

Autonomie de baas

Psychomotorische therapie bij cliënten met
autonomieproblemen



Naam student: Annelies Popping
Naam begeleider: Maurits Uijting
Naam beoordelaar: Dienneke Jol
Opleiding: Windesheim, PMT-BA
Datum: 24-05-2012

Voorwoord

In het laatste semester van mijn opleiding, “psychomotorische therapie & bewegingsagogie”, loop ik stage bij een GGZ instelling in Drenthe. Daar ben ik voor het eerst in aanraking gekomen met vrouwengroepen waarvan de vrouwen allemaal autonomieproblemen hebben. Zowel autochtone, als allochtone vrouwen worden in aparte groepen geholpen. Deze vrouwen krijgen therapie aangeboden in zogenaamde autonomiegroepen.

Ik ben mij hiervoor gaan interesseren, omdat dit helemaal nieuw voor mij is en ik hier graag wat meer van wil weten.

Vrouwen met een andere afkomst vind ik al jaren interessant, en wil hier dan ook graag meer van weten. Mijn interesse gaat uit naar hun gedragingen op basis van cultuurverschillen.

Bovendien vond ik het heel erg boeiend dat je aan de buitenkant niet kan zien dat vrouwen met autonomieproblemen een ‘probleem’ hebben.

Graag wil ik de stage instelling GGZ Drenthe, bedanken voor het feit dat ik mocht meelopen bij de verschillende autonomiegroepen. Dat heb ik met veel plezier gedaan en ben dan ook dankbaar dat ik deze kans heb gekregen; daarnaast wil ik de vakbibliotheek van het GGZ Drenthe bedanken voor het beschikbaar stellen van relevante literatuur.

In het bijzonder wil ik Peter Bakker en Annelies Kuipers bedanken. Peter, mijn enthousiaste maatje, voor zijn steun en toeverlaat. Annelies voor het ontwerp van de omslag van deze scriptie.

Tot slot wil ik mijn begeleider namens het Windesheim, Maurits Uijting bedanken voor de begeleiding en uitgebreide feedback tijdens het schrijven van deze scriptie.

Ik wens u veel plezier bij het lezen van deze scriptie die u aan de hand van de huidige theorie aanbevelingen tracht te geven betreffende psychomotorische therapeutische behandelstrategieën die u kunt gebruiken bij het behandelen van allochtone en autochtone vrouwengroepen met autonomieproblemen.

Samenvatting

In deze literatuurstudie wordt aan de hand van verschillende (wetenschappelijke) artikelen gezocht naar antwoord op de vraag welke psychomotorische interventies geschikt kunnen zijn voor zowel allochtone als autochtone vrouwen met autonomieproblemen.

In de Nederlandse samenleving komen verschillende culturen voor, zowel allochtonen als autochtonen. In deze scriptie wordt de term allochtoon beperkt tot allochtone vluchteling.

Middels psychomotorische therapie, een behandelvorm voor mensen met psychische problemen waarbij gebruik wordt gemaakt van interventies gericht op lichaamsbeweging worden in Nederland al 35 jaar vrouwen met autonomieproblemen (zowel allochtoon als autochtoon) behandeld.

Deze problemen kunnen zowel veroorzaakt worden door een slechte hechting als een post traumatische stressstoornis. De therapie begint bij het aanpakken van de grote variëteit aan verschillende specifieke stoornissen .

Van de verschillende behandelstrategieën kunnen alle ingezet worden voor allochtone en autochtone vrouwen. Dat betekent dat zowel oefengerichte als ervaringsgerichte en ontdekkingsgerichte therapie allemaal toepasbaar zijn voor vrouwen met autonomieproblemen. Dit geldt voor zowel de allochtone als de autochtone vrouwen.

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Samenvatting	3
Inhoudsopgave	4
1. Inleiding	6
2. Theoretisch kader	7
2.1 <i>Psychomotorische therapie</i>	7
2.1.1 Definitie psychomotorische therapie	7
2.1.2 Historie	7
2.1.3 Doel	7
2.1.4 Werkvormen	7
2.2 <i>Psychomotorische behandelstrategieën en interventies</i>	9
2.2.1 Definitie interventie	9
2.2.2 Doelgroep	9
2.2.3 Strategieën	9
2.2.3.1 De oefengerichte therapie	9
2.2.3.2 De ervaringsgerichte therapie	10
2.2.3.3 De ontdekkende strategie	10
2.2.4 Interventies	10
2.3 <i>Seksespecifieke hulpverlening</i>	11
2.3.1 Biologische en culturele verschillen	11
2.3.2 Waarom seksespecifieke hulpverlening	11
2.3.3 Autonomiegroepen	11
2.4 <i>Autonomie problematiek</i>	12
2.4.1 Definitie:	12
2.4.2 Stoomissen:	12
2.4.3 Oorzaak:	12
2.4.4 Autonomiegerichte therapie:	12
2.5 <i>Hechting</i>	13
2.5.1 Autonomie-gehechtheid:	13
2.6 <i>Post Traumatische Stress Stoornis</i>	14
2.6.1 Definitie	14
2.6.2 Psychisch trauma	14
2.6.3 Stress	14
2.6.4 Posttraumatische stresstoornis	14
2.7 <i>Allochtoon & autochtoon</i>	16
2.7.1 Definitie	16
2.7.2 Vluchtelingen	16
2.7.3 Achtergrond	16
2.7.4 Autonomieproblematiek	16
2.7.5 Culturele verschillen	17
3. Methode:	18
3.1 Literatuuronderzoek	18
3.2 Zoekstrategie	18
4. Resultaten	19
5. Discussie	22

6. Conclusie en aanbevelingen.....	23
7. Literatuur	24
7.1 Boeken.....	24
7.2 Artikelen uit tijdschriften.....	24
7.3 Overige literatuur.....	25
Bijlage 1.....	26

1. Inleiding

‘Wat zouden ze wel niet van me denken?’, is een van de uitspraken van een cliënt met autonomieproblemen. Mensen met autonomieproblemen kunnen slecht hun persoonlijke grenzen aangeven en zijn vaak onzeker. Ze hebben vaak moeite met zelfstandigheid, het in kaart brengen van eigen gevoelens en wensen en deze omzetten in concrete daden.

Wij leven in een samenleving waar verschillende culturen in voorkomen, zowel allochtoon als autochtoon. Al deze culturen beleven onze samenleving en andere culturen verschillend maar autonomieproblematiek komt overal voor.

Bij het GGZ melden zich jaarlijks veel vrouwen die problemen hebben met deze zogenoemde zelfregulatie. In het reguliere aanbod binnen de vrouwenhulpverlening heeft de instelling inmiddels speciale autonomiegroepen voor vrouwen opgezet waarin allochtone en autochtone vrouwen al dan niet apart van elkaar worden behandeld. In deze groepen leren de cliënten de eigen wensen in kaart brengen, uiten en spreken over gevoelens en voor zichzelf opkomen.

Er is nog weinig geschreven over PMT en allochtone/ autochtone vrouwen met autonomie problemen en van daaruit is deze literatuurstudie tot stand gekomen.

Uit de literatuur komt naar voren dat vrouwen met autonomie problemen goed bij elkaar in de groep kunnen zodat zij dit ‘probleem’ kunnen verbeteren.

Het doel van deze literatuurstudie is te achterhalen welke psychomotorische therapeutische behandelstrategieën ingezet kunnen worden bij vrouwengroepen met autonomie problemen.

Om antwoord te geven op dit probleem is voor deze studie de volgende hoofdvraag opgesteld:

‘Welke verschillende typen psychomotorisch therapeutische behandelstrategieën bij posttraumatische autonomieproblemen zijn toepasbaar bij allochtone en/of autochtone vrouwengroepen?’

De hoofdvraag zal worden beantwoord aan de hand van de volgende deelvragen:

- Wat is psychomotorische therapie?
- Wat zijn de verschillende psychomotorische behandelstrategieën en interventies?
- Wat is seksespecifieke hulpverlening?
 - Waarom seksespecifieke hulpverlening?
- Wat wordt er verstaan onder autonomie problematiek?
- Wat is posttraumatisch stressstoornis?
- Wat wordt er verstaan onder allochtoon en autochtoon?

De term allochtoon wordt in deze scriptie beperkt tot allochtone vluchtelingen.

Allereerst zal in hoofdstuk 2 het theoretisch kader van deze scriptie worden behandeld. In dit hoofdstuk wordt de benodigde theorie voor het beantwoorden van de deelvragen uiteen gezet. Het derde hoofdstuk omvat de methode die toegepast is voor deze literatuurstudie. Hoofdstuk 4 bevat de resultaten van de studie, daarna volgt de discussie in hoofdstuk 5. Tot slot wordt in hoofdstuk 6 antwoord gegeven op de deelvragen en de hoofdvraag.

2. Theoretisch kader

In dit onderdeel zal de vereiste theorie voor het beantwoorden van de deelvragen uiteen worden gezet. Om antwoord te kunnen geven op de deelvragen en de uiteindelijke hoofdvraag zullen de volgende begrippen en bijbehorende facetten worden beschreven: psychomotorische therapie; psychomotorische behandelstrategieën en interventies; seksspecifieke hulpverlening; autonomie; hechting; post traumatische stress stoornis; allochtoon en autochtoon.

2.1 Psychomotorische therapie

2.1.1 Definitie psychomotorische therapie

Psychomotoriek is het uitvoeren van autonome, vanuit de hersenen aangestuurde handelingen. De officiële definitie van psychomotorische therapie, volgens de Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie is als volgt:

“Psychomotorische therapie (PMT) is een behandelvorm voor mensen met psychische problematiek, waarbij op methodische wijze gebruik gemaakt wordt van interventies gericht op de lichaamsbeleving en het bewegingsgedrag.”

Dit betekent dat door het aansturen van de psychomotoriek, psychische problemen behandeld worden. Het aansturen gebeurt op basis van door de therapeut gestelde opdrachten (interventies).

2.1.2 Historie

Psychomotorische therapie (nader afgekort tot PMT) is tot stand gekomen vanuit het inzicht dat bewegen een positieve werking heeft op de geestelijke gezondheid (NVPMT, 2009). In de jaren zestig stond de interactie tussen de cliënt en zijn omgeving centraal. Dit werd destijds de ervaringsgerichte benadering van de psychomotorische therapie genoemd. In de jaren tachtig kwam er naar voren dat de resultaten van de behandeling overdraagbaar moeten zijn naar het dagelijkse leven. Nu, in de huidige tijd (21ste eeuw) is dit laatste punt verder ingevuld en wordt er meer wetenschappelijk gefundeerd (Hekking & Fellingner, 2011).

2.1.3 Doel

Iedereen met psychische problemen kan behandeld worden middels PMT. Het algemene doel is het verminderen of wegnemen van (de gevolgen van) psychische problemen (Fellinger & Hekking, 2011). Een psychomotorisch therapeut werkt vanuit een agogisch referentiekader in een specialistische therapeutische context. Een therapeut richt zich daarbij op gedragsbeïnvloeding van cliënten met psychische en psychosociale problematiek. Door het toepassen van interventies wordt de cliënt gemanipuleerd in zijn gedragingen waardoor lichamelijk, emotionele cognitieve en sociale factoren veranderen. Denk hierbij aan het benaderen van probleemsituaties van verschillende invalshoeken zoals gebeurtenissen uit het verleden, conflictsituaties of gedragspatronen.

2.1.4 Werkvormen

PMT heeft een uitgebreid en flexibel scala aan werkvormen, methodieken en strategieën beschikbaar. Psychomotorische therapeuten werken doelgericht met de cliënten, daardoor kunnen zij hun werkwijze onderbouwen en verantwoorden. (NVPMT, 2009).

Een therapeut werkt met verschillende behandelstrategieën, die toegepast worden tijdens de PMT therapieën.

In 1986 maakte Fahrenfort een onderscheid tussen bewegingsgeoriënteerde en lichaamsgeoriënteerde methodieken. Dit onderscheid bestaat nog steeds. Bij lichaamsgeoriënteerde methodieken staat lichaamsbewustwording centraal. Er wordt gewerkt aan de lichaamsbewustwording en aan de beleving van de cliënt. Voorbeelden van lichaamsgeoriënteerde methodiek zijn; adem- en ontspannings oefeningen. De cliënt heeft vooral aandacht voor zichzelf. Hierbij kan de cliënt voelen of hij/zij iets ervaart. Binnen de bewegingsgeoriënteerde methodieken wordt gebruikt gemaakt van 'sport' activiteiten. Hierbij ligt de interactie vooral tussen de cliënt en omgeving (Fellinger & Hekking, 2011).

2.2 Psychomotorische behandelstrategieën en interventies

2.2.1 Definitie interventie

Een interventie is een algemeen woord voor tussenkomst of ingreep. Met een psychomotorische interventie wordt een psychomotorisch therapeutische ingreep bedoeld, ofwel een onderdeel (zoals in 2.1 beschreven, de 'opdracht') van de behandeling.

Er zijn verschillende soorten behandelonderdelen in de PMT, allemaal met verschillende therapeutische aspecten en benaderingswijzen die ingezet kunnen worden voor uiteenlopende doelgroepen.

2.2.2 Doelgroep

Het is belangrijk dat een psychomotorische therapeut een bewegingssituatie op maat aanbiedt. Cliënten krijgen hierdoor een ontwikkelingsproces waarbij het denken, voelen en handelen tot de problematiek centraal komt te staan (NVMPT, 2009).

In onze westerse cultuur is men gewend aan communicatie met de nadruk op verbale communicatie. Echter de allochtone vrouwen zijn verbaal vaak slecht in staat het onder woorden te brengen wat er aan de hand is en welke problemen zij hebben, veelal om de simpele reden dat zij nog niet vertrouwd zijn met de Nederlandse taal.

Voor allochtone vrouwen met autonomie problemen is het dus noodzakelijk in plaats van verbale therapie gebruik te maken van non-verbale therapie zoals PMT.

PMT kan ingezet worden om het probleem van de cliënt boven tafel te krijgen om vervolgens te gaan werken aan het probleem. Hierdoor is PMT uitermate geschikt voor bijvoorbeeld allochtone vrouwen met autonomieproblemen (Zwart,2004).

2.2.3 Strategieën

De Nederlandse vereniging voor psychomotorische therapie (NVPMT) schrijft dat er 3 verschillende strategieën zijn waaruit gewerkt kan worden. Hekking & Fellingner (2011) splitsen deze 3 verder op tot 6 verschillende strategieën. Aan de hand van de drie verschillende strategieën volgens NVPMT zal er een koppeling worden gemaakt naar de strategieën van Hekking & Fellingner (2011).

2.2.3.1 De oefengerichte therapie

Deze strategie is zowel gericht op stabilisering als op het ontwikkelen en/of herstellen van de functies van het lichaam, aldus NVPMT. Concreet wordt er gewerkt aan adem- en ontspanningsoefeningen en wordt er bij deze strategie nieuw gedrag en/of worden nieuwe gedachten aangeleerd (NVPMT ,2009).

De steunende behandelstrategie van Hekking en Fellingner is een goede aanvulling op deze oefengerichte therapie. De steunende strategie is gericht op het verbeteren van responsgerichte coping, het tot rust brengen van een cliënt en het handhaven van psychisch evenwicht aldus Hekking & Fellingner (2011) en richt zich op het verminderen van de gevolgen van een probleem of tegenslag.

Bij oefenen is het van belang dat de psychomotorische therapeut duidelijke structuren aanbiedt, waarbinnen de cliënt wordt uitgenodigd om te oefenen en wordt geconfronteerd met lichaamservarings- en bewegingssituaties (Windesheim, Calo, 2010).

2.2.3.2 De ervaringsgerichte therapie

Deze strategie is er op gericht de cliënt nieuwe ervaringen op te laten doen door de cliënt te laten experimenteren met nieuw gedrag. De cliënt ervaart de effecten op zichzelf en de omgeving bij dit gedrag (NVPMT, 2009).

Hekking en Fellingner spreken van een ontlokkende strategie; gericht op het in beweging brengen van de cliënt door deze te activeren proactief gedrag te stimuleren.

Daarnaast noemen Hekking en Fellingner de transformatieve strategie. Deze strategie is gericht op het realiseren van persoonlijkheidsverandering om de cliënt aan te sporen om op zoek te gaan naar de oorzaak van de problematiek. Dit gebeurt aan de hand van gekozen interventies passend binnen deze strategie (Hekking & Fellingner, 2011).

Bij ervaren leert de cliënt om te experimenteren met gedragsalternatieven en effecten van deze alternatieven op zijn gedrag en in relatie tot zijn omgeving. De cliënt kan oefenen met verschillende gedragingen binnen de context die door de psychomotorische therapeut worden aangeboden (Windesheim, Calo, 2010).

2.2.3.3 De ontdekkende strategie

Deze laatste strategie is gericht op het zoeken naar een verklaring van het gedrag dat de cliënt op dat moment vertoont. Deze 'zoektocht' begint bij het in kaart brengen van de geschiedenis van de cliënt en is gericht op 'fouten' tijdens de persoonlijke ontwikkeling die de stoornis kunnen verklaren (NVPMT, 2009).

Deze strategie sluit aan bij de pragmatisch- structurerende strategie van Hekking en Fellingner, welke gericht is op het hervinden van balans en het zo veel mogelijk terug brengen van de invaliderende gevolgen van het ziekteproces (Hekking & Fellingner, 2011).

Daarnaast geeft de ontdekkende strategie aanknopingspunten met een tweede strategie van de twee onderzoekers, namelijk de focaal- inzichtgevende strategie waarbij in een beperkt tijdsbestek gericht gewerkt wordt aan een specifiek probleem met als doel inzicht en verwerking tot stand te brengen (Hekking & Fellingner, 2011).

Bij ontdekken staan onverwerkte, verdrongen herinneringen, emoties en conflicten centraal. De cliënt krijgt tijdens de therapie de mogelijkheid om deze conflicten te ontdekken, te uiten en te benoemen. Het accent komt te liggen op het hier en nu en het daar en toen (Windesheim, Calo, 2010).

2.2.4 Interventies

Strategieën geven vorm aan de behandeling en bepalen de grote lijnen. Vanuit de verschillende strategieën kan de therapie uitgevoerd worden aan de hand van bijbehorende interventies.

Aan de hand van concrete verbale, non-verbale en paraverbale interventies die de therapeut op basis van methodische overwegingen voorlegt aan de cliënt wordt tijdens een therapiesessie de cliënt behandeld (Hekking & Fellingner, 2011).

In de conclusie wordt antwoord gegeven op de vraag welke van deze behandelstrategieën met bijbehorende interventies het best toegepast kunnen worden bij autochtone en allochtone vrouwen met autonomie problemen.

2.3 Seksespecifieke hulpverlening

Middels het begrip sekse onderscheiden we, aan de hand van biologische verschillen de man en de vrouw. Er bestaan 3 verschillende soorten sekse, namelijk; mannen, vrouwen en mensen die lichamelijke en/of genetische eigenschappen van zowel mannen als vrouwen hebben (Jong, 1999 & Oosten et al., 2009).

De verschillen tussen mannen en vrouwen worden in de literatuur vaak opgedeeld in twee categorieën, te weten biologische en culturele verschillen.

2.3.1 Biologische en culturele verschillen

De biologische verschillen zijn de verschillen die waarneembaar zijn door het lichaam van de man en vrouw te bestuderen. Een paar voorbeelden: een man heeft een penis en een vrouw heeft borsten, een man heeft een lagere stem dan een vrouw. En de gemiddelde man is groter dan een vrouw (Oosten, Vlucht & Brants, 2009).

De culturele verschillen zijn de verschillen die zijn ontstaan als gevolg van normen en waarden in de maatschappij (Oosten, Vlucht & Brants, 2009). Deze culturele verschillen spelen een belangrijke rol voor de behandeling bij allochtone of autochtone cliënten.

2.3.2 Waarom seksespecifieke hulpverlening

Een van de redenen voor het ontstaan van seksespecifieke hulpverlening is dat mannen en vrouwen verschillende klachten hebben. Dit geldt als belangrijkste reden, daarnaast spelen culturele zaken een grote rol. Deze redenen gelden zowel voor allochtone als autochtone (vrouwelijke) cliënten (Oosten, Vlucht & Brants, 2009). Vrouwen zijn vooral gericht op het maken van een goede sfeer en het betrekken van mede cliënten gedurende gesprekken tijdens de therapie, terwijl mannen juist hun onafhankelijkheid en hun maatschappelijke status willen laten zien.

2.3.3 Autonomiegroepen

In het geval van hulpverlening aan allochtone of autochtone vrouwen met autonomieproblemen (zie ook §2.4) zijn er nog meer redenen te bedenken waarom de hulpverlening op basis van sekse moet worden vormgegeven.

Vrouwen met seksestereotiepe klachten of klachten over assertiviteit, zich uitend in spanningsstress en/of sociale angst worden geïndiceerd voor de zogenaamde autonomiegroep.

Wanneer cliënten met autonomieproblematiek worden behandeld in dergelijke groepen wordt er bij de indeling bewust rekening gehouden met sekseverschillen en overeenkomsten in klachten en problemen, leeftijd gezondheid, zorgbehoeften en zorggebruik bij cliënten (Oosten, Vlucht & Brants, 2009 & Jol & van der Meijden- van der Kolk, 2000).

In een vrouwengroep wordt er snel cohesie bereikt, hierdoor ontstaat er een veilige sfeer (Rijken & Hulst, 2005). Wanneer je vrouwen met autonomieproblemen zou invoegen aan een gemengde groep hebben zij de neiging terug te vallen in seksestereotiep gedrag; ze gaan belangstellend vragen stellen, persoonlijke onthullingen doen en boosheid uit de weg. Daarnaast gebeurt het vaak dat in een gemengde groep mannen meer aan het woord zijn (Rijken & Hulst, 2005).

Doordat vrouwen met autonomieproblemen vaak last hebben van een verlaagd zelfbewustzijn, zeer overgrote gevoeligheid voor anderen en een verlaagd vermogen om nieuwe situaties te hanteren (zie ook §2.4) is het niet verstandig ze in te delen in een groep waarbij ook mannen aanwezig zijn. Ze zouden zich dan overladen met problemen van de mannen, en willen zowel voor de mannen als zichzelf zorgen (Bekker, 2009).

2.4 Autonomie problematiek

2.4.1 Definitie:

Het woord autonomie is afgeleid van het Griekse woord autonomia, wat een samenstelling is van autos (zelf) en nomos (wet). Met andere woorden, het opleggen van eigen wetten zonder extern toedoen. In de psychologie wordt deze definitie vertaald naar: eigen keuzes maken ofwel zelfregulatie (Bekker, 2009).

Met zelfregulatie wordt bedoeld de vrijheid van het stellen van eigen, realiseerbare doelen. Volgens Vergeer, 2001 worden deze doelen begrensd door lichamelijke mogelijkheden en door het sociaal zijn.

Autonomie heeft een lange traditie in allerlei takken van de psychologie. Het klassieke autonomie begrip in de psychologie kende een eenzijdige nadruk op 'onafhankelijk' zijn, afzonderlijk ten opzichte van anderen (Bekker, 2009).

2.4.2 Stoornissen:

De oorsprong van autonomieproblematiek is zo breed dat er in de DSM IV geen specifiek hoofdstuk bestaat over autonomie problemen.

Personen met autonomie problemen hebben veelal last van verschillende / uiteenlopende, binnen de DSM IV, beschreven stoornissen. Voorbeelden van deze stoornissen zijn: depressiviteit, antisociaal gedrag, persoonlijkheidsstoornissen, angststoornissen, paniek en dwangstoornissen met daarbij stemmingstoornissen en eetstoornissen.

Vrouwen met dergelijke klachten die door middel van PMT voor autonomieproblemen worden behandeld, worden bijna altijd geïndiceerd voor een autonomiegroep (Jol & van der Meijden- van der Kolk, 2000).

2.4.3 Oorzaak:

De stoornissen kunnen op verschillende manieren ontstaan, de twee belangrijkste oorzaken voor het ontwikkelen van autonomieproblematiek zijn 'slechte hechting', aldus Bekker (2009) en trauma zie hoofdstuk 2.6 (Baljon et al, 2004).

In Nederland spelen beide oorzaken een rol onder autochtonen. Echter bij allochtonen (de vluchtelingen), ligt de oorzaak van autonomieproblematiek vaak bij een trauma.

2.4.4 Autonomiegerichte therapie:

Autonomiegerichte therapie begint bij het aanpakken van de grote variëteit aan verschillende specifieke stoornissen (zie ook §2.4.2). Het herstellen van de psyche is het belangrijkste fundament van therapie bij cliënten met autonomieproblematiek, aldus Bekker (2009).

Om autonoom te worden is het nodig om persoonlijk verantwoordelijk te blijven voor keuzes die je maakt, voor de wijze waarop je met je macht omgaat in relatie tot de mensen en de wereld om je heen die continu in verandering zijn, aldus Anja van Servellen (2004).

Omdat bij cliënten met autonomieproblemen de problematiek vaak complex is en dit resulteert in meerdere praktische problemen (straatvrees, depressieve gedragingen, afhankelijkheid) is het van belang op zoek te gaan naar de onderliggende problemen in plaats van het behandelen van de symptomen (Bekker, 2009).

2.5 Hechting

Autonomieproblemen worden volgens Bekker (2009), en Bowlby (1969), veroorzaakt door slechte hechting tijdens de jeugd met ouders. Hechting wordt volgens hen gekenmerkt door het vertrouwen in de beschikbaarheid van hechtingsfiguren.

'Onveilige gehechtheid' kan twee reacties tot gevolg hebben; de angstige en de vermijdende hechtingsstijl. De eerste reactie heeft tot gevolg dat verlatingsangst wordt getracht te bezweren door nabijheidzoekend gedrag (dit kan ook gebeuren bij vrouwen met autonomieproblemen). De tweede reactie veroorzaakt juist het tegenovergestelde; afzondering.

Volgens Bekker (2009) is het ontbreken van een eigen ik, als gevolg van onvoldoende hechting tussen kind en ouders een belangrijke oorzaak voor het ontstaan van autonomieproblemen. Concreet resulteert dit in het slecht kunnen aangeven van grenzen en beïnvloedbaarheid van buitenaf. Het inlevingsvermogen in anderen kan hierdoor ook negatief ontwikkelen, in de kindertijd wonden kinderen zich mogelijk af van anderen.

2.5.1 Autonomie-gehechtheid:

Bekker (2009) introduceert de term autonomiegehechtheid om aan te geven dat autonomie meer is dan alleen zelfregulatie. Waar de klassieke term de nadruk legt op 'onafhankelijk zijn', wil Bekker (2009) met de toevoeging 'gehechtheid' aangeven dat zelfregulatie niet los kan staan van zelfregulatie in sociale zin; het sociale functioneren.

Deze term laat zich onderscheiden in verschillende componenten; zelfbewustzijn, gevoeligheid voor anderen en het vermogen om nieuwe situaties te hanteren.

Met zelfbewustzijn bedoelt Bekker (2009) de capaciteit tot het inzien van eigen emoties, behoeften, wensen en meningen en deze vanuit dit bewustzijn al dan niet in interactie met anderen te realiseren.

Gevoeligheid voor anderen wordt door Bekker (2009) uitgelegd als het vermogen zich in te leven in behoeften, wensen en meningen van anderen, empathie en intimiteit. De mate waarin de cliënt erin slaagt dit te kunnen reguleren staat voor autonomie op sociaal vlak.

Deze eerste twee componenten zijn de kern van autonomiegehechtheid aldus Bekker, 2009.

Hechting speelt een grote rol bij de slotcomponent, veilig gehechte mensen zijn eerder in staat tot exploratief gedrag, vereist om te kunnen handelen in nieuwe situaties.

In de praktijk blijkt dat slechte hechting een reden kan zijn voor het ontwikkelen van autonomieproblematiek. In autoniemiegroepen zitten vaak vrouwen die in hun jeugd een slechte hechting hebben gehad bijvoorbeeld door verwaarlozing, mishandeling of geen kind kunnen zijn als gevolg van gezinsproblemen.

2.6 Post Traumatische Stress Stoornis

2.6.1 Definitie

Trauma betekent letterlijk letsel of verwonding. Trauma's kunnen zowel lichamelijk als geestelijk zijn en zowel apart als tegelijk voorkomen. Een geestelijk trauma wordt ook wel psychologisch trauma genoemd (Jongedijk, 2002).

Er moet een duidelijk onderscheid gemaakt worden tussen 'gewone' nare of stressvolle gebeurtenissen en traumatische gebeurtenissen. Het definiëren van het begrip psychisch trauma als ingrijpende gebeurtenis maakt dit extra moeilijk.

Wanneer er na een trauma met sterke impact, stress gerelateerde gevolgen blijven bestaan, ook wanneer de traumatische situatie niet meer van toepassing is, is er sprake van een post traumatische stress stoornis (Jongedijk, 2002). Voor vrouwen met autonomieproblemen geldt (zie ook §2.4) dat autonomie problemen kunnen ontstaan door een stress stoornis. Dit geldt voor zowel allochtonen (vluchtelingen) als autochtonen.

2.6.2 Psychisch trauma

Bij een psychisch trauma kan het zijn dat op het moment wanneer het trauma 'plaatsvindt', het slachtoffer in een hulpeloze toestand raakt. Het slachtoffer verliest autonomie en laat zich leiden door de situaties om zich heen. Dit gebeurt als gevolg van een krachtsontplooiing.

Het is veelvoorkomend dat het slachtoffer het trauma probeert te verdringen zonder er over te praten en op zoek te gaan naar zichzelf. Hierdoor is de kans groot dat deze 'deuk' in de persoonlijke ontwikkeling (zie ook 'De ontdekkende strategie', §2.2.3.3) 'later' zal leiden tot een stoornis welke mogelijkwerwijs kan leiden tot autonomieproblematiek (NVPM, 2009).

Vaak komen de trauma's en bijbehorende gedachtes terug wanneer het slachtoffer rust heeft (Lewis, 1994). Dit is ook het geval bij de vrouwen met autonomie problemen, deze vrouwen verdringen het vaak ook en jaren later komt het weer 'boven tafel' en ze verliezen autonomie.

Na een psychisch trauma kunnen veel klachten optreden zoals: angst, onrust, slaapproblemen, flashbacks, dromen en nachtmerries over de gebeurtenis, lichamelijke klachten, verdoofdheid en afwezigheid van emoties. Veel van deze klachten zijn van kortdurende aard en verdwijnen vrij spoedig.

2.6.3 Stress

Een traumatische ervaring haalt het dagelijkse leven overhoop. Het kan zo zijn dat het vertrouwen in de mens en het zelfbeeld wordt aangetast. Iedereen die een traumatische ervaring heeft reageert in eerste instantie via stress. Dit is een normale reactie van het lichaam (Visser & Lamers-Winkelmann, 2008).

2.6.4 Posttraumatische stresstoornis

Een posttraumatische stresstoornis is een stoornis die ontstaat na een gevolg van een trauma en wordt alleen vastgesteld wanneer er sprake is van voldoende herbelevingen, vermijdingsreacties en tekenen van verhoogde prikkelbaarheid. Tot herbelevingen horen: nachtmerries, flashbacks en opdringende herinneringen zonder enige controle over het oproepen ervan (Stöfssel & Mooren, 2010 & Jongedijk, 2002).

Flashbacks duren over het algemeen kort en zijn onvoorspelbaar. Opdringende herinneringen duren

meestal langer en zijn tot op een zekere hoogte controleerbaar (Sluyter, 2011).

Ook kan de cliënt vermijding en verdoving ervaren, en in het meest erge geval is er een extreme vorm van opwinding (hyper-arousal) aanwezig is. Dit uit zich voornamelijk in slaapconcentratie problemen, woede uitbarstingen, overdreven reacties op bepaalde prikkels.

Als deze symptomen langer dan een maand aanwezig zijn en als het dagelijks functioneren hierdoor wordt beïnvloed, dan kan de diagnose PTSS worden gesteld (zie bijlage 1: DSM IV).

Er bestaan twee typen trauma (Terr, 1991). Type 1 trauma is een trauma, dat eenmalig is voorgevallen. Een trauma van type 2 is een gebeurtenis met een chronisch karakter. Het heeft herhaaldelijk plaatsgevonden (Hoekenga, Thewissen, Bos & Willemse- van sons, 2010).

Men spreekt van een chronische posttraumatische stressstoornis als de symptomen langer dan drie maanden duren (Hoekenga, Thewissen, Bos & Willemse- van sons, 2010).

Een psychomotorische therapeut kan in de therapie ontbrekende of beschermende vaardigheden aanreiken, waardoor de symptomen van de posttraumatische stress bestreden kunnen worden (Hekking & Fellingier, 2011).

Autonomie is geen statisch maar een dynamisch gegeven. In verschillende situaties kan de mate van autonomie variëren. De beleving van autonomie kan stagneren of zelfs verminderen door schokkende ervaringen zoals een trauma. Een posttraumatische stressstoornis kan dus een oorzaak zijn voor het ontwikkelen van autonomieproblemen (Baljon, Hardon & Kramers, 2004).

2.7 Allochtoon & autochtoon

2.7.1 Definitie

Onder allochtonen vallen alle in Nederland woonachtige personen die niet in Nederland zijn geboren, of waarbij tenminste één van beide ouders niet in Nederland is geboren.

Zoals eerder vermeld in deze scriptie zal de definitie allochtoon voor deze scriptie beperkt worden tot allochtone vluchtelingen.

Allochtonen zijn op te delen in twee groepen, allochtonen van de eerste en allochtonen van de tweede generatie. Met de eerste generatie worden mensen bedoeld die vanuit hun geboorteland naar Nederland zijn verhuisd. De kinderen die zij krijgen worden tweedegraads allochtonen genoemd.

2.7.2 Vluchtelingen

Allochtonen in Nederland zijn vaak naar Nederland gevlucht, het zijn dus vluchtelingen. Veel allochtone vrouwen die naar Nederland zijn gevlucht verlangen vaak terug naar het land waar ze vandaan komen (Oosten, Vlugt & Brants, 2009).

Gevluchte vrouwen die in een autonomiesgroep zitten zijn voornamelijk gevlucht uit hun land omdat daar een oorlog gaande was. Hier hebben zij een trauma aan overgehouden en hierdoor kampen ze met autonomieproblemen (zie §2.6.4).

2.7.3 Achtergrond

Allochtone vrouwen hebben vaak ernstige en psychische klachten als gevolg van trauma's, door oorlog en of geweld. De klachten kunnen zich uiten in de vorm van slaapproblemen, nachtmerries, lichamelijke klachten en angstigheid.

Zoals in § 2.3.3 beschreven worden deze vrouwen, wanneer zij autonomieproblemen hebben een zogenaamde autonomiesgroep behandeld.

Allochtone vrouwen ervaren tijdens deze behandeling problemen waardoor zij sneller kunnen afhaken gedurende de behandeling. In de eerste plaats weten ze als gevolg van gebrekkige communicatie niet goed wat er van ze verwacht wordt. In de tweede plaats kunnen cultuurverschillen een grote rol spelen. Tussen cliënt en therapeut. Deze problemen spelen niet tot nauwelijks bij autochtone vrouwen (Voeberghs & Bloemen, 2005).

2.7.4 Autonomieproblematiek

De afkomst van de cliënt speelt met name bij allochtonen een grote rol in de oorzaak en aanpak van het probleem. Voor vluchtelingen geldt dat de verslechterde autonomie veelal wordt veroorzaakt door de post traumatische stressstoornis als gevolg van een (oorlogs)trauma. Concreet uiten deze autonomieproblemen zich in 'niet voor zichzelf opkomen', 'geen eigen mening geven' en 'afhankelijk opstellen richting mede gezinsleden'.

Bij autochtone cliënten wordt het probleem veel vaker door slechte hechting veroorzaakt. Autochtone cliënten kunnen daarnaast vanzelfsprekend ook een autonomieprobleem ontwikkelen als gevolg van een trauma.

Dit onderscheid, in oorzaak van de problematiek, dient in acht te worden genomen, zowel

voorafgaand (keuze van behandelstrategie) als tijdens het behandelen van de cliënten.

2.7.5 Culturele verschillen

Als gevolg van culture verschillen kan de PMT behandeling bemoeilijkt worden. De 'culturele kloof' tussen hulpverlener en cliënt veroorzaakt mogelijk een bepaalde afstandelijkheid of anderzijds onbegrip. Allochtone vrouwen kunnen verschillende normen en waarden hanteren ten aanzien van familierelaties en gezin, de rol van man en vrouw of het geloof.

Opvattingen over bijvoorbeeld gezondheid en ziekte (of de manier waarop de cliënt denkt beter te kunnen worden) kunnen per cultuur verschillen.

Ook kunnen buitenlandse vluchtelingen de functie van een (Westerse) hulpverlener soms niet begrijpen omdat zij hier totaal onbekend mee zijn. Als gevolg van verschil in normen en waarden en onbekendheid met hulpverlening hebben allochtone vrouwen vaak problemen met het delen van 'privé' problemen en taboes.

Tot slot hebben veel allochtone vrouwen moeite met de Nederlandse taal, en is het niet altijd duidelijk wat de cliënt wel of niet begrijpt (Tienhoven, Waning, Veen, 2002).

3. Methode:

3.1 Literatuuronderzoek

Dit onderzoek is een literatuuronderzoek. Er wordt middels feitelijke informatie, door deze uit verschillende (wetenschappelijke) artikelen / literatuur te halen antwoord gegeven op de onderzoeksvraag. Dit gebeurt middels de verschillende deelvragen.

3.2 Zoekstrategie

Voor de zoektocht naar de literaire basis van dit onderzoek is gebruik gemaakt van een aantal digitale databases, met name de database van de Christelijke Hogeschool Windesheim, Picarta, PMT infosite, Google Scholar en Bohn Stafleu van Loghum.

Daarnaast is gebruik gemaakt van de vakbibliotheek Windesheim, vakbibliotheek en catalogus van de Rijksuniversiteit van Groningen.

Met (een combinatie van) de volgende zoekwoorden is getracht de juiste artikelen te vinden:

- autonomie;
- autonomieproblemen;
- vluchtelingen;
- allochtoon;
- autochtoon;
- allochtone hulpverlening;
- cultuurverschillen;
- cultuur;
- posttraumatische stress stoornis;
- trauma;
- autonomiegroepen;
- seksespecifieke hulpverlening;
- gender specifieke hulpverlening.

Er is gezocht naar artikelen vanaf 2002. Dit jaartal is gekozen om relevantie en actualiteit te waarborgen.

De zoekresultaten zijn verschillend, afhankelijk van de gebruikte combinaties. Over het algemeen kan gezegd worden dat er, afgaande op de zoekresultaten, met name internationaal (wanneer Engelse zoektermen werden gebruikt), weinig onderzoek is gedaan en dat er voornamelijk Nederlandstalige artikelen gebruikt zijn.

4. Resultaten

Hieronder ziet u een schematische weergave van de gebruikte literatuur per onderwerp in deze scriptie.

Titel, auteur, jaartal, Artikel/boek	Samenvatting	Algemeen over literatuur.
Zwart, M (2004). psychomotorische diagnostiek in de intake van getraumatiseerde vluchtelingen en asielzoekers.	Deze module gaat over een psychomotorische diagnostisch instrument dat gebruikt kan worden in de intake van vluchtelingen en asielzoeker binnen de GGZ. Er wordt verschillende informatie weergegeven van vluchtelingen en allochtonen en dit is opgenomen in deze scriptie.	Deze literatuur gaat over het onderwerp allochtoon en autochtoon in de scriptie. Het was lastig om hier geschikte literatuur over te vinden maar met deze literatuur heb ik het hoofdstuk allochtoon en autochtoon kunnen vullen.
Bot, H, Braakman, M, Preijde, L, Wassink, W (2002) Culturen op de vlucht.	Dit is een boek met daarin verschillende artikelen over culturen, vluchtelingen, hier is één artikel van gebruikt. Dit artikel gaat over cultuur, migratie, transculturele, tegen overdracht en over de verschillende emoties.	
*Vloeberghs, E & Bloemen, E (2005) uit lijfsbehoud. lichaamsgericht werken met vluchtelingen in de ggz	Dit is een boek dat gaat over lichamelijke klachten, de wisselwerking tussen spanning, pijn, angst en depressie bij vluchtelingen. Ook staan er in dit boek verschillende oefeningen die toegepast kunnen worden bij lichamelijke klachten voor vluchtelingen.	
Stöfse, M & Mooren, T (2010). Complex trauma. Diagnostiek en behandeling.	Dit is een boek dat richt op de behandeling van ernstig getraumatiseerde mensen, zoals oorlogsgetroffenen, vluchtelingen en asielzoekers. Ook gaat het over mensen met problematiek ten gevolge van een vroeg kinderlijke traumatisering.	Deze literatuur gaat over het onderwerp trauma en posttraumatische stressstoornis.
Sluyter, F (2011). Posttraumatische stressstoornissen.	Dit gaat over posttraumatische stressstoornissen en daarbij hoe een posttraumatisch stressstoornis ontstaat. Het gaat over comorbiditeit, welke oorzaken spelen hierbij een rol. En hoe de definitie van vroeger tot nu is uitgebreid.	
Levine, P.A, (2008). De tijger ontwaakt.	Dit is een boek dat gaat over het ontwikkelen van posttraumatische stressstoornis. Het boek vertelt ook dat je een trauma opnieuw moet laten beleven? Maar of dit zo goed voor iedereen is? Dat kunt u lezen in dit boek.	
Jongedijk, R.A. (2002). De gevolgen van psychotraumatische gebeurtenissen	In dit artikel wordt besproken welke gevolgen psycho traumatische gebeurtenissen en de adviezen voor de opvang en begeleiding van traumaslachtoffers .	
Hoekenga, P & Thewissen, V & Bos, E.R. & Willemse-van Sons, H.P. (2010). Effectiviteit van een lichaamsgerichte interventie op	Dit artikel is gebruikt voor het beschrijven van type 1 en type 2 trauma. Ook gaat dit artikel over lichaamsgerichte interventies .	

lichaamsbeleving en PTSS-symptomen.		
Visser, M & Lamers-Winkelmann, F (2008). Traumatische ervaringen.	Dit artikel gaat over een traumatische gebeurtenis en dat deze overweldigend is. Het is een niet te controleren voorval. In dit artikel is type 1 en type 2 trauma opgenomen.	
*Hekking, P & Fellingner, P (2011). Psychomotorische therapie een inleiding.	Dit boek geeft een beknopte inleiding in de psychomotorische therapie. Er is beschreven wat PMT is en hieruit is beschreven welke psychomotorische interventies en strategieën er worden gebruikt tijdens PMT.	Deze literatuur gaat over het onderwerp PMT en PMT interventies.
Krantz, B (2007) interventies van vaktherapeuten	Er wordt in dit artikel beschreven welke soorten interventies er zijn en welke worden gebruikt in de vaktherapie. Er is onderzocht hoe het handelen van een vaktherapeute in de praktijk verloopt. Dit is beschreven in dit artikel.	
Lange, J (2010). Psychomotorische therapie, lichaams- en bewegingsgerichte interventies in de ggz.	Dit boek laat zien dat er door bewegingsactiviteiten, oefeningen en lichaamsgerichte technieken een gedragsverandering tot stand gebracht kan worden. Waardoor psychische klachten kunnen verminderen.	
Behandelstrategieën PMT (uitgewerkt door PMT-Calo, 2010, blackboard).	Dit is een bestand over de verschillende behandelstrategieën binnen de psychomotorische therapie.	
Servellen, van A (2004). Iedereen een eigen baas?	Dit boek gaat over hoe je autonoom kan worden. Er wordt op een overzichtelijke manier duidelijk hoe je 'eigen baas' wordt. Dit wordt op een overzichtelijke wijze gepresenteerd.	Deze literatuur gaat over het onderwerp autonomie.
Bekker, H.J. (2009). Autonomie in vogelvlucht	'Autonomie in vogelvlucht' beschrijft autonomieproblematiek van cliënten. Deze term autonomie wordt door Bekker, (2009) vertaald als zelfregulatie. Zelfregulatie kan volgens Bekker, (2009) gezien worden op een specifiek domein als in bredere zin. Hiermee bedoelt de auteur de oorzaak van autonomieproblemen tweeledig is, het is vaak een specifiek probleem (het specifieke domein) maar gaat vaak gepaard met een breder achterliggende oorzaak.	
Vergeer, F (2001) Autonomie en welbevinden, Een onderzoek naar de relatie tussen autonoom handelen van leerlingen en hun welbevinden op school.	Dit artikel gaat over de omschrijving van autonomie, autonomie en de domeinen van kwaliteit van het leven. De gemeenschap waarvan het individu deel uitmaakt geeft op basis van intersubjectieve normen aan binnen welke grenzen het individu van zijn keuzevrijheid gebruik mag maken.	
Oosten, N, Vlucht, I & Brants, L (2009). Seksespecifieke hulpverlening	Dit boek beschrijft hoe er als hulpverlener rekening gehouden wordt met de sekse van cliënten en de invloed van de sekse van de therapeut. Eerst wordt er ingegaan op de historische achtergrond en vervolgens wordt er ingegaan op de theoretische informatie over de oorzaken en achtergronden van de meest voorkomende seksespecifieke problemen in de	Deze literatuur gaat over het onderwerp sekse specifieke hulpverlening.

	hulpverlening.	
Rijken, H & Hulst van, J (2005). Therapiegroepen voor vrouwen	In dit boek wordt beschreven dat groepstherapie goed voor vrouwen kan werken. Er wordt een uitgebreide beschrijving gedaan van verschillende soorten vrouwengroepen die zijn samengesteld op basis van een gedeeld probleem.	
Meeuwissen, L. (1997), Sekseverschillen in de communicatie tussen arts en patiënt.	Verwezen uit een ander artikel.	

5. Discussie

Al 35 jaar worden in Nederland autonomiecliënten behandeld in zogenaamde autonomiesgroepen, waarbij interventies gericht zijn op verbetering van het zelfbewustzijn, omgang met nieuwe situaties en het kanaliseren van gevoeligheid voor anderen.

Voor wat de aanpak van autonomieproblematiek betreft is er volgens Bekker, (2009) nog veel te halen voor de wetenschap, er is nog maar weinig onderzoek gedaan naar bijvoorbeeld de relatie met andere stoornissen. Daarnaast is er nog nauwelijks evidence-based onderzoek gedaan naar de effectiviteit van verschillende behandelingen.

De auteur van dit onderzoek concludeert dat vanwege het feit dat er weinig wetenschappelijk onderzoek is gedaan naar de effecten van psychomotorische therapie bij autonomiesgroepen er weinig literatuur beschikbaar is over dit onderwerp. Dit maakt dit onderzoek minder betrouwbaar en mogelijk eenzijdig belicht.

Voor het behandelen van autonomieproblematiek wordt in deze studie alleen gekeken naar de behandelvorm PMT, uiteraard zijn er nog veel meer therapievormen te bedenken waarmee de problemen behandeld kunnen worden.

Hoofdstuk 2.3 beschrijft de seks specifieke hulpverlening waarin door Bekker (2009) gezegd dat het wenselijk is dat de therapie bij vrouwengroepen het best gegeven kan worden door een vrouw, omdat vrouwen met autonomieproblemen vaak last hebben van een verlaagd zelfbewustzijn, zeer overgrote gevoeligheid voor anderen en een verlaagd vermogen om nieuwe situatie te hanteren. Echter is het zo dat in de praktijk een mannelijke therapeut in bepaalde oefeningen juist een toegevoegde waarde kan hebben. Bijvoorbeeld een oefensituatie waarin ze met mannen in aanmerking kunnen komen.

In dit onderzoek wordt ingegaan op de behandelstrategieën en daaruit voortvloeiende interventies. Aanbevelingen betreffende de attitude van de behandelaar zijn niet opgenomen in dit stuk waardoor het mogelijk is voor de therapeut onduidelijk blijft welke gedraging wenselijk is. Dit is echter een belangrijk onderdeel in het toepassen van behandelstrategieën. Door het verkeerd toepassen van attitudes kan het zijn dat de behandeling minder effect heeft of zelfs averechts werkt.

6. Conclusie en aanbevelingen

In het theoretisch kader (zie §2) zijn alle deelvragen uiteengezet om uiteindelijk een antwoord te kunnen geven op de hoofdvraag:

‘Welke verschillende typen psychomotorisch therapeutische behandelstrategieën bij posttraumatische autonomieproblemen zijn toepasbaar bij allochtone en/of autochtone vrouwengroepen?’.

Allereerst moet de therapie worden aangepast aan de draagkracht van de cliënten. In de praktijk komt het er vaak op neer dat bij allochtone vrouwen kleinere stapjes worden genomen en bescheidenere doelstellingen worden nagestreefd dan bij autochtone vrouwen met autonomieproblemen. De belangrijkste oorzaken hiervoor zijn de taalbarrière en de culturele verschillen (zie §2.7). Het uitvoeren van de strategieën gebeurt in beide groepen dan ook op een geheel eigen tempo.

De oefengerichte therapie is de strategie gericht op stabilisering en op het ontwikkelen en/of herstellen van de functies van het lichaam. Deze vorm van behandeling is erg geschikt voor de doelgroep omdat deze cliënten vaak een vertekent zelfbeeld hebben en moeite hebben met aangeven van grenzen, iets waar cliënten met autonomieproblemen last van hebben. Omdat, vanwege slechte hechting of traumatische ervaring de cliënt angstig of vermijdend gedrag kan vertonen is het belangrijk dat de therapeut de behandeling in duidelijke structuur aanbiedt. De interventies kunnen gericht zijn op lichaamservaringen en bewegingservaringen.

Ervaringsgerichte therapie past erg goed bij vrouwengroepen met autonomieproblemen omdat de cliënt in een veilige omgeving kan experimenteren met eigen gedragingen en nieuwe situaties leert herkennen, verkennen en erkennen. Als voorbeeld een specifieke interventie voor het thema loslaten: de touw-trek-oefening waarbij de cliënt merkt hoeveel energie en kracht het kost om continue te blijven vechten.

Tot slot is de ontdekkende therapie erg geschikt voor autonomieproblemen die met name veroorzaakt zijn door een trauma gevolgd door PTSS. Deze vorm is vooral gericht op het verwerken van onverwerkte, verdrongen herinneringen, emoties en conflicten.

Bij de ontdekkende strategie is het de bedoeling interventies toe te passen die de verdrongen emoties of herinneringen oproepen bij deze vrouwen om hier vervolgens verder mee aan de slag te kunnen gaan met behulp van een ervaringsgerichte vorm.

Van de verschillende behandelstrategieën die er zijn, kunnen alle ingezet worden voor deze probleemgroepen. Dit betekent dat zowel oefengerichte als ervaringsgerichte en ontdekkingsgerichte therapie allemaal toepasbaar zijn voor vrouwen met autonomieproblemen. Dit geldt voor zowel de allochtone als de autochtone vrouwen.

Wanneer de therapeut een man is, dan kan het zijn dat de vrouw met autonomieproblemen hier problemen mee heeft (zie ook §2.3). Daarom heeft een vrouwelijke therapeut de voorkeur voor het behandelen van allochtone en autochtone vrouwengroepen met autonomieproblemen.

7. Literatuur

7.1 Boeken

Hekking, P & Fellingier, P (2011). Psychomotorische therapie een inleiding. Amsterdam: Boom.

Levine, P.A, (2008). De tijger ontwaakt. Traumabehandeling met lichaamsgerichte Therapie. Haarlem: Altamira-Becht.

Lewis, J (1994). Trauma en herstel, de gevolgen van geweld-mishandeling thuis tot politiek geweld. Amsterdam: Wereldbibliotheek.

Oosten, N, Vlucht, I & Brants, L (2009). Seksespevifieke hulpverlening. Bussum: Uitgeverij Coutinho.

Rijken, H & Hulst van, J (2005). Therapiegroepen voor vrouwen. Van actie naar Professie. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Servellen, van A (2004). Iedereen een eigen baas? s-Gravenhage: Reed Business Information.

Stöfse, M & Mooren, T (2010). Complex trauma. Diagnostiek en behandeling. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Vloeberghs, E & Bloemen, E (2005) uit lijfsbehoud. lichaamsgericht werken met vluchtelingen in de ggz. Utrecht: Stichting Pharos.

7.2 Artikelen uit tijdschriften

Baljon, M. & Hardon, B. & Kramers, M. (2004). Aan 'horen, zien en zwijgen' voorbij. Tijdschrift voor Psychotherapie, 30, 414-430.

Bekker, H.J. (2009). Autonomie in vogelvlucht. De Psycholoog, 44, 12-19.

Hoekenga, P & Thewissen, V & Bos, E.R. & Willemse-van Sons, H.P. (2010). Effectiviteit van een lichaamsgerichte interventie op lichaamsbeleving en PTSS-symptomen. Psychologie en Gezondheid, 38, 236-247.

Jongedijk, R.A. (2002). De gevolgen van psychotraumatische gebeurtenissen. Bijblijven, 18, 56-66.

Krantz, B (2007) interventies van vaktherapeuten. Tijdschrift voor vaktherapie, 2, 3-10.

Mosselman, W (2011). Meer lef door beter lichaamsbesef?! Tijdschrift voor vaktherapie, 7, 17-26.

Sluyter, F (2011). Posttraumatische stressstoornissen. Neuropraxis, 15, 41-48.

Tervoor, R. (1994). tekst voor de eerste en tweede lesdag van de cursus vrouwenhulp verlening in de psychiatrie. Voor de mederwerksters/ers van Psychiatrisch Ziekenhuis 'Licht en Kracht. Groningen: Nerves.

Tienhoven, H & Waning, A & Veen, G (2002). Een werkmodel dat recht wil doen aan de complexe

interactie van vluchtelingclient en hulpverlener. Culturen op de vlucht, 119-126.

Visser, M & Lamers-Winkelmann, F (2008). Traumatische ervaringen. Handboek Kinderen & Adolescenten, juni 2008.

7.3 Overige literatuur

Lange, J (2010). Psychomotorische therapie, lichaams- en bewegingsgerichte interventies in de ggz. Amsterdam: Boom.

Meeuwissen, L. (1997), Sekseverschillen in de communicatie tussen art en patiënt. in:

Lagro-Janssen, T & G. Noordenbos (red). Sekseverschillen in ziekte en gezondheid. Nijmegen: SUN, 63-77.

Zwart, M (2004). psychomotorische diagnostiek in de intake van getraumatiseerde vluchtelingen en asielzoekers. Rotterdam: Mikado.

Vergeer, F (2001) Autonomie en welbevinden, Een onderzoek naar de relatie tussen autonoom handelen van leerlingen en hun welbevinden op school. Wageningen: Ponssen & Looyen.

7.4 Bundels

Bot, H, Braakman, M, Preijde, L, Wassink, W (2002) Culturen op de vlucht. Amsterdam: Janssen- Cilag B.V.

Bijlage 1

Criteria volgens de DSM-IV

A. De betrokkene is blootgesteld aan een traumatische ervaring waarbij beide van de volgende van toepassing zijn:

1. Betrokkene heeft ondervonden, is getuige geweest van of werd geconfronteerd met een of meer gebeurtenissen die een feitelijke of dreigende dood of een ernstige verwonding met zich meebracht, of die een bedreiging vormde voor de fysieke integriteit van betrokkene of van andere.
2. Tot de reacties van betrokkene behoorde intense angst, hulpeloosheid of afschuw. N.B. Bij kinderen kan dit zich in de plaats hiervan uiten in chaotisch of geagiteerd gedrag.

B. De traumatische ervaring wordt voortdurend herbeleefd op één (of meer) van de volgende manieren:

1. Recidiverende en zich opdringende onaangename herinneringen aan de gebeurtenis, met inbegrip van voorstellingen, gedachten en waarnemingen.
NB. Bij jonge kinderen kan dit zich uiten in de vorm van terugkerende spelletjes waarin de thema's of aspecten van het trauma worden uitgedrukt.
2. Recidiverende akelige dromen over de gebeurtenis.
NB. Bij kinderen kunnen angstdromen zonder herkenbare inhoud voorkomen.
3. Handelen of voelen alsof de traumatische gebeurtenis opnieuw plaatsvindt (hiertoe behoren ook het gevoel van het opnieuw te beleven, illusies, hallucinaties en dissociatieve episodes met flashbacks, met inbegrip van die welke voorkomen bij het ontwaken of tijdens intoxicatie).
NB. Bij jonge kinderen kunnen trauma-specifieke heropvoeringen voorkomen.
4. Intens psychisch lijden bij blootstelling aan interne of externe stimuli die een aspect van de traumatische gebeurtenis symboliseren of erop lijken.
5. Fysiologische reacties bij blootstelling aan interne of externe stimuli die een aspect van de traumatische gebeurtenis symboliseren of erop lijken.

C. Aanhoudend vermijden van prikkels die bij het trauma hoorden of afstomping van de algemene reactiviteit (niet aanwezig voor het trauma) zoals blijkt uit drie (of meer) van de volgende:

1. Pogingen gedachten, gevoelens of gesprekken horend bij het trauma te vermijden.
2. Pogingen activiteiten, plaatsen of mensen die herinneringen oproepen aan het trauma te vermijden.
3. Onvermogen zich een belangrijk aspect van het trauma te herinneren.
4. Duidelijk verminderde belangstelling voor of deelneming aan belangrijke activiteiten.

- 5. Gevoelens van onthechting of vervreemding van anderen.
- 6. Beperkt uiten van affect (bijvoorbeeld niet in staat gevoelens van liefde te hebben).
- 7. Gevoel een beperkte toekomst te hebben (bijvoorbeeld verwacht geen carrière te zullen maken, geen huwelijk, geen kinderen, of geen normale levensverwachtingen).
- D. Aanhoudende symptomen van verhoogde prikkelbaarheid (niet aanwezig voor het trauma) zoals blijkt uit twee (of meer) van de volgende:**
 - 1. Moeite met inslapen of doorslapen.
 - 2. Prikkelbaarheid of woede uitbarstingen.
 - 3. Moeite met concentreren.
 - 4. Overmatige waakzaamheid.
 - 5. Overdreven schrikreacties.
- E. Duur van de stoornis (symptomen B, C en D) langer dan 1 maand.**
- F. De stoornis veroorzaakt in significante mate lijden of beperkingen in sociaal of beroepsmatig functioneren of het functioneren op andere terreinen.**

Als een persoon volgens deze criteria geen posttraumatische stressstoornis heeft, wil dat niet automatisch zeggen dat hij of zij dus ook geen ernstige verwerkingsproblemen of gezondheidsklachten heeft.