- De duur van de symptomen kan worden geclassificeerd als acuut of chronisch. Wanneer het acuut is, zijn de symptomen niet langer dan zes maanden aanwezig. Wanneer de symptomen langer dan zes maanden aanwezig zijn spreekt men van een chronische aanpassingsstoornis. Omdat de diagnose van een aanpassingsstoornis niet mag worden gesteld wanneer de symptomen langer dan zes maanden aanhouden, is de chronische classificatie alleen mogelijk wanneer de stoornis langer dan zes maanden aanwezig is als een reactie op een chronische stressvolle gebeurtenis of een stressvolle gebeurtenis met gevolgen die langer dan zes maanden aanwezig zijn.

1.3 Differentiaaldiagnose

Een aanpassingsstoornis moet onderscheiden worden van de volgende diagnosen:

- Posttraumatische stressstoornis.

Deze stoornis wordt gekenmerkt door de extreme en vaak levensbedreigende gebeurtenis(sen) die desbetreffende persoon heeft meegemaakt. Hierbij komt het herbeleven duidelijk naar voren. Bij de aanpassingsstoornis kunnen de gebeurtenissen van iedere mate van ernst zijn. Vaak zijn de gebeurtenissen minder extreem.

- Acute stressstoornis.

Deze stoornis lijkt op de posttraumatische stressstoornis. Hierbij zijn de symptomen niet langer aanwezig dan één maand. Wanneer dit wel zo is, dan kan je spreken van een posttraumatische stressstoornis. Het verschil met een aanpassingsstoornis maakt men op dezelfde manier als bij de posttraumatische stressstoornis.

-Rouwreactie.

Deze reactie komt vaak voor bij het overlijden van een geliefd persoon. Je kan dus ook stellen dat een rouwreactie niet pathologisch is. Wanneer deze reacties sterker van intensiteit zal zijn of langer duurt dan je normaal verwacht, dan kan men de diagnose aanpassingsstoornis erbij halen.

- Andere niet pathologische reacties op stress.

Ook de andere reacties die normaal zijn op een niet extreme gebeurtenis moeten in de gaten worden gehouden. Omdat er verder geen duidelijke verschillen zijn is het moeilijk om onderscheid te maken tussen een aanpassingsstoornis en een normale reactie op een (stressvolle) extreme levensgebeurtenis.

1.4 Beloop en prognose

De aanpassingsstoornis moet binnen drie maanden na een stressvolle gebeurtenis in het leven aan het licht komen en mag niet langer duren dan zes maanden nadat deze gebeurtenis is geweest of is gestopt. Wanneer het wel langer duurt moet men kijken naar een andere diagnose. De criteria voor de diagnose aanpassingsstoornis zijn sterk gericht op het gebruik ervan in volwassen populaties. Het is zo dat de reactie van kinderen heel anders is. Deze reactie hangt af van hun ouders die voor ze zorgen, maar ook van de mensen om hen heen. De reacties van kinderen duren over het algemeen ook wat langer dan de reacties van volwassenen. Dit hangt ook af van de duur waarmee ouders en mensen om kinderen heen met een desbetreffende levensgebeurtenis bezig zijn.¹

¹ <http://books.google.nl/books?id=7nu1ny8pDxUC&pg=PA437&lpg=PA437&dq=aanpassingsstoornis+diagnose&source=web&ots=8DM5jp1sq9&sig=iSkyIYoHL19HV1SK6N1qwYg-48&hl=nl#PPA437,M1>

Hoofdstuk 2

Fasenmodel van Baruch Levine

2.1 Ontstaan fasenmodel Baruch Levine

Hoe is Baruch Levine gekomen tot het fasenmodel?

- De langdurige praktijkervaring als groepspsychotherapeut heeft Baruch Levine veel inzicht gegeven in de verschijnselen van de groepsdynamische processen en het gedrag van de individuen daarin. Levine heeft zich uitvoerig bezig gehouden met de ontwikkelingsfasen van therapiegroepen. Levine is de ontdekker van de drie fasen waarin een groep zich kan ontwikkelen. Hij ontdekte dat de groepsontwikkeling niet geleidelijk gaat maar in drie fasen met als overgang een schok, een crisis. (zie uitleg fasen en crisissen)
Er waren geen andere therapeuten die een soortgelijk en sluitend systeem hebben beschreven, dus is Levine dit gaan doen. Levine heeft zowel de groepsdynamica, de positie van de cliënten en de rol van de therapeut in dat proces weten te beschrijven in zijn fasenmodel.

Het model van Levine is gebaseerd op een drietal stellingen over mensen en groepen:

- Mensen mogen elkaar meer naar mate ze vaker met elkaar omgaan, er is dus sprake van positieve contactgroei tussen mensen als zij elkaar blijven zien. (theorie van Homans).
- Groepsvorming wordt beïnvloed door de mate waarin een therapeut erin slaagt om op gepaste wijze gezag en invloed van zichzelf aan de groepsleden over te dragen.
- De ontwikkeling van de groep loopt parallel aan die van individuen en deze ontwikkeling voltrekt zich van ongedifferentieerd naar gedifferentieerd.

2.2 Uitleg fasen en crisissen

Hieronder volgt schematisch het fasenmodel en daaropvolgend de uitleg over de verschillende fasen en crises.

De parallelfase ➡ **Autoriteitscrisis.**
De opnemingsfase ➡ **Intimiteitscrisis.**
De wederkerigheidsfase ➡ **Separatiecrisis** en eindfase.



De parallelfase

- Iedere therapiegroep begint in de parallelfase. Deze fase kan kort, maar ook heel lang duren. Of een groep zich verder ontwikkelt dan deze fase en het tempo waarin dit gebeurt hangt van verschillende factoren af. Leeftijd, de ik-ontwikkeling van groepsleden, de groepssamenstelling, de doelstelling van de groep en de manier waarop de therapeut de groep leidt zijn de belangrijkste factoren.

De naam van deze fase komt van het speelgedrag van jonge kinderen. Kinderen van circa drie tot vijf jaar spelen vaak nog niet *met* elkaar, maar *naast* elkaar. Vaak bemoeien de kinderen zich wel met elkaar, maar gaan ze verder niet met elkaar om. Het begin van een therapiegroep lijkt vaak op het spel van kinderen.

De therapeut heeft vaak een centrale plaats en de groepsleden voelen zich van hem of haar afhankelijk. Dit is ook wel logisch omdat in een beginfase de groep nog niet weet wat ze van de groepsleden kunnen verwachten en wat er van hen wordt verwacht.

De groepsleden gaan er vanuit dat een ander in de groep dat ook niet weet en richten zich dus op de persoon die daar een uitzondering in is, de (psychomotorisch) therapeut in dit geval. De groep zal vaak vinden dat deze persoon een relevante opleiding heeft gevolgd, de groep bij elkaar heeft gezet (samen met andere deskundigen) en motiverende woorden heeft gesproken bij het starten van de groep.

Waarom merk je dat de groep in deze fase zit?

- Buiten de gerichtheid op de therapeut zie je in deze fase dat de leden in de groep zich kenmerken door algemeen beginnend contactueel gedrag. Omdat de leden in de groep nog niet zo goed weten wat ze aan elkaar hebben stellen de meeste mensen in de groep zich afwachting op en proberen de gesprekken zo onschuldig en gladjes mogelijk te laten verlopen. Met elkaar pratend zullen ze vaak een blik werpen op de therapeut om te kijken hoe hij of zij reageert op wat ze zeggen. Er zullen verschillende onderwerpen worden besproken, maar nergens wordt diep op ingegaan.

Assertieve groepsleden die sneller in groepen gewend zijn zullen de boventoon voeren. Dit wordt dan ook vaak toegelaten door de andere groepsleden zodat deze de kat uit de boom kunnen kijken. Hierbij vallen personen op die bang zijn, maar de neiging hebben om toch te domineren in de groep. Zij vertellen vaak meer over zichzelf dan dat ze eigenlijk kwijt willen. Als therapeut is het belangrijk dit scherp in de gaten te houden en tijdig af te remmen, hoe moeilijk dit ook kan zijn.

Er zullen nog geen openlijke conflicten zijn in deze fase. Wanneer er wel iets van onenigheid in de groep zal zijn wacht men rustig af, de groepsleden letten dan scherp op wat de therapeut doet of zoeken steun bij hem of haar.

Het zoeken naar overeenkomsten en gemeenschappelijkheden is ook een kenmerk in deze fase. Vaak als de groepsleden het idee hebben dat ze wat met elkaar overeen komen, zullen ze een stapje verder gaan en wat persoonlijker worden. Ook zijn er groepsleden die juist deze overeenkomsten en gemeenschappelijkheden niet willen zien. Deze personen hebben het gevoel nodig anders te moeten zijn. Het is als therapeut belangrijk om toe te staan dat mensen anders mogen zijn tot ze zich veilig voelen in de groep. Dan kunnen deze mensen enige affiniteit met anderen makkelijker en beter toe staan.

Autoriteitscrisis

- Wanneer groepsleden zich wat meer op hun gemak gaan voelen en elkaar wat beter leren kennen gaan ze vraagtekens zetten bij de gang van zaken en de regels die intussen zijn ontstaan. Vaak worden de gang van zaken en de regels toegeschreven aan de therapeut, dus zijn of haar gedrag wordt ter discussie gesteld, en er is sprake van een autoriteitscrisis. De manier waarop de therapeut met deze crisis omgaat is van groot belang, omdat het beslissend is voor de verdere ontwikkeling van de groep. Als de therapeut op de één of andere manier wat tegemoet komt aan de wensen van de groep krijgen ze in de gaten dat ze zelf invloed hebben op de gang van zaken in de groep. Ze zullen zichzelf meer als verantwoordelijk gaan zien voor wat er gebeurt binnen de groep. Er zal dan ontwikkeling plaats vinden richting onafhankelijkheid. Wanneer een groep niet door de autoriteitscrisis heen komt kan dit aan twee dingen liggen, of de therapeut geeft de verantwoordelijkheid niet uit handen of de groepsleden nemen zelf geen verantwoordelijkheid op zich.

Tijdens de autoriteitscrisis zijn er een drietal belangrijke wijzigingen in het gedrag van de groepsleden. Dit is de houding ten opzichte van de therapeut, de richting van interacties binnen de groep en de aanwezigheid van meer openlijke conflicten.

De opnemingsfase

- Tijdens deze fase ontwikkelt de groep zich tot een eenheid in plaats van een verzameling individuen. Deze ontwikkeling begint tijdens de autoriteitscrisis met het vormen van enkele subgroepen van voor- en tegenstanders van de therapeut en gaat verder tijdens de opnemingsfase. Deze fase wordt door groepsleden vaak ervaren als vervelend omdat er veel conflicten en tegenslagen zijn, maar het is een belangrijke fase in de groepsontwikkeling omdat er uiteindelijk een situatie ontstaat waarin iedereen elkaar accepteert ondanks dat er onderlinge verschillen zullen zijn. De groepsleden zullen in deze fase door hebben dat ze niet hetzelfde hoeven te zijn om geaccepteerd te worden, maar dat er ruimte is voor elk individu binnen de groep. Hierdoor wordt er een soort van fundament/basis gelegd voor verdere ontwikkeling binnen de therapie.

De twijfeling tussen geaccepteerd worden of afgewezen worden kan in deze fase voor veel spanning binnen de groep zorgen. De leden binnen de groep zijn geneigd iemand totaal te accepteren of totaal af te wijzen, als het ware het alles of niets effect.

Een ander proces wat in deze fase plaatsvindt is het verdelen van gezag en invloed tussen de leden van de groep. Wanneer groepsleden tijdens de autoriteitscrisis merken dat ze meer gezag en invloed krijgen komt de vraag al snel naar voren hoe deze invloed en het gezag onderling verdeeld moet gaan worden. De verdeling van die invloed en het gezag gebeurt binnen de groep vaak aan de hand van conflicten. Deze conflicten kunnen vrij heftig zijn omdat veel groepsleden het winnen van zo'n conflict zien als geaccepteerd worden binnen de groep. Er staat dus bij een dergelijk conflict veel op het spel, niet alleen gezag en invloed, maar ook acceptatie of afwijzing.

Waarom merk je dat de groep in deze fase zit?

- Je merkt dat in deze fase binnen de groep subgroepen en partijen worden gevormd. Het vormen van deze groepen gebeurt aan de hand van sekse, leeftijd, karaktertrekken, meningen enzovoort. Wanneer de activiteiten en doelstellingen van subgroepen niet botsen met die van de gehele therapiegroep hebben ze een belangrijke functie voor de groepsleden. De subgroepen bieden bescherming tegen isolement en zorgen voor steun en verbondenheid. Meestal verdwijnen subgroepen als de leden zich veiliger gaan voelen in de gehele groep, men heeft dan die bescherming van de subgroep niet meer nodig. Het uiten van irritaties is iets wat in deze fase ook duidelijker naar voren komt. Iedereen binnen de groep zal in deze fase wel eens voor de vraag komen staan of hij/zij zijn negatieve gevoelens over iemand anders in de groep zal uiten of niet. Als de persoon in kwestie zijn gevoelens uit en merkt dat het niet direct in een ruzie of escalatie terecht komt, maar zelfs tot steun en bijval van andere groepsleden zal langzaam het alles of niets karakter rondom acceptatie en afwijzing verdwijnen.

Ook zullen er in deze fase duidelijk openlijke conflicten zijn. Zoals al eerder vermeld kunnen deze conflicten zwaar beladen zijn in deze fase omdat de koppeling gemaakt wordt naar acceptatie en afwijzing bij het winnen of verliezen van een conflict. Groepsleden raken steeds meer bij elkaar betrokken. Deze betrokkenheid uit zich in het aangaan van conflicten, die zullen gaan over hoe het er in de groep aan toe hoort te gaan.

Intimiteitscrisis

- Als de acceptatie tussen groepsleden groeit en de angst om afgewezen te worden afneemt wordt de sfeer in de groep evenwichtiger en veiliger. Er zal meer ruimte komen voor het delen van ervaringen en gevoelens en groepsleden durven zich kwetsbaarder op te stellen. De interacties zullen persoonlijker en gevoelsmatiger worden. Er is sprake van intimiteit als groepsleden wederzijds gevoelsmatig contact met elkaar hebben en daarmee om kunnen gaan. Op weg naar het einde van de opnemingsfase hebben de intimiteitscrises een speciale betekenis. Met deze crisis wordt de basis gelegd voor de uitwisseling van gevoelens en kwetsbaarheden die in de therapieën naar voren komen. Dit is van groot belang tijdens de therapeutische verdieping in de wederkerigheidsfase. (de volgende fase)

Een groot en belangrijk verschil met de voorgaande fasen is dat de partijen en subgroepen wegvallen. Het affectieve contact tussen de groepsleden zal zich veel meer door de hele groep verspreiden. Doordat de toename van dit gevoelsmatige contact allerlei angsten op kan roepen bij groepsleden zal dit proces niet als vanzelf verlopen. Er ontstaan dus intimiteitcrises. Tijdens deze crisis zullen de patiënten op zoek gaan naar een manier om met deze toenemend intimiteit om te gaan zonder er angstig of gespannen van te raken. Wanneer de angst te ver oploopt kunnen bepaalde groepsleden verdere affectieve uitwisselingen blokkeren of de kop in drukken. De crisis zal dan niet worden opgelost en de groep zal blijven steken in de opnemingsfase. (zie casus Gerco) De gevoelsmatige en persoonlijke uitwisselingen binnen een groep moeten gangbare interactiepatronen worden zonder dat ze dwingend zijn voor iedereen. De meeste therapiegroepen hebben wel een aantal intimiteitcrises nodig om dit bereiken, omdat er toch vaak patiënten zijn die nare en/of conflictueuze ervaringen met intimiteit hebben gehad.

De wederkerigheidsfase

- Dit is de fase waarin de ontwikkeling van een groep voltooid is. De dynamiek komt tot rust en er ontstaat ruimte om de problematiek van alle individuele groepsleden te bespreken. De langdurige therapiegroepen brengen het grootste gedeelte van hun therapie door in deze fase. Als therapeut merk je ook dat je in deze fase productief bezig kan zijn met een groep. Eigenlijk kun je het zien als de fase waarin je oogst vanuit de investeringen in de voorgaande fasen. De patiënten in de groep zullen elkaar zien als mensen met wie ze gevoelens kunnen delen en bespreken. Men hoeft zich niet meer te verdedigen tegenover een ander uit de groep, wat in voorgaande fasen wel gebeurde. De empathische band die ontstaat in deze fase zal een directe bijdrage leveren aan de therapeutische groei van de groepsleden. Doordat ze met elkaar hun belevingswereld kunnen bespreken gaan ze hun gedrag en gevoelens steeds meer zien als algemeen en menselijk, in plaats van persoonlijk en apart. Door deze opwaartse spiraal komt er vaak een snelle therapeutische progressie in het gedrag van de groepsleden. Hierbij is het belangrijk dat eventueel nieuw gedrag in het dagelijks leven ondersteund wordt.

Waaraan merk je dat de groep in deze fase zit?

- Je zult in deze fase merken dat de groep openlijk communiceert over gevoelens. Vaak hoeft je als therapeut hier niet eens vragen over te stellen of interventies voor te doen. Groepsleden voelen zich zo op hun gemak en vinden het in die mate veilig dat ze hun gevoelens openlijk zullen bespreken. Ook buiten de therapieën om zullen de groepsleden onderling makkelijker over gevoelens spreken. Er zijn geen subgroepen en partijen meer binnen deze fase. Dat betekent niet dat bijvoorbeeld twee individuen niets kunnen bespreken met elkaar, maar het is over het algemeen zo dat iedereen binnen de groep vrijuit over zijn gevoelens kan spreken binnen deze fase. Onderling zal iedereen de verschillen van elkaar moeten en kunnen accepteren. Het is niet zo dat er discussies en/of conflicten ontstaan doordat iemand het anders zijn van de ander niet accepteert. Het terugkeren van conflicten is een belangrijk kenmerk in deze fase. In de opnemingsfase zullen er meer conflicten zijn dan in de wederkerigheidsfase. Conflicten kunnen terug keren, maar worden vaak tot in de puntjes uitgesproken.

Separatiecrisis (en eindfase)

- Dit is een fase die tijdens het gehele bestaan van de groep naar voren komt, maar het speelt een belangrijke rol in de overgang van wederkerigheidsfase naar eindfase. Separatiecrises vinden plaats als een patiënt een groep verlaat, de therapeut met een groep stopt, tijdens de autoriteitscrisis, in de aanloop naar vakanties en voorafgaand aan het einde van een gesloten groep.

Kenmerkend voor de separatiecrisis is het dreigende verlies van relaties die iemand moeizaam heeft opgebouwd, die belangrijk geworden zijn en steun geven. Het dilemma wat op zo'n moment naar voren komt is als volgt; er is een wens om zelfstandig verder te gaan, en anderzijds is er de angst om alleen gelaten te worden en niet zonder de steun te kunnen. Een separatiecrisis wordt opgelost als groepsleden hun gevoelens van rouw kunnen beleven en meer vertrouwen krijgen in hun mogelijkheden om relaties buiten de therapiegroep aan te gaan. Groepsleden kunnen op uiteenlopende manieren reageren op het naderende eind van een groep. In het begin van de separatiecrisis proberen ze vaak de therapeut zo ver te krijgen dat die zich weer als de belangrijkste hulpverlener gaat gedragen. Vaak doen de patiënten dit niet door het direct en openlijk te vragen, maar door zich regressief-depressief te gedragen of door zich afhankelijk te gedragen. Bij het regressief-depressieve gedrag doen ze vaak net alsof ze niet geleerd hebben in de therapie en vallen eigenlijk terug naar een ontwikkelingsniveau wat ze eigenlijk al gehad hebben. Ze laten ander gedrag zien wat eigenlijk zegt dat ze absoluut nog niet zouden kunnen stoppen met de therapie. Bij het afhankelijk opstellen laten ze merken dat het ze helemaal niets doet dat ze de groep verlaten en dat ze er helemaal klaar voor zijn. "Ik kan alles en iedereen aan".

Wanneer het naderende einde een gevoelsmatige realiteit is geworden (de eindfase) die niet te bagatelliseren en te ontwijken is, komen er ook andere kenmerken naar voren.

Het kan zijn dat een patiënt agressief of boos reageert. De boosheid kan zich naar buiten uiten, maar ook naar groepsleden binnen de groep. Ook de therapeut kan, en is vaak, doelwit van deze boosheid, want de therapeut heeft de groep opgezet en heeft er ook voor gezorgd dat het einde van de therapie er nu is.

Ook kan het zo zijn dat een patiënt er voor kiest om de balans op te maken, en dit hoort er natuurlijk ook bij. Wat heeft het de patiënt opgeleverd in deze therapiegroep therapie gevolgd te hebben is de grote vraag bij het opmaken van deze balans. Het opmaken van deze balans vindt vaak plaats wanneer de gevoelens rondom het afscheid al enigszins tot rust zijn gekomen. Het is hierbij belangrijk dat groepsleden bij het opmaken van die balans zich niet alleen richten op hun functioneren binnen de groep, maar ook hoe hun ervaringen erbuiten zijn en hoe ze de ervaringen binnen de groep daarbij kunnen gebruiken.

2.3 Wisseling van fase naar fase

- Een groep kan zich snel verplaatsen van fase naar fase. Het is niet zo dat er een bepaalde tijd staat voor een fase voordat een groep overgaat naar een andere fase. Tijdens de therapie kunnen er verschillende factoren een rol spelen op de ontwikkeling rondom de fasen. Wanneer iemand vertrekt kan de groep bijvoorbeeld weer in de parallelfase starten, maar het zou ook vooruit kunnen als hierdoor bijvoorbeeld iemand zich goed op zijn gemak gaat voelen en steeds meer van zichzelf laat horen.

Kortom: de wisseling van fase naar fase kan snel plaats vinden en het is zo dat de groep terug kan vallen of vooruit kan gaan door gebeurtenissen en gedragingen binnen de groep. Het is ook niet gezegd dat je als groep alle fasen doorlopen moet hebben. Het is niet zo dat als je bijvoorbeeld de wederkerigheidsfase niet behaald, je een therapie niet af kan sluiten. Het is puur om als therapeut te kijken hoe een groep zich ontwikkeld tijdens de therapie en wat je als therapeut binnen deze fase zou kunnen doen.

Hoofdstuk 3

Casus Gerco, diagnostiek en behandeling

3.1 Informatie over casuïstiek in deze scriptie

Omschrijving van therapiegroep van Gerco*

- Gerco volgt zijn therapie in groep 10. Groep 10 is een psychotherapiegroep op de PAAZ-afdeling van het Twenteborg ziekenhuis in Almelo. De groep heeft gedurende mijn stageperiode constant uit 8 patiënten bestaan. Momenteel bestaat de groep uit 5 vrouwen en 3 mannen. De leeftijd varieert van 25 tot 50 jaar. Er zijn enkele wisselingen binnen de groep geweest gedurende mijn stage, zo zijn er twee patiënten met ontslag gegaan en zijn er twee patiënten tijdens mijn stage gestart binnen deze groep, waaronder Gerco. Toen Gerco begon in groep 10 was het mijn tweede week stage, dus ik heb Gerco mijn gehele stage gezien binnen groep 10. De groep volgt 3 dagen in de week therapie. Gemiddeld is het verblijf in de groep een jaar, met een maximum van 14 maanden. De therapieën die gevolgd worden zijn zowel verbaal als non-verbaal.

* fictieve naam

3.2 Casus Gerco

Gerco is een 45 jarige man, die begin januari gestart is in groep 10. De afgelopen drie jaar is er in het leven van Gerco het nodige gebeurd. In 2006 is hij op het werk weggeorganiseerd, hij heeft hierdoor een tijdje in de WW gezeten. Hij is toen financieel manager geworden, ook hier is hij in juni 2007 ontslagen. Sindsdien is hij werkloos.

In 2006 is hij van zijn vrouw gescheiden. Hij woont nu op zichzelf, en heeft naar omstandigheden redelijk contact met zijn ex-vrouw. Samen hebben ze de zorg over twee dochters, van 7 en 9. De laatste tijd lijken de dochters van Gerco in toenemende mate verdrietig te zijn over de scheiding van hun ouders.

3.3 Diagnostiek

Classificerende diagnostiek

- As I : Aanpassingsstoornis, met gemengd angstige en depressieve stemming. (309.28)
- As II : Uitgestelde diagnostiek
- As III : Spanningshoofdpijn, rugklachten en schouderklachten.
- As IV : Problemen relationeel systeem
- As V : GAF 60

Hermeneutische diagnostiek

- Gerco is een man die het erg moeilijk vindt om over zijn gevoelens te praten. Gerco is opgegroeid in een gezin met één zus en drie broers. Da hij veel jonger is dan zijn zus en broers heeft Gerco niet als vervelend ervaren. Zijn vader overleed op 73-jarige leeftijd aan cerebellair aneurysma en zijn moeder op 79-jarige leeftijd aan de gevolgen van dementie.

Gerco is in het verleden financieel directeur geweest van een bedrijf met 140 werknemers. Het is op zijn werk destijds een periode erg hectisch geweest in verband met een mogelijke overname door een ander bedrijf. In 2006 is hij op het werk weggeorganiseerd en plotsklaps overgenomen door een andere directeur, toen heeft hij een tijdje in de WW gezeten. Vrij snel is hij weer begonnen als financieel manager bij een andere organisatie en hier ontslagen in juni 2007. Gerco merkte tijdens vergaderingen dat hij vermoeid werd. Het ontslag op zijn werk heeft hij volgens hem aardig kunnen verwerken al zegt hij er op dat moment wel erg van gebaald te hebben.

Nu merkt Gerco dat hij toenemend vermoeid is en moeite heeft met in slaap komen.

Wanneer Gerco goed heeft geslapen, heeft hij weinig tot geen last van vermoeidheid. Zoals eerder vermeld is Gerco in 2006 gescheiden van zijn vrouw, met wie hij 2 dochters heeft. Zijn dochters lijken de laatste tijd in toenemende mate verdrietig te zijn over het de scheiding van hun ouders. Gerco voelt zich hier wel enigszins verantwoordelijk voor, omdat hij in die tijd te weinig tijd voor zijn (ex)vrouw vrij heeft gemaakt.

Binnen de groep vindt Gerco het lastig om zijn mening weer te geven en vindt hij het erg vervelend een confrontatie met een groepslid aan te gaan en te praten over zijn gevoelens. Hierdoor is het voor Gerco moeilijk om sociale contacten aan te gaan. Doordat hij hier af en toe in vast loopt heeft Gerco last van angstklachten en is hij geneigd te gaan doemdenken. Je ziet ook dat Gerco tijdens de therapieën veel voor zich zelf invult terwijl hij niet zeker weet of dit wel zo is.

Kritische diagnostiek

- Vanuit zijn jeugd heeft Gerco niet zoveel meegenomen en zijn er geen opvallende voorvallen geweest. Wel zijn beide ouders van Gerco al overleden. Gerco was de jongste en dit scheelde met zijn zus en broers ruim 10 jaar. De moeder van Gerco had voor haar dementie vergelijkbare klachten, kijkend naar de klachten die Gerco nu heeft. In vrij korte tijd (circa twee jaar) is Gerco veel verloren. Tot twee keer toe zijn baan en hij is gescheiden van zijn vrouw. Doordat het voor Gerco moeilijk was en is om over zijn gevoelens te praten heeft hij nooit echt zijn verdriet over dit grote verlies kunnen verwerken.

Nu in de therapie loopt Gerco vast in het feit dat hij zijn gevoelens niet uit en zijn mening niet durft weer te geven. Hierdoor ontstaan er, vanaf Gerco zijn kant ongewild, vaak conflicten omdat de groep verwacht dat hij zich opener op gaat stellen. De groep vindt het moeilijk Gerco te pijlen, waardoor hij veel kritiek krijgt. Omdat hij hierover onzeker is gaat stapt hij snel over in het doemdenken.

3.4 Behandeling

Theoretische referentiekaders

Groep 10 is zoals eerder gezegd een psychotherapiegroep waarbij de groep wordt gebruikt om individuele verandering te weeg te brengen bij de patiënten. De patiënt leert inzicht te krijgen in eigen denken, voelen en handelen waardoor het volgende uitgangspunt ontstaat:

- Het aanleren van nieuwe vaardigheden en copings-mechanismen door middel van het krijgen van emotioneel inzicht.

De attitudes die een psychomotorisch therapeut aanneemt komen vaak voort uit het referentiekader waarmee gewerkt wordt. Binnen groep 10 wordt er gewerkt vanuit twee verschillende referentiekaders. Afhankelijk van het probleem zal de psychomotorisch therapeut gebruik maken van het referentiekader die aansluit bij de problematiek van de patiënten. Hieronder een korte uitleg van de theoretische referentiekaders binnen groep 10.

Psychoanalytische psychotherapie:

- De psychoanalytische psychotherapie is een relatief langdurige (1 jaar) psychoanalytische behandelvorm. Achtergrond en uitgangspunten zijn gelijk aan die van de psychoanalyse. Psychoanalytische psychotherapie streeft ernaar de patiënt door inzicht in zichzelf, in staat te stellen zich te bevrijden van irrationele en zelfbeperkende gedachten, gevoelens en gedragingen. De verschillen met psychoanalyse zitten vooral in de techniek, de duur van behandeling en de setting waarbinnen de psychoanalytische psychotherapie plaatsvindt.

Groepsdynamica:

- Groepsdynamica is letterlijk de studie van groepen mensen in een directe contactsituatie. Hierbij zijn interactie en context de belangrijkste hoofdelementen. Interactie houdt wederzijdse beïnvloeding in: de activiteit van een groepslid wordt gestimuleerd door de activiteit van ander groepslid. Andere aspecten die bij groepen een rol spelen zijn:

- Groepsbewustzijn en interdependentie (onderlinge samenhang). Groepsleden zijn bij elkaar betrokken. Een gebeurtenis die invloed heeft op een groepslid, heeft een weerslag op alle andere groepsleden;
- Structuur, in groepen ontstaan normen, gedeelde gedragsregels, rollen en machtsrelaties;
- Motivatie, mensen worden vaak lid van een groep vanuit een bepaald belang. Als een groep er niet in slaagt om te voldoen aan de behoeften en belangen van haar leden, komt het voortbestaan van de groep in gevaar;
- Het bestaan van een gemeenschappelijk doel.

PMT strategieën

De PMT strategieën die binnen groep 10 veelal toegepast worden zijn *oefenen* en *ervaren*.

Bij *oefenen* staat het vergroten van waarnemings-, belevingsvermogen en gedragsrepertoire centraal. Ook het in contact blijven met omgeving en/of lichaam is een belangrijk aspect. Er worden gestructureerde bewegings- en lichaamservaringen aangeboden, waarbij het accent wordt gelegd op het hier en nu. Hierbij biedt de therapeut structuur en veiligheid.

Binnen groep 10 wordt een activiteit gedaan waarbij het thema: leiden en volgen centraal staat. De psychomotorisch therapeut biedt een gestructureerde opdracht aan: 2 patiënten houden een stok vast, patiënt 1 neemt de leiding en patiënt 2 volgt, er wordt met de stok rondgelopen door de zaal. Tijdens de activiteit stuurt de therapeut de patiënten, geeft aanwijzingen en geeft aan wanneer de oefening wordt nabesproken. Patiënten oefenen in deze activiteit bewust met het nemen van de leiding.

Bij de modaliteit *ervaren*, gaat de patiënt experimenteren met gedragsalternatieven en effecten van deze alternatieven op zijn gedrag en in relatie tot zijn omgeving. Op deze manier probeert de patiënt inzicht te krijgen in zijn eigen gedrag en zo zijn zelfstructurend vermogen te vergroten. Het accent wordt hierbij gelegd op het hier en nu en het daar. De therapeut probeert de patiënt uit te lokken en creëert activiteiten waarbij de patiënt kan experimenteren met gedragsalternatieven, daarnaast heeft de therapeut een uitnodigende attitude.

Hoofdstuk 4

Koppeling casus naar fasenmodel van Baruch Levine

4.1 Groepsontwikkeling fasenmodel

- Tijdens het schrijven van mijn scriptie en mijn stage zat groep 10 in de opnemingsfase van het fasenmodel van Baruch Levine. De groep is er nog niet helemaal aan toe om naar de wederkerigheidsfase te gaan omdat er onderling nog regelmatig conflicten en discussies zijn die ze niet zelfstandig uitpraten. Zoals al eerder vermeld is het in de opnemingsfase van belang dat men elkaar gaat accepteren. In groep 10 is het duidelijk zichtbaar dat er bij sommige groepsleden twijfeling is tussen geaccepteerd worden en afgewezen worden. Er zijn al verschillende intimiteitscrises geweest tijdens PMT. Binnen de groep zijn er verschillende leden die negatief of conflictueus in aanraking zijn gekomen met intimiteit. Tijdens de intimiteitscrises is het zo dat er een basis gelegd wordt om emoties en gevoelens te uiten. Ook dit is voor bepaalde personen nog erg lastig. Hierdoor is het moeilijk om als groep door te stromen naar de wederkerigheidsfase.

Er zijn binnen groep 10 wel momenten dat de groep gedrag laat zien dat in de wederkerigheidsfase naar voren komt. Maar het is nog lang niet zo dat de groepsleden hun gedrag als algemeen en menselijk zien. Binnen de groep wordt er nog veel vergeleken met hoe een ander iets doet, merk je dat ze elkaar nog regelmatig aanvallen, of dat het voelt alsof men aangevallen wordt. Ook zijn er momenten dat het nog sterk op de parallelfase lijkt. Dan komen er duidelijke enkele groepsleden naar voren die zich veel laten horen en de overige groepsleden wacht rustig af.

Groep 10 bevindt zich nu al enige tijd in de opnemingsfase, waarbij ze soms wat sprongetjes maken richting de wederkerigheidsfase door een intimiteitscrises mee te maken. Als voorbeeld neem ik een situatie waardoor de groep wat stroever ging lopen, waardoor ze duidelijk in de opnemingsfase bleven steken. Er is in de groep een vrouw die in het weekend mishandeld was, waardoor intimiteit voor haar op dat moment erg lastig was. Ze vond het moeilijk haar emoties en gevoelens een plaats te geven, waardoor de sfeer in de groep heel anders werd. De groep vond dit erg lastig, waardoor ook hierin iedereen wat minder zijn emoties en gevoelens durfde en wilde uiten.

4.2 Vastlopen van Gerco binnen fasemodel

- Kijkend naar het fasenmodel van Levine is het zo dat de groep blijft steken in de opnemingsfase. Hierin speelt het gedrag van Gerco ook een grote rol. Voor zichzelf is het lastig, maar ook voor de groep, omdat de groep ook blijft steken in deze fase. Gerco heeft veel moeite met het uiten van emoties en gevoelens. Gerco probeert met de intimiteit om te gaan, maar dit is erg lastig voor hem. Doordat het uiten van zijn emoties en gevoelens niet lukt, wordt Gerco wat angstig, waardoor hij (en hiermee ook de groep) blijft steken in de opnemingsfase. Het aangaan van een open conflict is iets waar Gerco ook moeite mee heeft. Het aangaan van conflicten en het uiten van emoties en gevoelens zijn twee belangrijke punten om mee om te gaan, alvorens een groep doorstroomt naar een volgende fase.

Hoofdstuk 5

Attitudes van psychomotorisch therapeut binnen casus Gerco

5.1 Inleiding

- Tijdens mijn stage heb ik veel verschillende groepen mee gemaakt. Ook heb ik deze verschillende groepen in verschillende fasen van het fasenmodel van Levine zien zitten. Vanuit de literatuurklapper van de verdiepingscursus "Werken met groepen" heb ik informatie gehaald rondom de attitudes van de therapeut tijdens de ontwikkeling van de groep in de verschillende fasen van het fasenmodel van Baruch Levine. De tekst in de literatuurklapper is geschreven door Theo Hoijsink en heet "Ontwikkelingsfasen in groepen". De schuingedrukte tekst zijn attitudes waarvan ik vind dat ze in desbetreffende fase van de groepsontwikkeling erg belangrijk zijn, maar niet zozeer in de literatuur vermeld stonden. In paragraaf 5.2 vind je een overzicht van de belangrijkste kenmerken en verschillende attitudes in de verschillende fasen van het groepsfasenmodel.

5.2 Beschrijving van verschillende attitudes in de verschillende fasen

De parallelfase:

- In deze fase is het belangrijk dat de psychomotorisch therapeut zich realiseert dat in deze fase zijn rol centraal staat. Het gedrag van de therapeut heeft een grote voorbeeldfunctie. Het is dus van belang als therapeut geen dingen te doen en te verwachten die je van patiënten ook niet verwacht. Bijvoorbeeld lang zwijgen, moeilijke opmerkingen plaatsen of teveel afstand bewaren. Er is een fout die veel psychomotorisch therapeuten maken en dat is denken dat het aan de persoonlijke omstandigheden van groepsleden ligt, in plaats van te weten dat het een normaal groepsdynamisch ontwikkelingspatroon is in deze fase.

De volgende attitudes zijn van belang in deze fase:

- Stimulerende: het is van belang dat het gedrag van de patiënten dat de groepscohesie ten goede komt gestimuleerd wordt. Het op een milde manier stimuleren van de interacties tussen groepsleden zal een positieve werking hebben op de ontwikkeling van de groep.
- *Structurende: ook in deze fase vind ik dat structuur erg belangrijk is. De groep heeft behoefte aan duidelijkheid in deze fase. Het is voor de groep van belang dat ze weten waar ze aan toe zijn en wat van ze verwacht wordt, omdat onduidelijkheid in deze fase onveilig zal voelen zal de groep zich afwachtend en passiever op stellen.*

Autoriteitscrisis:

- Het omgaan met autoriteitscrises is een lastige opgave voor een psychomotorisch therapeut. Als je als therapeut snel en teveel toegeeft wordt je als therapeut al gauw ervaren als zwak en onveilig. Door op kritiek niet afwerend te reageren, boos te worden of zielig te doen, laat de therapeut zien hoe je hierop kan reageren en dat is belangrijk omdat je in deze fase een voorbeeldfunctie hebt. Wanneer de therapeut in deze fase kritiek afkapt, devalueert (in waarde verminderd) of niet serieus neemt, komt een groep vaak in opstand of blijven ze hangen in de parallelfase. De patiënten zullen een volgende keer weer makkelijker met kritiek naar voren durven komen.

Het is belangrijk om initiatieven van de patiënten niet af te keuren of te devalueren, het is belangrijker dat ze initiatief tonen, dan wat er wordt voorgesteld. Het is ook zo dat tijdens autoriteitscrises de psychomotorisch therapeut zijn ideeën even in de ijskast zet.

Je ziet vaak in de autoriteitscrises dat er twee groepen ontstaan, één voor de therapeut en één tegen de therapeut. Het is van belang in deze fase niet voor één van beide partijen te kiezen, maar beide partijen steun en aandacht te geven zodat er een oplossing van de autoriteitscrisis naar voren zal komen.

De volgende attitudes zijn van belang in deze fase:

- Complimenterende: het is van belang dat de intimiteitscrises door de therapeut met complimenten wordt benadrukt, dit omdat het voor de groep goed is dat ze door deze crisis heen gaan. Hiermee zullen ze een basis leggen voor het uitwisselen van emoties en gevoelens. (wat binnen mijn casus erg van belang was/is)
- *Ondersteunende: omdat deze crisis samen met de opnemingsfase gezien wordt als een vervelende fase in de therapie is het belangrijk als therapeut de groepsleden te ondersteunen in deze fase van de behandeling. Deze steun zullen ze verderop in de therapie elkaar geven, maar als therapeut is het belangrijk dat in deze fase (ook) te doen.*

Opnemingsfase:

- In deze fase van de behandeling is het belangrijk dat er een sfeer ontstaat waarin er ruimte is voor het uiten van gevoelens en emoties. De therapeut dient er voor te zorgen dat dit tot een normatief gebeuren binnen de groep gaat behoren. Het is zo dat de therapeut in moet gaan op conflicten en meningsverschillen, zo laat hij zien dat het bespreken van gevoelens en emoties gepast en welkom is binnen de groep. Tijdens het aangaan van deze conflicten en meningsverschillen is het belangrijk dat de therapeut zorgt voor een evenwichtige inspraak van de groepsleden tijdens zo'n conflict of meningsverschil. Vaak ontstaat tijdens zo'n conflict of meningsverschil de vraag bij groepsleden of men nog wel geaccepteerd wordt als men het ergens niet mee eens is. Het dilemma tussen acceptatie en afwijzing is in deze fase iets wat erg speelt bij groepsleden. Als therapeut is het belangrijk om te proberen dat de groepsleden in gaan zien dat ze al discussiërend meerdere gevoelens hebben bij een bepaald standpunt. Zo gaan ze ook sneller van elkaar hun standpunten accepteren.

De volgende attitudes zijn van belang in deze fase:

- Neutrale: het is belangrijk in deze fase neutraal te staan in discussies, conflicten en meningsverschillen die er zullen zijn. Het is niet de bedoeling als therapeut aan één kant van een groepslid of meerdere groepsleden te gaan staan, want dan zullen er scheve gezichten komen binnen de groep richting de therapeut.
- *Ondersteunende: ook in deze fase vind ik dat er ondersteund moet worden omdat er individueel, maar ook in groepsverband leden onder vuur komen te liggen wanneer ze conflicten niet aangaan of hun emoties en gevoelens niet uiten. (zie mijn casus) Als tijdens deze conflicten een individu of groep niet ondersteund wordt dan zullen ze nog angstiger worden en hier in vastlopen.*

Intimiteitscrisis:

- In deze fase moet een therapeut oppassen dat hij niet te veel de persoonlijke en gevoelsmatige contacten tussen groepsleden stimuleert. Vaak zal de therapeut merken dat dit averechts werkt. De groepsleden zullen dicht slaan en genegeerd om zich heen kijken of terugvallen op het uitwisselen van allemaal feiten.

De volgende attitudes zijn van belang in deze fase:

- Respecterende: in deze fase kan de therapeut door veel te respecteren veel bereiken. Terughoudendheid en de angsten van de groepsleden bespreken is in deze fase erg belangrijk. Tijdens de eerste intimiteitscrisis is het belangrijk om niet te diep in te gaan op angsten en emoties en te respecteren wat iedereen ervaart en naar voren brengt.
- Geduldige: het te snel opjagen van de groep richting intimiteit is niet de juiste manier tijdens deze crises. Omdat vaak veel groepsleden een terughoudende houding aannemen zal het ontwikkelingsproces tijdens de intimiteitscrises wat minder snel verlopen.

Wederkerigheidsfase:

- Het is voornamelijk moeilijk om als psychomotorisch therapeut tijdens deze fase de inbrengen van de groep als procesontwikkeling te zien. Vooral als beginnend therapeut, maar ook als ervaren therapeut is het lastig om de inbreng niet als aanval te zien op je professionele handelen. Je moet als therapeut hier niet de primaire hulpverlener willen blijven, want de groep is in deze fase al vrij onafhankelijk geworden en hebben zoveel vertrouwen in zichzelf en elkaar ontwikkeld dat zij zelf een belangrijke bron van wederzijdse hulp en steun zijn geworden. Hierbij moet je wel oppassen dat je als therapeut niet te afwachtend opstelt, omdat je een gevoel van nutteloosheid ervaart. Deze fase werd gezien als fase van oogsten, dus je hoeft als therapeut niet heel veel te sturen.

De volgende attitudes zijn van belang in deze fase:

- Confronterend: de groep heeft in deze fase de ontwikkeling als het ware voltooid. In deze fase kun je als therapeut hard werken en mag je de patiënten confronteren met hun gedrag en gevoelens. De veerkracht van ieder individu en de groep is zo sterk dat ze dit aan moeten kunnen in deze fase.
- Loslatend: de groep zal onderling dingen van elkaar duidelijk willen hebben en ze zullen elkaar hierover vragen stellen. Zoals hierboven omschreven is het moeilijk om de groep los te laten als therapeut, maar in deze fase wordt dat wel van je verwacht. De groep moet eigenlijk in staat zijn alle discussies, conflicten en meningsverschillen zelfstandig op te lossen.

Separatiecrisis en de eindfase:

- In deze fase zal er een tijdsdruk zijn waar de therapeut mee te maken krijgt. Als therapeut is het belangrijk in deze fase de dynamiek van de groep zo te verzorgen dat iedereen aan bod kan komen. Door het naderende einde van de therapie kunnen de emoties hoog oplopen en kunnen groepsleden dichtslaan en dreigen ze kopje onder te gaan. In voorgaande fasen kon de therapeut nog wat achteruit hangen, maar nu moet hij echt aan het werk en ervoor zorgen dat iedereen aan bod komt.

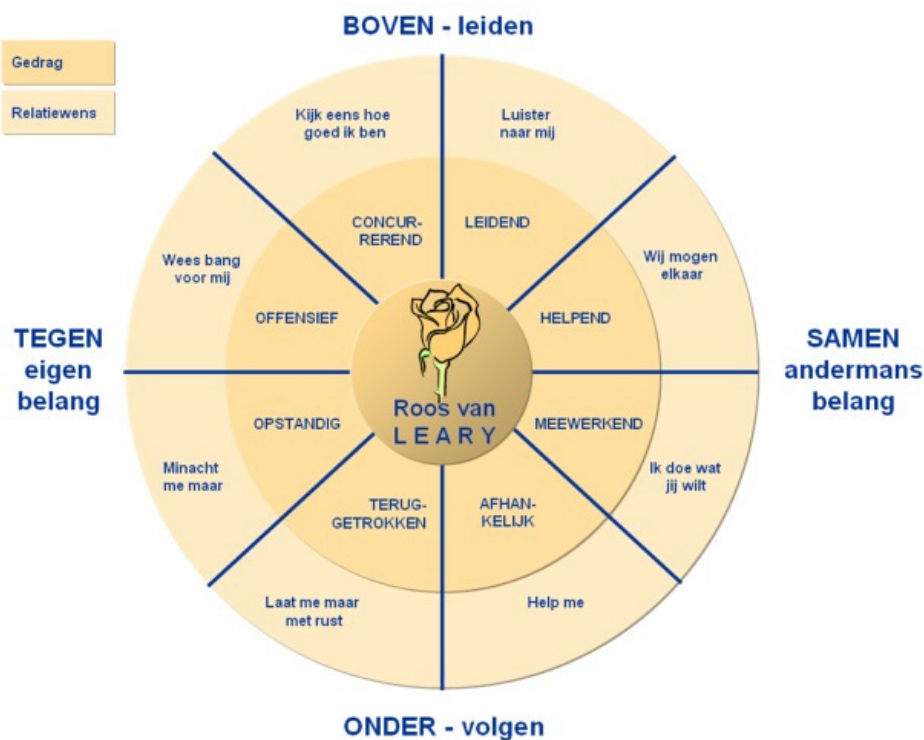
De volgende attitudes zijn van belang in deze fase:

- Actieve: omdat de groepsleden het niet gemakkelijk vinden om een groep te verlaten is het belangrijk als therapeut je actief op te stellen en alles in goede banen te leiden. Er zal veel tijdsdruk zijn en de therapeut dient dit op een correcte manier te verdelen.
- Oplossende: het is zo dat de therapeut veel "kleine" discussies e.d. op moet lossen in deze laatste fase. Er zullen veel irritaties en boosheden geuit worden richting de therapeut, omdat het einde in zicht is. Door dit op een goede manier uit te spreken en duidelijk te maken zullen de negatieve aspecten van een groep ook naar boven komen en zullen de groepsleden zich realiseren dat het helemaal niet zo verkeerd is om afscheid te nemen van de groep waarin ze de therapie gevolgd hebben.

5.3 De Roos van Leary

Zelf heb ik in de parallelfase en in de opnemingsfase een attitude toegevoegd omdat ik in de praktijk erachter ben gekomen dat ik die erg belangrijk vond. Ik heb geprobeerd met de Roos van Leary hier naar te kijken. Volgens Leary verloopt het menselijke gedrag grofweg over 2 assen. In de Roos van Leary wordt dit visueel gemaakt door een horizontale as en een verticale as (zie figuur 1) De horizontale as staat voor de relatie die iemand met een ander heeft, samen gedrag of tegen gedrag. Wanneer er sprake is van samen gedrag betekent dat er affiniteit is met de ander, dat men wil samen werken en prima door één deur kan. Bij tegen gedrag bestaat er vijandigheid naar de ander, belangen van acceptatie spelen hierin nauwelijks een rol, men kan niet met elkaar overweg en er is geen sprake van samenwerking.

De verticale as wijst naar hiërarchisch gedrag, boven gedrag of onder gedrag. Bij onder gedrag wordt bedoelt dat iemand onderdanig gedrag vertoont naar de ander, die persoon beschouwt zich op dat moment ondergeschikt aan de ander. Het gedrag van deze persoon is nauwelijks of niet gericht op het beïnvloeden van de ander. Bij boven gedrag vertoont de persoon dominant gedrag naar de ander, en beschouwt zich op dat moment “meerdere” van de ander. Het gedrag van deze persoon is gericht op het beïnvloeden van de ander.



Figuur 1 (de Roos van Leary)

Door de Roos van Leary te bekijken heb ik ook geprobeerd om eens op die manier een attitude aan te nemen en te kijken wat dit voor effect had. Hierbij komt ook duidelijk naar voren dat als je iets biedt wat een groep niet wil, ze zich tegen je gaan keren. Het omgekeerde kun je proberen door je eens tegen de groep of een individu te keren wanneer ze jou iets bieden wat je niet wil.

Bijvoorbeeld:

- In therapie is het zo dat de groep van jou verwacht dat je ze helpt, ze stellen zich onder en afhankelijk op ten opzichte van jou. Als je vervolgens boven en leidend gedrag vertoont zijn ze tevreden, maar je kunt dit ook achterwege laten en je net als hen opstellen. Hiermee heb ik ook geoefend in de groep en je merkt dat dit vaak goed werkt. De groep gaat dan initiatieven nemen die ze eigenlijk van jou als therapeut verwachten.

Hoofdstuk 6

Conclusie en slotwoord

5.1 Conclusie

In mijn conclusie kijk ik terug naar de probleemstelling en de vraagstelling die ik aan het begin van het schrijven van mijn scriptie heb opgesteld. Ik heb antwoord gegeven op mijn vraagstelling.

Probleemstelling

- Een psychomotorisch therapeut kan met zijn attitude(s) in de therapie een bijdrage leveren aan het therapieproces van een volwassene met een aanpassingsstoornis.

Hierbij kijkend naar de verschillende groepsfasen uit het model van Baruch Levine, waarin een psychotherapiegroep zich kan bevinden tijdens de therapie.

- Ik ben er van overtuigd dat je als psychomotorisch therapeut met je attitude(s) een bijdrage kan leveren aan het therapieproces van een volwassene met een aanpassingsstoornis. Dit heb ik onderzocht aan de hand van mijn casus, dus het blijft wel altijd per individu verschillend. Kijkend naar mijn casus komt het duidelijk naar voren dat je als therapeut in de verschillende fasen van het fasenmodel van Baruch Levine een bepaalde attitude aan kan nemen die het groepsproces bevordert. Wanneer één patiënt in de groep blijft steken en hierdoor het groepsproces beïnvloed is het van belang om hier als psychomotorisch therapeut op in te springen. Hiermee zorg je ervoor dat deze individu en de groep verder komen in een bepaalde fase of crisis.

Vraagstelling

- Met welke attitude(s) kan een psychomotorisch therapeut een bijdrage leveren aan het therapieproces van een volwassene met een aanpassingsstoornis?

Hierbij kijkend naar de verschillende groepsfasen uit het model van Baruch Levine, waarin een psychotherapiegroep zich kan bevinden tijdens de therapie.

- In mijn scriptie heb ik gekeken in welke fase van het fasenmodel Gerco en de groep bleven steken doordat Gerco moeite had met het uiten van zijn gevoelens en het aangaan van conflicten. Vervolgens heb ik aan de hand van de tekst van Theo Hoijtink gekeken wat voor attitudes belangrijk waren in de verschillende fasen. Ook heb ik voor mezelf bepaald wat ik per fase belangrijk vindt wanneer de groep en de individu uit mijn casus blijven steken in een bepaalde fase. Omdat het om de opnemingsfase gaat waarin de groep en Gerco bleven steken geef ik die fase hier weer. De andere fasen met bijpassende attitudes zijn te vinden in hoofdstuk 5.

Opnemingsfase:

- In deze fase van de behandeling is het belangrijk dat er een sfeer ontstaat waarin er ruimte is voor het uiten van gevoelens en emoties. De therapeut dient er voor te zorgen dat dit tot een normatief gebeuren binnen de groep gaat behoren. Het is zo dat de therapeut in moet gaan op conflicten en meningsverschillen, zo laat hij zien dat het bespreken van gevoelens en emoties gepast en welkom is binnen deze groep. Tijdens het aangaan van deze conflicten en meningsverschillen is het belangrijk dat de therapeut zorgt voor een evenwichtige inspraak van de groepsleden tijdens zo'n conflict of meningsverschil. Vaak komt er de vraag bij groepsleden of men nog wel geaccepteerd wordt als men het ergens niet mee eens is. Het dilemma tussen acceptatie en afwijzing is in deze fase iets wat erg speelt bij groepsleden. Als therapeut is het belangrijk dat je probeert dat de groepsleden in gaan zien dat ze al discussiërend meerdere gevoelens hebben bij een bepaald standpunt zullen ze ook sneller van elkaar hun standpunten gaan accepteren.

De volgende attitudes zijn van belang in deze fase:

- Neutrale: het is belangrijk in deze fase neutraal te staan in discussies, conflicten en meningsverschillen die er zullen zijn. Het is niet de bedoeling als therapeut aan één kant van een groepslid of meerdere groepsleden te gaan staan, want dan zullen er scheve gezichten komen binnen de groep richting de therapeut.
- *Ondersteunende: ook in deze fase vind ik dat er ondersteund moet worden omdat er individueel, maar ook in groepsverband leden onder vuur komen te liggen wanneer ze conflicten niet aangaan of hun emoties en gevoelens niet uiten. (zie mijn casus) Als tijdens deze conflicten een individu of groep niet ondersteund wordt dan zullen ze nog angstiger worden en hier in vastlopen.*

Ik vind deze ondersteunende attitude erg belangrijk omdat ik ervaren heb dat in de opnemingsfase de strijd onderling nog wel duidelijk aanwezig kan zijn. Binnen mijn casus kwam het ook voor dat de gehele groep zich tegen Gerco keerde omdat hij zijn gevoelens niet uitte en geen conflicten aan durfde te gaan. Op die momenten vond ik het erg belangrijk om toch Gerco te ondersteunen. Het ondersteunen kan ook zonder direct achter Gerco te gaan staan. Je kan de groep bijvoorbeeld confronteren met wat er op dat moment gebeurd, waardoor je Gerco ook al ondersteunt. Deze attitude wordt door Hoijsink niet genoemd, maar ik vind hem toch erg belangrijk in deze fase, omdat Gerco er anders alleen niet uit zou komen denk ik, omdat hij die angst heeft om conflicten aan te gaan.

Literatuurlijst

- <http://www.gidsdwo.nl/ziektebeelden/zb-aanpassingsstoornis.htm>
- http://books.google.nl/books?id=7nu1ny8pDxUC&pg=PA437&lpg=PA437&dq=aanpassingsstoornis+diagnose&source=web&ots=8DM5jp1sq9&sig=_iSkyIYoHL19HV1SK6N1qwYg-48&hl=nl#PPA437,M1
- http://64.233.183.104/search?q=cache:q5u6Rwn73SMJ:www.2b.nl/documenten/docs/Fred_HaringWinningteams2.doc+theorie+Baruch+Levine&hl=nl&ct=clnk&cd=1&gl=nl&lr=lang_nl
- Literatuurklapper "Werken met groepen"
Handboek Groepspsychotherapie, september 2004 Theo Hoijtink.
- American Psychiatric Association, DSM-IV-TR, 2001, Swets & Zeitlinger B.V, Lisse.
- Behandelteam groep 10, Format groep 10, 2008, Twenteborg ziekenhuis, Almelo
- Verhoeven J., SIC, 2006, opleidingsmateriaal BPT opleiding, Hogeschool Windesheim, Zwolle.

Bijlage

'Wij zijn voortdurend, uitsluitend
in ons eigen gezelschap.'

Friedrich Nietzsche

Het fasenmodel volgens Baruch Levine (1982)

Groepsbetrekking	Parallelfase	Autoriteitscrisis	Opnemingsfase	Intimiteitscrisis	Wederkerigheidsfase	Separatiecrisis	Beëindigingsfase
Differentiatie	Ongedifferentieerd	Leden tegen therapeut	Leden tegen elkaar	Autonomie vs intimiteit	Tussen en onder leden	Autonomie vs verlaten	Leden los van de groep
Gevoelstegen- stellingen	Vertrouwen vs wantrouwen	Autonomie vs vrees voor de therapeut	Acceptatie vs afwijzing; agressie vs vlucht	Autonomie vs intimiteit	Intimiteit vs isolatie	Autonomie vs verlaten	Vrijheid vs schuld
Belangrijkste gedragskenmerken	Toenadering vs vermijding	Uitdaging van het gezag	Vechten vs samen- klonteren vs vluchten	Affectief contact en vlucht	Opdoemen van affect	Depressie of super- zelf-afhankelijkheid	Regressie, herhaling en separatie
Bron van bevrediging	Therapeut		Therapeut en andere leden		Therapeuten, andere leden en zelf		Zelf, groep en buiten groep
Relatiekwenties	Contact vs isolatie	Therapeut vs leden; dominantie vs onderwerping	Affiliatie van lid tot lid vs isolatie; dominantie vs onderwerping	Gevoelcontact	Intimiteit vs isolatie en vrij geven en nemen	Vrijheid vs objectverlies	Losmaken en verbreken van banden
Zelf-ander conceptie	Gemeenschappelijkheid vs verschil; superioriteit vs inferioriteit	Afname van de almacht van de therapeut	Uniekheid vs uniformiteit	Gelijkheid	Acceptatie individualiteit meesterschap vs futiliteit	Identiteitscrisis	Separatie van zelf en anderen
Machtsrelaties	Gevestigd bij de therapeut	Therapeut vs groep	Leden vs leden	Oplossing van belangrijkste machtsconflicten	Evenwicht tussen therapeut en leden	Individu vs groep	Opgeven van macht
Conflict	Niet open; bedekte ontwikkeling	Leden therapeut	Opdoemen van lid-lid- conflicten	Hiaat	Deelconflicten	Blijven vs weggaan	Losmaken
Cohesie	Eerste banden met de therapeut		Banden van paren en subgroepen en exclusiviteit	Uitsluiting door gehele groep van anderen	Verdiepen van groeps- banden; verminderen van uitsluiting		Banden binnen en buiten groep in evenwicht
Machtsmiddelen	Gevestigd bij de therapeut	Verschuiving van therapeut naar groep	Strijd van leden en subgroepen om machtsmiddelen	Opdoemen van groepscontrole	Gedeeld door leden en therapeut	Vaster maken vs uitbreken	Incorporatie van groepscontrole
Normen	Bedekt, aanzelend; door therapeut bepaald	Uitdaging aan bestaande normen	Vestigen en opnieuw bepalen van normen	Normatieve crisis	Restrictieve of bevrijdende normen	Ontwikkelen van separatienormen	Selectieve incorporatie of verwerping van normen
Doelen	Bedekt, diffuus; individueel en tentatief	Uitdaging aan therapeuten	Openlijke of bedekte doelbereiking	Opdoemende doelsynthesen	Samenkomen van therapeut, groep en individueel	Bereiken van belangrijkste doelen	Individuele doelen extern voor de groep
Rollen	Tentatieve rolnaam	Opdoemen van intern leiderschap; aanpassing van rol van de therapeut	Aannemen en toewijzen van rollen		Toenemende vloeiendheid en onderlinge verwisselbaarheid	Terugkeer naar vroeger rollen	Opgeven van rollen

UtB 09-'04