

“Samen in balans”

*Acrobatiek bij cliënten met angst- en paniekstoornissen
binnen het Medisch Spectrum Twente*



Student:	Charlotte Vrielink
Studentennummer:	304915
Scriptiebegeleider:	Dhr. Ad van de Ven
Scriptiebeoordelaar:	Dhr. Paul Verschuur
School:	School of Human Movements and Sports te Zwolle
Opleiding:	Psychomotorische therapie en bewegingsagogie
Datum:	25 mei 2009

Inhoud

Voorwoord	3
Samenvatting	4
Hoofdstuk 1 Inleiding	5
Hoofdstuk 2 Verantwoording vraagstelling	7
2.1 De geschiedenis van Acrobatiek	7
2.2 De ervaringsgerichte groep van het Medisch Spectrum Twente	7
Hoofdstuk 3 Casuïstiek	9
3.1 De ervaringsgerichte groep	9
3.2 Casuïstiek Ria	10
3.2.1 Casuïstiek Ria beschreven vanuit classificerende invalshoek	10
3.2.2 Casuïstiek Ria beschreven vanuit hermeneutische invalshoek	11
3.2.3 Casuïstiek Ria beschreven vanuit kritische invalshoek	12
3.3 Casuïstiek Ilse	13
3.3.1 Casuïstiek Ilse beschreven vanuit classificerende invalshoek	13
3.3.2 Casuïstiek Ilse beschreven vanuit hermeneutische invalshoek	13
3.3.3 Casuïstiek Ilse beschreven vanuit kritische invalshoek	16
Hoofdstuk 4 Methode	17
4.1 Basisprincipes van acrobatiek	17
4.2 Angst- en Paniekstoornis	17
4.2.1 Wat is angst?	17
4.2.2 Wat is de oorzaak van angst?	17
4.2.3 Verschillende vormen van angst	18
4.3 Koppeling hulpvraag cliënten & basisprincipes acrobatiek	19
4.4 Psychotherapeutisch referentiekader	20
4.5 Interventies	21
4.6 Therapeutische attitude	21
Hoofdstuk 5 Resultaten	22
Hoofdstuk 6 Conclusie en aanbevelingen	24
Literatuurlijst	27
Bijlagen	28
Bijlage 1: Oefenvorm 1 ‘De Klok’	28
Bijlage 2: Oefenvorm 2 ‘De V-hang’	30
Bijlage 3: Oefenvorm 3 ‘De tafel’	32
Bijlage 4: Oefenvorm 4 ‘De stoel met drie personen’	34
Bijlage 5: Oefenvorm 5 ‘Op handen gedragen’	36
Bijlage 6: Oefenvorm 6 ‘De piramide’	38

Voorwoord

Voor u ligt de casestudy van Charlotte Vrielink. Deze casestudy heb ik uitgevoerd ter afronding van de opleiding psychomotorische therapie en bewegingsagogie aan de School of Human Movements and Sports te Zwolle.

In januari 2009 ben ik begonnen met mijn eindstage bij de PAAZ-afdeling van het Medisch Spectrum Twente te Enschede. Binnen deze instelling wordt gewerkt met verschillende doelgroepen, waaronder de doelgroep angst- en paniekstoornissen. Vanuit de casuïstiek van deze groep en de hulpvragen van de individuele cliënten, ontdekte ik een parallel met de basisprincipes van de acrobatiek. Vanuit mijn fascinatie voor acrobatiek en de uitdaging om dit binnen de psychomotorische therapie toe te passen, heb ik het volgende onderwerp gekozen voor mijn casestudy: ‘Acrobatiek bij de ervaringsgerichte groep van het Medisch Spectrum Twente met angst- en paniekstoornissen’.

Tijdens het maken van deze casestudy heb ik me verdiept in de geschiedenis van de acrobatiek. Ik heb overwogen wat de basisprincipes van de acrobatiek zijn en hoe deze basisprincipes terug te zien zijn in de verschillende thema's binnen de psychomotorische therapie. Vervolgens heb ik gekeken hoe ik deze thema's terug kon laten komen binnen oefenvormen die ik wilde ontwerpen. Hierbij heb ik rekening gehouden met de stoornis van de cliënten en de individuele hulpvragen die hierbij geformuleerd zijn. Ik heb me ook verdiept in de verschillende psychologische referentiekaders en vervolgens heb ik overwogen welke het beste zou passen bij het aanbieden van de acrobatische oefenvormen. Hierbij heb ik ook gekeken naar de passende therapeutische attitude en de interventiemogelijkheden van de therapeut. Naar aanleiding van al deze informatie, heb ik een zestal oefenvormen ontworpen die uitgaan van de basisprincipes van de acrobatiek.

In het begin had ik voor mezelf niet geheel duidelijk hoe ik de theoretische onderbouwing ging aanpakken en hoe ik de oefenvormen theoretisch ging onderbouwen. Na een gesprek met mijn scriptiebegeleider en wat onderzoek in verschillende boeken, ben ik er toch uitgekomen.

Om deze casestudy te kunnen realiseren, heb ik ondersteuning gehad van verschillende personen. Allereerst wil ik mijn scriptiebegeleider Ad van de Ven bedanken voor zijn prettige begeleiding en het geven van nieuwe inzichten tijdens mijn proces. Ook wil ik mijn scriptiebeoordelaar Paul Verschuur bedanken voor zijn adviezen en zijn kritische kijk op mijn werk. Daarnaast wil ik mijn stagebegeleider Johan Lips bedanken voor het verstrekken van informatie over de ervaringsgerichte groep.

Samenvatting

Deze casestudy heeft tot doel om verschillende oefenvormen te ontwerpen en te beschrijven, uitgaande van de basisprincipes van acrobatiek, die aangeboden kunnen worden aan de ervaringsgerichte groep (ET-groep) van het Medisch Spectrum Twente (MST). Ik wil hiermee bereiken dat een psychomotorische therapeut de keuze heeft uit een aantal vormen acrobatische oefenvormen en deze toe kan passen bij de ET-groep.

Vanuit de fascinatie voor acrobatiek en de uitdaging om dit binnen de psychomotorische therapie (PMT) toe te passen, is de volgende vraagstelling geformuleerd:

Welke oefenvormen, die uitgaan van de basisprincipes van acrobatiek, leveren binnen het Medisch Spectrum Twente bij de ervaringsgerichte cliëntengroep met angst- en paniekstoornissen, een positieve bijdrage aan een succesvolle behandeling door de psychomotorisch therapeut?

De ET-groep bestaat uit 8 cliënten tussen de 23 en 57 jaar. Binnen deze groep komen veel cliënten voor met angst- en paniekstoornissen. Angst is een onaangename gemoedstoestand die optreedt wanneer men een situatie als bedreigend ziet. Angst kan zijn oorzaak vinden in de biologische kwetsbaarheid van de persoon. Angst kan ook veroorzaakt worden door een ingrijpende gebeurtenis. Daarnaast kan angst ook ontstaan doordat het wordt aangeleerd.

De hulpvragen van de cliënten uit de ET-groep vertonen aspecten als: egoversterking, autonomiegroei, (zelf)vertrouwen, lichaamssignalen ervaren/herkennen en verwoorden, grenzen aangeven, het aanleren van sociale vaardigheden, leren ontspannen/leren loslaten en omgaan met impulsen.

Wanneer er gekeken wordt naar de basisprincipes van de acrobatiek, is er een mooie parallel te zien met bepaalde thema's die binnen de PMT bij de ET-groep veelvuldig gebruikt worden. Zowel binnen de acrobatiek als binnen de PMT-thema's, komen aspecten naar voren als grenzen ervaren en aangeven, (zelf)vertrouwen, samenwerken, hulp vragen en accepteren voor jezelf, lichaamssignalen ervaren, leiden/volgen en spanning/ontspanning. Deze thema's zijn ook te koppelen aan de hulpvragen van de cliënten uit de ET-groep. Aan de hand van deze thema's kunnen de acrobatische oefenvormen gekozen worden.

Bij het aanbieden van de acrobatische oefenvormen, wordt gewerkt vanuit de cliëntgerichte en de cognitief-gedragstherapeutische benadering. Tijdens de acrobatische vormen wordt er vooral gekeken naar de beleving van de cliënt. Vanuit de ervaring van de cliënt wordt stilgestaan bij de behorende cognities. De passende therapeutische attitude hierbij is over het algemeen steunend en empathisch en af en toe is de attitude van de therapeut wat meer sturend. Interventies die door de therapeut gedaan kunnen worden zijn onder andere: uitnodigen tot experimenteren met nieuw gedrag, het belonen van cliënt wanneer deze daadwerkelijk oefent met nieuw gedrag, het denken voelen en handelen van de cliënt onderzoeken, samen met de cliënt zijn of haar gedrag verkennen/herkennen/erkennen, zich meer volgend opstellen en de verantwoordelijkheid bij de cliënt leggen en alles accepteren wat de cliënt ervaart.

Uit deze informatie zijn uiteindelijk een zestal oefenvormen ontworpen, die uitgaan van de basisprincipes van de acrobatiek. Deze vormen staan weergegeven in een schema waarin de volgende punten zijn uitgewerkt: de naam van de oefenvorm, een uitleg, een illustratie, de rationale, de doelen, de mogelijke interventies van de therapeut, de terugkomende thema's en het verwachte gedrag van de cliënten. Dit alles is weergegeven in de bijlagen van deze casestudy.

Een aanbeveling zou zijn, om daadwerkelijk te onderzoeken of deze acrobatische oefenvormen een positieve bijdrage leveren aan het proces van de cliënten. Dat zou kunnen door deze vormen daadwerkelijk aan te bieden binnen de ET-groep van het MST.

Hoofdstuk 1 Inleiding

Mijn eindstage loop ik op de PAAZ-afdeling van het Medisch Spectrum Twente (MST) in Enschede. Binnen het MST wordt psychomotorische therapie (PMT) aangeboden aan klinische cliënten, poliklinische cliënten en deeltijdcliënten. De cliënten die in de kliniek zijn opgenomen, zijn ingedeeld in 3 verschillende groepen. De cliënten worden ingedeeld op basis van behandelbeleid, psychopathologie, leeftijd, motorische vaardigheid, egosterkte en andere relevante criteria. Deze cliënten ontvangen 4 à 5 keer per week PMT. Wanneer de cliënt nog niet stabiel genoeg is voor het deelnemen in een groep, kan de cliënt individueel behandeld worden.

Binnen het MST zijn 3 verschillende poliklinische groepen. Deze ervaringsgerichte therapiegroepen zijn hoofdzakelijk ingedeeld op egosterkte. De ervaringsgerichte groep (ET-groep) die ik in mijn casus zal beschrijven is de groep met de op een na grootste egosterkte.

Stoornissen die veelvuldig voorkomen binnen de klinische en poliklinische groepen zijn:

- Depressie
- Manie en bipolaire stoornis
- Angst- en paniekstoornissen
- Psychotische stoornissen

Binnen de ET-groep die ik in de casuïstiek zal beschrijven, komen veelal angst- en paniekstoornissen voor. De hulpvragen van de cliënten vertonen ook veel overeenkomsten met elkaar. Binnen deze groep wordt veel gewerkt met de volgende aspecten: egoversterking, autonomiegroei, (zelf)vertrouwen, lichaamssignalen ervaren/herkennen en verwoorden, grenzen aangeven, het aanleren van sociale vaardigheden, leren ontspannen/leren loslaten en omgaan met impulsen. Thema's die onder andere terugkomen binnen de PMT bij de ET-groep zijn: Grenzen ervaren en aangeven, (zelf)vertrouwen, samenwerken, lichaamssignalen ervaren, leiden/volgen en spanning/ontspanning.

Acrogym is een sport die ik zelf beoefen en op het moment dat ik de hulpvragen van de cliënten en de daarbij behorende thema's had gezien, zag ik veel overeenkomsten met de basisprincipes van de acrobatiek. Bij acrobatiek gaat het ook om vertrouwen, samenwerken, lichamelijk contact, afstand-nabijheid, grenzen ervaren en aangeven, kracht, en eigen vermogen inschatten. In het MST wordt binnen de PMT nog geen gebruik gemaakt van acrobatische vormen. Het lijkt mij een aanvulling op de PMT wanneer er meer aspecten van acrobatiek naar voren komen binnen de aan te bieden vormen. Naar mijn mening leent acrobatiek zich perfect voor het observeren en analyseren van het gedrag van de cliënten. Op deze observaties kan ook geïntervenieerd worden door de therapeut en de cliënten kunnen oefenen met nieuw gedrag. Zo kan er tijdens het uitvoeren van de acrobatische oefenvormen, gewerkt worden aan de hulpvragen van de verschillende cliënten. Dit maakt dat de acrobatische vormen ook daadwerkelijk behandelmogelijkheden geven. De thema's die aan de orde komen bij de ET-groep lenen zich er goed voor om in de vorm van acrobatische oefenvormen uit te werken.

Deze casestudy heeft tot doel om verschillende oefenvormen te ontwerpen en te beschrijven, die uitgaan van de basisprincipes van acrobatiek en aangeboden kunnen worden aan de ET-groep van het MST. Daarbij zullen de oefenvormen en de therapeutische interventies toegespitst worden op de cliënten uit de ET-groep binnen het MST met angst- en paniekstoornissen. De thema's die van belang zijn voor deze groep, zullen terugkomen binnen de aangeboden vormen. Ik wil hiermee bereiken dat een psychomotorische therapeut de keuze heeft uit een aantal vormen die uitgaan van de basisprincipes van acrobatiek en deze toe kan passen bij de ET-groep.

Vanuit de fascinatie voor acrobatiek en de uitdaging om dit binnen de PMT toe te passen, is de volgende vraagstelling geformuleerd:

Welke oefenvormen, die uitgaan van de basisprincipes van acrobatiek, leveren binnen het Medisch Spectrum Twente bij de ervaringsgerichte cliëntengroep met angst- en paniekstoornissen, een positieve bijdrage aan een succesvolle behandeling door de psychomotorisch therapeut?

Naast de hoofdvraag van deze scriptie, zijn er een aantal deelvragen geformuleerd:

- *Wat is de geschiedenis van acrobatiek?*
- *Wat zijn de basisprincipes van acrobatiek?*
- *Welke PMT-thema's die tijdens de behandeling van de ervaringsgerichte naar voren komen, zien we terug binnen de basisprincipes van de acrobatiek?*
- *Wat verstaan we onder angst- en paniekstoornissen?*
- *Wat is de hulpvraag van de cliënten uit de ET-groep?*
- *Welke vormen die gebaseerd zijn op de basisprincipes van acrobatiek zijn toepasbaar binnen de ET-groep?*
- *Welk psychotherapeutisch referentiekader wordt toegepast bij deze cliëntengroep?*
 - o *Welke therapeutische attitude past hierbij?*
 - o *Welke interventiemogelijkheden zijn er?*

In hoofdstuk 2 van deze casestudy wordt een verantwoording van de vraagstelling gegeven. Hierbij wordt ook een terugkoppeling gemaakt naar de geschiedenis van de acrobatiek. Overigens wordt in dit hoofdstuk ook een beschrijving gegeven over de algemene werkwijze binnen de ET-groep van het MST.

In hoofdstuk 3 van deze casestudy wordt allereerst een algemene beschrijving gegeven van de ET-groep. Vervolgens wordt van 2 cliënten uit deze groep de casuïstiek beschreven vanuit een classificerende, een hermeneutische en een kritische invalshoek.

Binnen de methode dat beschreven is in hoofdstuk 4, wordt de theoretische verdieping van deze casestudy weergegeven. Allereerst wordt hierbij beschreven wat de basisprincipes van de acrobatiek zijn. Ook wordt wat verteld over mogelijke oorzaken van angst. Daarbij worden bovendien de verschillende angst- en paniekstoornissen genoemd. Vervolgens wordt een koppeling gemaakt tussen de hulpvraag van de cliënten uit de ET-groep en de basisprincipes van de acrobatiek. Tevens wordt verwoord vanuit welk psychotherapeutisch referentiekader gewerkt zal worden bij het aanbieden van de acrobatische oefenvormen. Daarbij wordt ook uitleg gegeven over de therapeutische attitude en de mogelijke interventies die de therapeut kan uitvoeren.

In hoofdstuk 5 worden de algemene resultaten van deze casestudy beschreven. De daadwerkelijke uitwerking van de acrobatische oefenvormen is te vinden in de bijlagen van deze casestudy.

Ten slotte wordt in hoofdstuk 6 een conclusie gegeven en wordt er antwoord gegeven op de vraagstelling van deze casestudy.

Hoofdstuk 2 Verantwoording vraagstelling

2.1 De geschiedenis van Acrobatiek

Bij acrobatiek is lichaam, geest en ziel in volledige harmonie.

Deze beschrijving van acrobatiek is afkomstig van Confusius, een beroemd denker en sociaal filosoof uit het oude China. De oorsprong van acrobatiek ligt in het oude China en hier was deze sport het symbool voor een fysieke en mentale sterke wil en superioriteit.

Acrobatiek wordt al gedaan sinds men zich dat kan herinneren. Het is ontstaan gedurende de wintermaanden wanneer de boeren en de ambachtslieden hun beroep tijdelijk niet uit konden voeren. Ze begonnen met jongleren, turnen, klimmen en balanceren. Dit diende niet alleen als tijdverdrijf, maar ook als enige bijverdienste door hun kunsten te presenteren. (Storm, 2007)

De gedachtegang zoals deze beschreven is door Confusius, zien we ook terug binnen het bio-psycho-sociale model dat onder andere binnen de PMT veelvuldig gebruikt wordt. Het bio-psycho-sociale model is voortgekomen uit het werk van George L. Engel (1977). Binnen dit model komt naar voren dat de biologische, psychische en sociale factoren met elkaar in balans moeten zijn wanneer je van algehele gezondheid wil spreken. Biologische (lichamelijke), psychische (daarbij behorende emotionele) en sociaal-maatschappelijke factoren, beïnvloeden elkaar wederzijds. Een verstoring op een van de genoemde gebieden leidt tot een verstoring op de twee andere gebieden of tot een verstoring in het evenwicht. (Versluis-Eering, 2004)

Wanneer iemand fysieke problemen heeft, kan dit effect hebben op de psyche en op het sociale leven. Iemand die bijvoorbeeld door een ongeluk verlamd is geworden tot aan zijn navel, kan hier op psychisch gebied veel last van hebben en bijvoorbeeld een depressie krijgen. Daarnaast heeft het ook effect op zijn sociale leven. Het is bijvoorbeeld lastiger om leuke dingen te ondernemen met vrienden en vriendinnen wanneer je verlamd bent.

Daarnaast kunnen mensen met psychische problemen ook lichamelijke klachten ervaren. Iemand met een angststoornis, kan veel last hebben van lichamelijke spanningsklachten. Het effect op het sociale leven kan zijn, dat iemand met een angststoornis bijvoorbeeld bang is om onder de mensen te komen. Binnen de PMT wordt ook gezocht naar een balans tussen deze 3 factoren. Concluderend kan gezegd worden dat tijdens de behandeling gestreefd moet worden naar een balans tussen lichaam in geest, met hierin in achtneming de biologische, psychologische en sociale factoren.

2.2 De ervaringsgerichte groep van het Medisch Spectrum Twente

De ET-groep van het MST die in deze casestudy beschreven zal worden, bestaat uit 8 cliënten in de leeftijd van 23 tot 57 jaar. Binnen deze ET-groep wordt door middel van groepsinteracties gewerkt in het hier en nu. Aangrijpingspunten zijn de beleving van de cliënt en het door de therapeut geobserveerde gedrag. Van daaruit kan worden stilgestaan bij de behorende cognities (cognitieve therapie, NLP, schemagerichte therapie). Binnen deze ET-groep, wordt vooral gebruik gemaakt van de volgende behandelstrategieën:

- de oefengerichte strategie
- de belevingsgerichte strategie.

Binnen de oefengerichte strategie staat het oefenen en aanleren van vaardigheden voorop (Weerman, 2006). Al oefenend werkt de therapeut aan het vergroten van het waarnemenings-, belevingsvermogen en het gedragsrepertoire van de cliënt.

Binnen de belevingsgerichte strategie worden de arrangementen zo gestructureerd dat:

- de cliënten er voor hun belangrijke belevingsaspecten kunnen ervaren
- de cliënten leren experimenteren met gedragsalternatieven. Deze alternatieven hebben aspecten van het denken, voelen en handelen in zich. (Lips, 2007)

Er wordt bij deze groep niet naar oude trauma's uit het verleden teruggekoppeld omdat de egosterkte van de groep daarvoor te zwak is.

De bedoeling bij de ET-groep, is allereerst dat er bewustwording optreedt. Het probleem van de cliënt wordt samen met de therapeut verkent, herkent en vervolgens erkent. Vanuit hier kunnen thema's aangeboden worden en kan er tot werkpunten gekomen worden. Er wordt geëxperimenteerd en geoefend met alternatief gedrag. De interventies van de therapeut worden gemaakt op basis van schemagerichte cognitieve therapie, cognitieve gedragstherapie en neurolinguïstisch programmeren (NLP). (Lips, 2007)

Hoofdstuk 3 Casuïstiek

3.1 De ervaringsgerichte groep

Om een duidelijk beeld te geven van de cliënten uit de ET-groep, zal hieronder van ieder kort een beschrijving geven worden. Binnen deze beschrijving worden fictieve namen gebruikt.

Henk

Henk is een man van 38 jaar. Henk heeft een impulsproblematiek en hij heeft enige autistische trekken. Zijn hulpvraag binnen de PMT is het aanleren van sociale vaardigheden en leren omgaan met impulsen.

Ilona

Ilona is een vrouw van 37 jaar en heeft een chronisch recidiverende paniekstoornis. Daarbij heeft ze een ontwijkende persoonlijkheidsstructuur met forse psychosociale belasting. Haar hulpvraag binnen de PMT is het leren grenzen aan te geven en egoversterking.

Ria

Ria is een vrouw van 52 jaar en heeft een chronische depressie met psychosomatische klachten en een paniekstoornis. Haar hulpvraag binnen de PMT is het bevorderen van de autonomie, lichaamssignalen ervaren en herkennen, egoversterking en grenzen leren aangeven. Ria heeft al een langer psychisch verleden.

Ilse

Ilse is een vrouw van 35 jaar. Ze heeft een angst- en paniekstoornis met dysthyme klachten met daarbij een afhankelijke persoonlijkheidsstoornis. Ze ervaart veel spanningsklachten en is erg vermoeid. Haar hulpvraag binnen de PMT is het leren loslaten van verantwoordelijkheid, het leren ontspannen, leren grenzen aan te geven en autonomiegroei.

Maureen

Maureen is een vrouw van 32 jaar en heeft een angst- en paniekstoornis met daarbij een ontwijkende persoonlijkheidsstoornis. Daarbij heeft ze alexythimie (het onvermogen om emoties verbaal te benoemen). Haar hulpvraag binnen de PMT is leren ontspannen, egoversterking en lichaamssignalen ervaren en benoemen.

Anne

Anne is een vrouw van 31 jaar en heeft een ernstig recidiverende depressie met daarbij een bipolaire stoornis met enige borderline trekken. Haar hulpvraag binnen de PMT is egoversterking, grenzen aangeven, leren omgaan met impulsen.

Leonie

Leonie is een jonge vrouw van 23 jaar. Ze is een erg onzekere vrouw met een impulscontroleproblematiek met daarbij affectieve en pedagogische verwaarlozing. Haar hulpvraag binnen de PMT is impulsbeheersing, egoversterking, autonomiegroei en het aanleren van sociale vaardigheden.

Annie

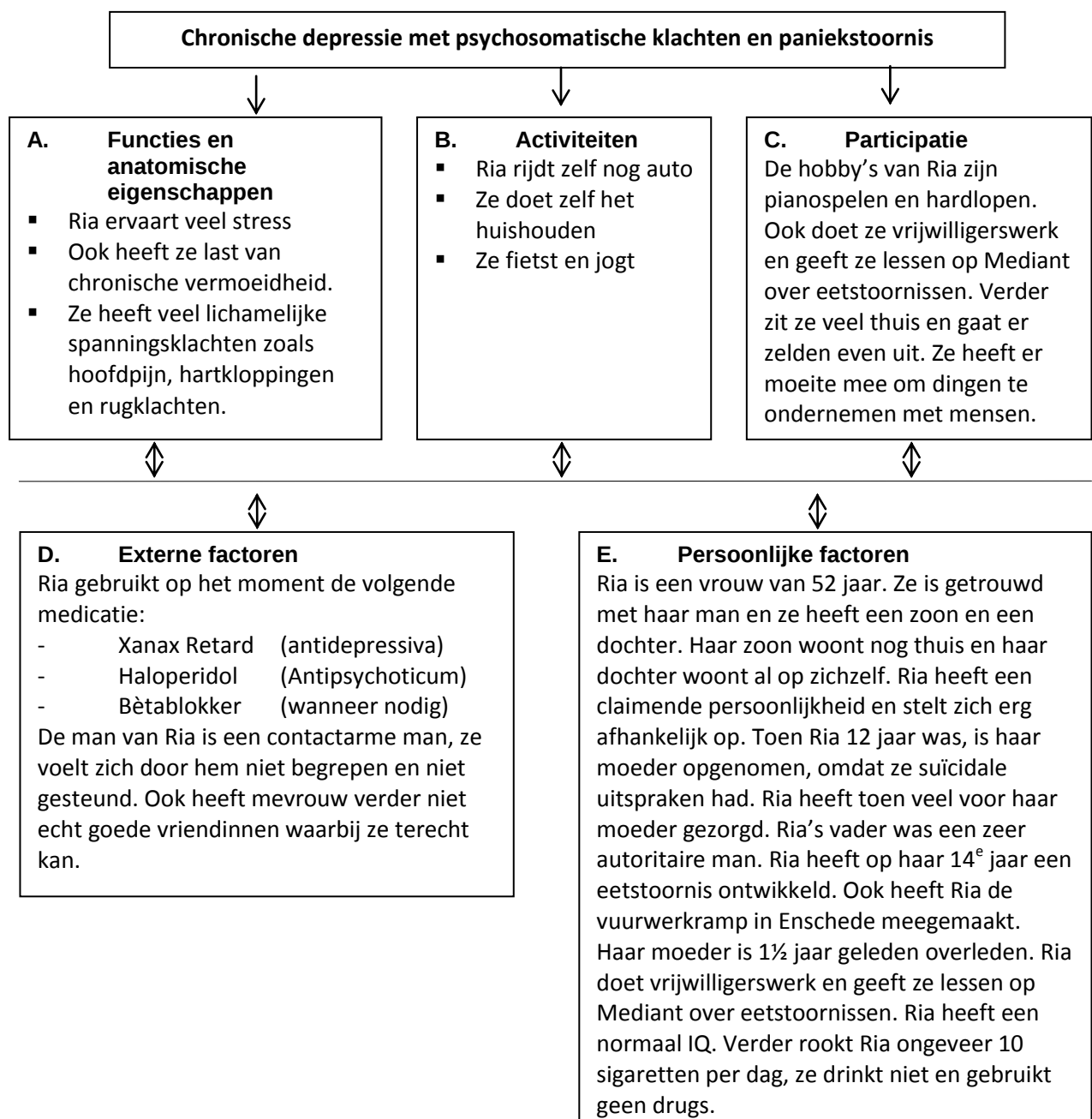
Annie is een vrouw van 57 jaar met een angststoornis met matig psychotische episodes. Haar hulpvraag binnen de PMT is stressmanagement, egoversterking, grenzen aangeven en het voorzien van psychotische episodes.

3.2. Casuïstiek Ria

Voor de beschrijving van de casuïstiek vanuit verschillende diagnostische invalshoeken, zijn er 2 cliënten uit de ervaringsgerichte gekozen. Er is gekozen voor Ria en Ilse, omdat deze cliënten karakteristiek zijn voor deze groep.

3.2.1 Casuïstiek Ria beschreven vanuit classificerende invalshoek

Voor het beschrijven van deze casus vanuit een classificerende invalshoek, heb ik gekozen voor het ICF-model. Het ICF-model maakt het mogelijk om de context in kaart te brengen. Het beschrijft en ordent de gevolgen van ziekten aan de hand van vijf deelclassificaties: functies en anatomische eigenschappen, activiteiten, participatie, externe factoren en persoonlijke factoren. Hieronder zal ik de casus beschrijven aan de hand van het ICF-model. (World Health Organisation, 2001)



Figuur 1: Classificerende beschrijving casuïstiek Ria aan de hand van het ICF-model

3.2.2 Casuïstiek Ria beschreven vanuit hermeneutische invalshoek

Voor het beschrijven van deze casus vanuit een hermeneutische invalshoek, heb ik gekozen voor het LECS-model. Bij dit model wordt het gedrag van een persoon beschreven vanuit 4 verschillende aspecten: lichamelijke aspecten, emotionele aspecten, cognitieve aspecten en sociale aspecten. Hieronder zal ik de casus beschrijven vanuit een hermeneutische invalshoek aan de hand van het LECS-model. (Hekking, 2007)

Lichamelijke aspecten

- Ria heeft haar schouders naar voren gebogen, ze laat een uitgebluste lichaamshouding zien
- Haar mimiek is star en vlak
- Tijdens de aangeboden vormen doet ze actief mee, maar haar houding blijft onzeker ogen.
- Soms heeft ze zo actief meegedaan, dat ze helemaal buiten adem is en daarbij laat ze een rood en bezweet gezicht zien.
- Trillende handen
- Hartkloppingen
- Ze oogt vermoeid
- Haar lichaam oogt erg gespannen, ze heeft haar schouders opgetrokken en ook haar handen ogen gespannen.

Emotionele aspecten

Ria laat vaak emoties zien als

- Verdriet, hierbij huilt ze vaak
- Machteloosheid
- Onbegrip
- Stress
- Angst
- Onzekerheid
- Sombor en down

Cognitieve aspecten

- *‘Ik weet niet meer hoe ik verder moet’*
- *‘Ik kan dit niet alleen’*
- *‘Het komt nooit meer goed’*
- Ria piekert enorm veel
- Ook klaagt ze soms over geheugen-/ en concentratieproblemen

Sociale aspecten

- Ten opzichte van de andere cliënten en de therapeuten stelt ze zich erg claimend en afhankelijk op.
- In contact met de ander vindt ze het moeilijk om een beslissing te nemen, dit laat ze vaak aan de ander over.
- Ze is heel zorgend naar andere cliënten toe. Wanneer een andere cliënt emotioneel wordt, slaat Ria een arm om haar heen en probeert haar te troosten.
- Is samenspel met de andere cliënten is ze erg met haar gevoel en haar gedachten bij de ander; wat zou de ander leuk en goed vinden?

3.2.3 Casuïstiek Ria beschreven vanuit kritische invalshoek

De naam ‘kritische invalshoek’ is ontleend aan de kritische of emancipatorische pedagogiek. Vanuit deze visie kijkt men kritisch naar de omgevingsfactoren die ontwikkelingsmogelijkheden van mensen blokkeren en volgbaar maken. Mensen kunnen stuklopen op hoge verwachtingen van de omgeving. Er worden te hoge eisen gesteld. Zij gaan deze eisen ook aan zichzelf stellen en het lukt niet op aan deze verwachtingen te voldoen. Vanuit deze visie op het ontstaan van problemen wordt kritisch gekeken naar de ziekmakende factoren in de omgeving. (Sietsma, 2005). Hieronder zal ik de casuïstiek van Ria beschrijven aan de hand van de kritische invalshoek.

Als we kijken naar de omgevingsfactoren, hebben er veel gebeurtenissen plaatsgevonden die de ontwikkelingsmogelijkheden van Ria hebben verstoord. Ria is opgegroeid bij haar vader en haar moeder. Toen Ria twaalf jaar oud was, had haar moeder psychische problemen. Ria heeft toen veel voor haar moeder gezorgd. Haar moeder deed suïcidale uitspraken en is vervolgens opgenomen in een kliniek. Deze periode was erg zwaar en moeilijk voor Ria. Haar vader was een erg autoritaire man en bij hem heeft ze ook niet veel steun en zorg ervaren.

Ria is getrouwd met haar man. Haar man is een contactarme persoon en hij werkt als docent bij de Universiteit Twente. Het contact tussen Ria en haar man verloopt niet goed. Ria vindt het vervelend dat hij nooit initiatief neemt om iets leuk te ondernemen. Wanneer Ria haar emoties toont, lijkt het alsof dit haar man niets doet. Hij laat geen betrokkenheid zien naar Ria toe. Ria had verwacht dat haar echtgenoot hierin wel zou veranderen, maar hierin wordt ze telkens teleurgesteld. De huisarts denkt dat hij het Syndroom van Asperger heeft. Ria twijfelt of ze nog bij haar man wil blijven. Ze verwoordt dat hij niet zonder haar kan leven en dat zij waarschijnlijk ook niet zonder hem kan leven. Deze tweestrijd geeft haar ook veel spanning.

Ria heeft ook een dochter en een zoon. Haar zoon woont nog thuis en haar dochter woont op zichzelf. Toen haar dochter uit huis ging, vond Ria het erg lastig om haar los te laten. Ze maakt zich altijd grote zorgen over haar kinderen en hier piekert ze veel over.

Daarnaast heeft Ria de vuurwerkramp in Enschede meegemaakt en dit heeft voor extra paniek gezorgd. 1 ½ jaar geleden is de moeder van Ria overleden. Met haar vader heeft ze nog weinig contact.

3.3 Casuïstiek Ilse

3.3.1 Casuïstiek Ilse beschreven vanuit classificerende invalshoek

Voor het beschrijven van deze casus vanuit een classificerende invalshoek, heb ik gekozen voor de beschrijving volgens DSM IV. Met behulp van DSM IV is het mogelijk om een onderlinge vergelijking van (groepen) psychiatrische patiënten te maken doordat er eenduidige definities zijn opgesteld waaraan iemand moet voldoen om in een bepaalde groep te vallen. Psychiatrische diagnostiek volgens het DSM vindt plaats vanuit 5 gezichtspunten of 'diagnostische assen':

- As I primaire symptomatologie
- As II achterliggende persoonlijkheidsstoornissen
- As III (bijkomende) somatische ziekten
- As IV psychosociale en uitlokkende factoren
- As V niveau van functioneren in de vorm van GAF-score. (DSM IV, 2001)

Hieronder zal ik de casus beschrijven vanuit een classificerende invalshoek aan de hand van DSM IV

As I:	300.01 (F41.0) Paniekstoornis zonder agorafobie
	300.00 (F41.9) Angststoornis Niet Anderszins Omgeschreven
	300.4 (F34.1) Dysthyme stoornis
As II:	301.6 (F60.7) Afhankelijke persoonlijkheidsstoornis
As III:	Spanningsklachten en moeheid
As IV:	Problemen binnen de primaire steungroep; chronisch depressieve echtgenoot die voor lange tijd werkloos is geweest.
As V:	GAF 60-70

Figuur 2: Classificerende beschrijving casuïstiek Ilse aan de hand van DSM IV

3.3.2 Casuïstiek Ilse beschreven vanuit hermeneutische invalshoek

Voor het beschrijven van deze casus vanuit een hermeneutische invalshoek, heb ik gekozen voor de observatielijst van Claudia Emck. Deze lijst bevat 5 deelgebieden van het functioneren die onderverdeeld zijn in 5 gebieden: uitdrukkingsmotoriek, handelingsmotoriek, spelgedrag, ervaring van lichamelijke en verbaal/non-verbaal contact. Hieronder zal ik de casus beschrijven vanuit een hermeneutische invalshoek aan de hand van de observatielijst van Claudia Emck. (Emck, 1997)

I uitdrukkingsmotoriek: expressieve aspecten

A. Lichaamsbeeld, houdingsbeeld, bewegingsbeeld

Ilse ziet er verzorgd uit. Ze besteedt aandacht aan haar kleding en haar kapsel. Ze heeft een normaal postuur. Ilse heeft een gesloten houding, haar schouders zijn wat naar voren gebogen. Haar mimiek oogt vaak wat onzeker en angstig. Ze oogt ook vaak wat vermoeid. Het bewegingsbeeld van Ilse is normaal. Ze beweegt adequaat.

B. Energieniveau

Ilse heeft een gering energieniveau, ze geeft een vermoeide indruk.

C. Naar binnen/buiten gericht

Haar gevoelens kan ze aardig goed onder woorden brengen. Ze kan haar aandacht binnen de therapie wel naar buiten richten.

D. Clusters

Ilse valt binnen het cluster “remming, angst, controle”. Ilse is vaak angstig en onzeker en vindt het lastig om de verantwoordelijkheid los te laten. Ze wil graag de controle houden. Daarbij kan ze voor zichzelf moeilijk haar grenzen aangeven.

II Handelingsmotoriek: functionele aspecten**A. Motorische ontwikkeling**

De motorische ontwikkeling is bij Ilse normaal verlopen.

B. Motorische vaardigheden: coördinatie/evenwicht/concentratie

De motorische vaardigheden van Ilse zijn gemiddeld. Haar coördinatie en het behouden van evenwicht is in orde. Af en toe vindt ze het lastig om zich te concentreren. Ze heeft dan bijvoorbeeld niet geheel meegekregen wat de opdracht was.

C. Bewegingservaring: school/club/hobby; individueel/gezamenlijk

Ilse heeft altijd aan volleybal gedaan.

D. Zelfbeeld, competentieverwachting, faalangst, prestatiemotivatie, inschatting motorische vaardigheden, realiteitstoetsing.

Ilse heeft een laag zelfbeeld en er is een hoge mate van faalangst zichtbaar. Ze stelt hoge eisen aan zichzelf en onderschat haar motorische vaardigheden. Ze vindt het erg belangrijk om het goed te doen.

E. Leervermogen, doorzettingsvermogen, aandachtsspanne

Ilse toont wel doorzettingsvermogen en ze wil graag leren omgaan met haar problemen. Ze is erg bereidwillig om hiermee aan de slag te gaan en ermee te oefenen. Haar aandachtsspanne is wisselend. Zit ze wat beter in haar vel, dan kan ze haar aandacht er beter bij houden. Wanneer ze gespannen is, is het voor haar lastig om de aandacht vast te houden.

III Spelgedrag: sociale aspecten**A. Positiekeuze**

De positie die Ilse binnen de bewegingsvormen aanneemt, is meestal wat aan de zijkant. Ze neemt hierbij weinig ruimte in. Ten opzichte van de andere cliënten en de therapeuten, neemt ze een gepaste afstand in. Ze stelt zich wel wat ondergeschikt op ten opzichte van de therapeuten.

B. Speelstijl

De speelstijl van Ilse is wat afwachtend. Ze houdt zich meestal op de achtergrond.

C. Voorkeursacties

De voorkeursacties van Ilse zijn voornamelijk verdedigend. Hierbij stelt ze zichzelf niet op de voorgrond.

D. Samenwerking

Ilse houdt erg veel rekening met de behoefde van de andere cliënten. Ze vindt het lastig om de controle uit handen te geven en de verantwoordelijkheid los te laten. Ze is hierbij heel sociaal naar de andere cliënten toe. Ze speelt veel samen tijdens de aangeboden vormen.

E. Regelhantering

Ilse vindt het erg prettig wanneer er duidelijke regels zijn en ze leeft deze regels ook na. Wanneer deze niet door de ander worden nageleefd, wijst ze de ander hier wel op.

IV Ervaring van lichamelijkheid**A. Lichaamsbeleving: gevoelsmatige aspecten**

Ilse ervaart spanningsklachten in haar nek en schouders. Dit kan ze duidelijk benoemen en aangeven.

B. Lichaamsbeeld: perceptuele aspecten:

Het lichaamsbeeld van Ilse is adequaat.

C. Lichaamswaardering: cognitieve aspecten:

Ilse waardeert haar lichaam als positief.

D. Lichaamsattitude: gedragsmatige aspecten:

Tijdens de aangeboden vormen is haar lichaamsattitude adequaat. Ilse vindt het prettig om aangeraakt te worden, dit ervaart ze als troostend. Wel heeft we er moeite mee om anderen aan te raken.

V Verbaal en non-verbaal contact**A. t.a.v. de therapeut:**

Ilse gaat het verbale en non-verbale contact met de therapeuten op zich wel aan. Ze stelt zich wel ondergeschikt op en neemt snel aan wat de therapeut vertelt. Hierin stelt ze zich afhankelijk op. Ze neemt in het verbale contact zelf weinig initiatief en stelt zich wat afwachtend op.

B. t.a.v. de groep:

Het verbale contact met de groep is in orde. Ze neemt niet meteen het voortouw met het aangaan van contact, maar als er in een groep gesproken wordt, mengt ze zich wel in het gesprek. Hierbij kan ze ook een zelfonthulling doen.

C. t.a.v. individuele groepsgenoten:

Ten aanzien van individuele groepsgenoten, past ze zich heel gemakkelijk aan. Ze gaat mee in wat de ander wil. Hierbij stelt ze zich wat volgend op. Ze kan op zich goed opschieten met alle cliënten.

D. Algemene tendensen

Ilse vindt het lastig om hulp te vragen aan anderen, ze vindt het moeilijk om de controle los te laten. Ze biedt echter veel hulp aan de anderen en dit vindt ze ook prettig om te doen. Wanneer iemand haar kritiek geeft, wil ze hier graag wat mee doen. Ze vindt het lastiger om complimenten te ontvangen.

VI Conclusie

Het houdingsbeeld van Ilse is gesloten, ze heeft haar schouders wat naar voren gebogen. Haar mimiek oogt vaak wat onzeker en angstig. Ze oogt ook vaak wat vermoeid. Het bewegingsbeeld van Ilse is normaal. Haar energieniveau is gering en ze geeft een vermoeide indruk.

Ilse is onzeker en vindt het lastig om de controle en de verantwoordelijkheid los te laten. Ze kan daarbij moeilijk haar grenzen aangeven. Ilse heeft een laag zelfbeeld en er is een hoge mate van faalangst zichtbaar. Ze stelt hoge eisen aan zichzelf en onderschat haar motorische vaardigheden.

De positie die Ilse binnen de bewegingsvormen aanneemt, is meestal wat aan de zijkant. Ze neemt hierbij weinig ruimte in. De speelstijl van Ilse is wat afwachtend. Ilse houdt erg veel rekening met de behoefte van de andere cliënten. Ze is hierbij heel sociaal naar de andere cliënten toe. Ze speelt veel samen tijdens de aangeboden vormen.

Ten opzichte van de therapeut stelt ze zich wat ondergeschikt op. Ten aanzien van individuele groepsgenoten, past ze zich heel gemakkelijk aan. Ze gaat mee in wat de ander wil. Hierbij stelt ze zich wat volgend op. Ze vindt het lastig om hulp te vragen aan anderen, hulp bieden aan anderen doet ze echter vaak en vindt ze prettig om te doen. Wanneer iemand haar kritiek geeft, wil ze hier graag wat mee doen. Ze vindt het lastiger om complimenten te ontvangen.

Naar aanleiding van deze observatie kan er een werkpunt geformuleerd worden:

Door te ervaren en te oefenen met het loslaten van verantwoordelijkheid en het aangeven van grenzen, zal Ilse zich meer ontspannen voelen. Door dit te oefenen en te ervaren zal haar egosterkte ook toenemen en zal ze meer vertrouwen krijgen in zichzelf. Er zal autonomiegroei plaatsvinden.

3.3.3 Casuïstiek Ilse beschreven vanuit kritische invalshoek

Ilse is een vrouw van 35 jaar en komt uit een gezin van 3 kinderen. Ilse was hierbij het oudste kind. Haar kindertijd was in orde, maar in haar kindertijd cijferde ze zichzelf al weg ten opzichte van de anderen. Binnen het gezin waaruit Ilse kwam, was altijd veel spanning en ruzie. De moeder van Ilse had vroeger ook al spanningsklachten en heeft een tijdje antidepressiva gebruikt.

Ilse heeft het MBO gedaan en heeft een tijd huishoudelijk werk gedaan in de Thuiszorg. Vervolgens is ze gaan werken in de kinderopvang en dat doet ze tegenwoordig nog steeds.

Ilse is getrouwd met haar man, wie een erg grote stressfactor vormt voor haar. Haar man is een chronisch depressieve man. Hij heeft al vijf keer een depressieve periode gehad en heeft daarbij 2 keer een suïcidepoging gedaan. Binnen zijn depressie heeft hij ook psychotische episodes. De man van Ilse gaat naar een psychiater bij Mediant. Hij heeft voor een lange periode geen werk gehad en zat daarom veel thuis. Dit heeft bij Ilse ook voor veel spanning gezorgd. Een aantal maanden geleden is hij weer begonnen met resocialiseren en werkt weer een aantal uren per dag. Hij kan zich er vaak niet toe zetten om te gaan werken en meld zich dan ziek. Dit zorgt voor veel onrust en stress bij Ilse. Ze voelt zich erg verantwoordelijk voor haar man en daarbij heeft ze zichzelf al voor erg lange tijd weggecijferd. Omdat haar man niet werkte, werd het inkomen van Ilse en haar man een stuk minder. Ilse deed altijd aan volleybal, maar door financiële redenen kon ze hier niet mee doorgaan. Ze maakte steeds minder tijd en plaats voor zichzelf.

Ilse is gelovig en is vrijgemaakt gereformeerd. In de tijden dat Ilse en haar man financieel erg krap zaten, is de kerk financieel bijgesprongen.

Ilse en haar man hebben samen een zoontje van zes jaar. Bij de opvoeding en de verzorging van het kind zijn verder geen problemen ontstaan.

Ilse is lichamelijk gezond. Ze gebruikt geen alcohol en drugs en ook rookt Ilse niet.

Hoofdstuk 4 Methode

4.1 Basisprincipes van acrobatiek

Wanneer er gekeken wordt naar de uitgangspunten van de acrobatiek, komen er verschillende aspecten naar voren. Wanneer een groep personen gezamenlijk acrobatische vormen gaan uitvoeren, is er allereerst wederzijds vertrouwen nodig. De personen moeten zich aan elkaar overgeven en zich veilig voelen bij de anderen. Wanneer er geen vertrouwen is, zal het uitvoeren van de vorm lastig gaan. Daarbij is er een goede samenwerking tussen de verschillende personen noodzakelijk. De personen hebben elkaar nodig bij het uitvoeren van de vorm en daarbij moeten goede afspraken gemaakt worden. Goede communicatie is zodoende ook zeer belangrijk. Daarbij is het vaak zo dat één iemand enigszins meer het voortouw neemt en de leiding heeft. Verder komt erbij dat er vrijwel altijd lichamelijk contact ontstaat tussen de personen die samen een acrobatische vorm uitvoeren. Het kan daarbij zijn dat je op de ander steunt of dat je de ander vasthoudt. (Bax, Driel, van der Palen, Teune, 2006)

Wanneer er gekeken wordt naar de verschillende thema's die binnen de PMT aangeboden worden, zijn er veel overeenkomsten te zien met de basisprincipes van acrobatiek. Zoals hierboven beschreven is, zijn vertrouwen, samenwerken, leiden/volgen en lichamelijk contact belangrijke aspecten die terugkomen binnen de acrobatiek. Dit zijn ook thema's die veelal toegepast worden binnen de PMT. Thema's die ook terug te vinden zijn in de acrobatische vormen zijn: grenzen ervaren en aangeven, eigen vermogen inschatten en kracht.

4.2 Angst- en Paniekstoornis

4.2.1 Wat is angst?

Angst is een onprettige gemoedstoestand, die zich voordoet wanneer mensen een situatie als bedreigend zien. Angst heeft een beschermende functie, omdat het de mens waarschuwt voor dreigingen als pijn, straf of verwonding. Degenen die de angst ervaart, wordt ervoor gewaarschuwd iets te doen om zich van het gevaar af te wenden. Angst heeft dus een beveiligende functie en het kan er zelfs voor zorgen dat men betere prestaties levert. Deze positieve angst gaat samen met een verhoogde alertheid. Wanneer de angst te sterk wordt, dan belemmert deze angst juist het vermogen om te presteren en ook de concentratie wordt verslechterd.

Wanneer we een beangstigende situatie hebben meegemaakt, kunnen we dit ons erg slecht of maar gedeeltelijk herinneren. Een angstig persoon selecteert voor zichzelf bepaalde prikkels uit de omgeving dat signalen van bedreiging kunnen zijn. Hierdoor kan de waarneming van deze persoon vervormd worden. Bepaalde zintuiglijke waarnemingen worden verkeerd geïnterpreteerd. Wie bijvoorbeeld bang is in het donker, meent dat het geluid dat hij hoort de voetstappen van een achtervolger zijn (W. Vandereycken en R. van Deth, 2004).

4.2.2 Wat is de oorzaak van angst?

Het ontstaan van angst kan verschillende oorzaken hebben. Allereerst kan angst veroorzaakt worden door *biologische kwetsbaarheid*. 20% van de mensen hebben een zenuwstelsel wat gevoeliger is en sterker reageert op signalen uit de omgeving. Hierbij wordt angst soms gezien als een persoonlijke eigenschap: sommige mensen zijn van nature angstiger aangelegd dan andere mensen. Ook spelen er bij sommige angststoornissen de genetische eigenschappen van de mens een rol. (Collier, 2002)

Angst kan ook veroorzaakt worden door een *ingrijpende gebeurtenis*. Wanneer iemand bijvoorbeeld een geweldsdelict of een bedreiging meemaakt, kan dat veel angst veroorzaken. Zelfs als je ziet dat iemand anders bijvoorbeeld wordt bedreigd, kan dit voor veel angst zorgen. (Collier, 2002)

Daarnaast kan angst ontstaan doordat het wordt *aangeleerd*. Onderzoek heeft aangetoond dat een neutrale prikkel door associatie met een schadelijke prikkel op den duur ook angst kan opwekken. Een voorbeeld hiervan is: een proefdier wordt blootgesteld aan een onschuldige stimulus (bijvoorbeeld een geluid) en kort daarop volgend krijgt hij een onplezierige prikkel (bijvoorbeeld een stroomstootje). Dit proces wordt een aantal keer herhaald. In de hersenen van het dier vinden aanpassingen plaats waardoor het dier het onschuldige geluid koppelt aan de vervelende stroomstoot: het dier is geconditioneerd. Het gevolg is dat als het dier slechts het onschuldige geluid hoort, het dier het angstige gedrag laat zien alsof het een stroomstoot heeft gekregen. Deze conditionering kan wel verbroken worden door de associatie van het onschuldige geluid met de onplezierige stroomstoot te doorbreken. Het proefdier wordt een aantal malen blootgesteld aan alleen het geluid. Het merkt dat het niet meer gepaard gaat met de stroomstoot en zodoende “leert” het dier dat het geluid onschuldig is, en het zal geen angstreacties meer vertonen. Echter de associatie is niet volledig uit het geheugen gewist. Indien het proefdier in een gevaarlijke positie wordt geplaatst, en kort daarna het geluid hoort, dan is de conditionering weer tot stand gebracht. (Pavlov, 1927).

De denkwijze binnen de mogelijke oorzaak van angst die hierboven beschreven staat, ziet men terug binnen de cognitief- gedragstherapeutische benadering. Deze benadering gaat er ook vanuit dat gedrag is aangeleerd en dat nieuw gedrag aangeleerd kan worden. Door nieuw gedrag te oefenen en te leren doe je andere ervaringen op en wordt het gemakkelijker op ook andere gedachten aan te nemen. Daarnaast hebben je gedachten ook grote invloed op je gevoel. Deze gedachtegang zien we terug in het G-schema, een model dat veelvuldig gebruikt wordt binnen de PMT. Dit schema wordt hieronder weergegeven (Douma).

Gebeurtenis → Gedachten → Gevoelens → Gedrag → Gevolgen

Het schema is een hulpmiddel dat gebruikt wordt om erachter te komen welke (onbewuste of automatische) gedachten ertoe leiden dat een bepaalde gebeurtenis bepaalde gevoelens bij je oproept. Deze gevoelens leiden tot bepaald gedrag en dat gedrag leidt weer tot bepaalde gevolgen. (Weerman, 2006)

4.2.3 Verschillende vormen van angst

Er kunnen verschillende vormen van angst onderscheiden worden: paniekstoornis met of zonder agorafobie, enkelvoudige fobie, sociale fobie, dwangstoornis, veralgemeende angststoornis en posttraumatische stress-stoornis. Deze stoornissen zullen hieronder beschreven worden.

Paniekstoornis

Bij een paniekstoornis is er sprake van onregelmatige angstaanvallen met allerlei lichamelijke klachten die ten onrechte geïnterpreteerd worden als tekenen van ernstige ziekte. Iemand kan daarbij last hebben van hartkloppingen, zweten, opvliegers, koude rillingen, trillen of duizeligheid. Vaak gaat dit samen met het ontlopen van situaties waarin de betrokkene angstig is dat een paniekaanval kan optreden, vluchten moeilijk is en hulp niet meteen beschikbaar lijkt. In zulke gevallen spreekt men van agorafobie (W. Vandereycken en R. van Deth, 2004), (H. van 't Land, 2007).

Enkelvoudige fobie

Een enkelvoudige fobie is een heftige, overdreven of onredelijke angst voor een bepaalde prikkel of situatie. Deze situatie of prikkel wordt zoveel mogelijk vermeden of met intense angst of lijden doorstaan. Wanneer de betrokkene bloot wordt gesteld aan de angstopwekkende prikkel, treedt onmiddellijk de angstreactie op. Een voorbeeld hiervan kan zijn dat de angst ontstaat door een bepaald voorwerp of situatie, bijvoorbeeld vliegangst, angst voor spinnen, angst voor bloed etc. (W. Vandereycken en R. van Deth, 2004),(H. van 't Land, 2007).

Sociale fobie

Mensen met een sociale fobie zijn bang voor situaties waarin ze kritisch beoordeeld kunnen worden door anderen, of ze zijn bang zichzelf belachelijk te maken. Ze zijn bang om bijvoorbeeld te blozen, te trillen of te gaan zweten. De betrokkene weet dat zijn of haar angst onredelijk is. De angsten en het vermijden van sociale situatie bemoeilijken mensen sterk in het doen van de dagelijkse dingen, bijvoorbeeld werk, en in al die dingen waarbij ze contact hebben met andere mensen. (W. Vandereycken en R. van Deth, 2004),(H. van 't Land, 2007).

Dwangstoornis

Mensen met een obsessief-compulsieve stoornis, hebben last van steeds terugkerende dwanggedachten en/of dwanghandelingen. De betrokkene is zich er bewust van dat deze dwanggedachten vreemd en onredelijk zijn en ze vinden en ook niet bij hen passen. Het overkomt hun en ze kunnen die gedachten niet voorkomen. Dwanghandelingen zijn zich steeds herhalende dingen die iemand op dezelfde speciale manier doet - moet doen. Voorbeelden hiervan zijn bijvoorbeeld overmatig bidden, heel veel en vaak schoonmaken en geregeld controleren en geruststelling vragen. (W. Vandereycken en R. van Deth, 2004),(H. van 't Land, 2007).

Veralgemeende angststoornis

Mensen met een gegeneraliseerde angststoornis zijn de hele tijd angstig en bezorgd over alledaagse dingen. Ze zijn altijd nerveus en zien overal tegenop. Ze vinden het moeilijk om deze zorgen en angsten onder controle te houden. Het verschil met andere angststoornissen is dat de angst niet veroorzaakt wordt door een bepaalde situatie, maar de angst is altijd aanwezig. (W. Vandereycken en R. van Deth, 2004),(H. van 't Land, 2007).

Posttraumatische stress-stoornis

Een posttraumatische stress-stoornis (PTSS) is een angststoornis die zich kan ontwikkelen na een oorlogservaring, een natuurramp, een vliegtuigongeluk, een terroristische aanslag, aanranding, verkrachting, beroving met geweld, of door het zien van mensen die ernstig gewond zijn of gedood. Op het moment van het trauma of de schokkende gebeurtenis, verliest de betrokkene de controle en voelt zich machteloos. Zo'n ingrijpende gebeurtenis heeft tot gevolg dat de betrokkene het vertrouwen in zichzelf en in anderen kwijt is. Het geestelijk en lichamelijk evenwicht is totaal verstoord. De angst blijft de hele tijd in het lichaam en in de gedachten aanwezig en dit heeft vaak chronische stress, extra alertheid en allerlei lichamelijke klachten tot gevolg. Deze klachten belemmert het dagelijks leven van de betrokkene op vele manieren. (W. Vandereycken en R. van Deth, 2004),(H. van 't Land, 2007).

4.3 Koppeling hulpvraag cliënten & basisprincipes acrobatiek

Zoals al beschreven stond in de beschrijving van de ET-groep in hoofdstuk 1, vertonen de hulpvragen van de cliënten uit deze groep veel overeenkomsten met elkaar. De hulpvragen van de cliënten laten aspecten zien als egoversterking, autonomiegroei, (zelf)vertrouwen, lichaamssignalen

ervaren/herkennen en verwoorden, grenzen aangeven, het aanleren van sociale vaardigheden, leren ontspannen/leren loslaten van de verantwoordelijkheid en omgaan met impulsen. Wanneer er gekeken wordt naar de basisprincipes van acrobatiek, is er een parallel te zien met de aspecten die terugkomen binnen de hulpvragen van de cliënten. Deze basisprincipes zijn goed te koppelen aan bepaalde thema's die binnen de PMT bij de ET-groep veelvuldig gebruikt worden:

- grenzen ervaren en aangeven
- (zelf)vertrouwen
- samenwerken
- hulp vragen en accepteren voor jezelf
- lichaamssignalen ervaren
- leiden/volgen
- spanning/ontspanning

Aan de hand van deze thema's kunnen de acrobatische oefenvormen gekozen worden.

Het deelnemen aan acrobatische oefenvormen leent zich perfect voor het observeren en analyseren van het gedrag van de cliënten. Wat voor positie neemt de cliënt in binnen de vorm, neemt hij de leiding of houdt hij zich wat meer op de achtergrond? Kan de cliënt de anderen vertrouwen en kan hij of zij zich overgeven aan de anderen en de controle loslaten? Hoe voelt het voor de cliënt om letterlijk op anderen te steunen? Welke lichaamssignalen merkt de cliënt bij zichzelf? Dit zijn allemaal aspecten die de therapeut kan observeren wanneer de cliënten een acrobatische vorm uitvoeren. Op deze observaties kan ook geïntervenieerd worden door de therapeut en er de cliënten kunnen oefenen met nieuw gedrag. Zo kan er tijdens het uitvoeren van de acrobatische oefenvormen, gewerkt worden aan de hulpvragen van de verschillende cliënten. Dit maakt dat de acrobatische vormen ook werkelijk behandelmogelijkheden geven.

4.4. Psychotherapeutisch referentiekader

Binnen de PMT wordt gewerkt vanuit verschillende psychotherapeutische referentiekaders. De drie belangrijkste psychotherapeutische benaderingen zijn:

- De psychodynamische benadering
- De cliëntgerichte benadering (client-centered)
- De cognitief- gedragstherapeutische benadering

(Weerman, 2006)

Bij de ET-groep die in deze casestudy wordt beschreven, wordt vooral gewerkt vanuit de cliëntgerichte en de cognitief- gedragstherapeutische benadering. Wanneer de cliënten de acrobatische oefenvormen uit zullen voeren, wordt er gewerkt in het hier en nu. Er wordt vooral gekeken naar de beleving van de cliënt. Wat ervaart de cliënt? Het denken, voelen en handelen van de cliënt wordt onderzocht door de cliënt te bevragen. Samen met cliënt wordt het gedrag van de cliënt verkent. Er wordt gekeken of de cliënt het gedrag van zichzelf herkent in andere contexten. Ook wordt bekeken of de cliënt dit gedrag wil veranderen of niet. Dit alles past binnen de cliëntgerichte benadering.

Vanuit de ervaring van de cliënt wordt stilgestaan bij de behorende cognities. Er wordt geoefend met nieuw gedrag om zo stapje voor stapje het waarnemings-, belevingsvermogen en het gedragsrepertoire van de cliënt te vergroten. Dit is te plaatsen binnen de cognitief- gedragstherapeutische benadering. Conflicten uit het verleden worden niet zozeer ontdekkend bekeken. Er wordt niet teruggekoppeld naar oude trauma's in het verleden, omdat de egosterkte van de cliënten daar te zwak voor is. (Lips, 2007)

4.5 Interventies

Wanneer er oefenvormen aangeboden worden die uitgaan van de basisprincipes van de acrobatiek, zal er vanuit de cliëntgerichte en de cognitief-gedragstherapeutische benadering gewerkt worden. Wanneer de cliënten een bepaalde oefenvorm zullen uitvoeren, kan de therapeut een aantal interventies doen. Mogelijke interventies zijn:

- Gedrag observeren en dit teruggeven aan de cliënten:
 - *“Toen je zelf mocht kiezen of je de vorm met of zonder hulpverleners uit ging voeren, zag ik dat je even twijfelde maar je koos ervoor om het toch alleen te proberen”.*
- De cliënten bevragen op verschillende aspecten:
 - *Als je kijkt naar de samenwerking binnen de groep, was je daar tevreden over?*
 - *Welke rol heb je ingenomen tijdens het uitvoeren van de vorm?*
 - *Als je kijkt naar het dagelijks leven, past deze rol dan bij je?*
 - *Herken je dit bij jezelf?*
 - *Ben je tevreden over deze rol, of zou je toch liever een andere rol in willen nemen?*
 - *Hoe voelde het zo om de leidende/volgende rol te hebben tijdens het uitvoeren van de vorm?*
 - *Hoe voelde het zo voor jou om je volledig over te geven aan de anderen?*
 - *Wat merkte je in je lichaam toen je de vorm uitvoerde?*
 - *Welke lichaamssignalen heb je ervaren?*
 - *Wat betekenen deze signalen voor jou?*
 - *Wat heb je er vervolgens mee gedaan?*
 - *Als je kijkt naar het vertrouwen in de ander, in hoeverre speelde dat voor jou een rol binnen deze vorm?*
 - *Wat voor gedachtes had je toen je als bovenpersoon op de top van de piramide zat?*
 - *Wat betekenen deze gedachtes voor jou?*
 - *Wat doen deze gedachtes met jou?*
- De therapeut nodigt de cliënt uit om te oefenen met nieuw gedrag en geeft een positieve bekrachtiging wanneer de cliënt de uitdaging aangaat.

(Weerman, 2006)

4.6 Therapeutische attitude

Wanneer de therapeut de verschillende oefenvormen zal aanbieden, is het belangrijk dat de therapeut alles accepteert wat de cliënt ervaart tijdens het uitvoeren van de vormen. De therapeut zorgt voor een veilige sfeer waarin de cliënt zich uitgenodigd voelt om zijn denken, voelen en handelen te verkennen. Daarbij laat de therapeut een empathische attitude zien. De therapeut leeft zich in, in de belevingswereld van de cliënt en laat zijn betrokkenheid merken. Daarnaast creëert de therapeut een ‘samen-gevoel’ met de cliënt. Samen gaan ze aan het werk om gedachtes en gedrag te verkennen en zo nodig te veranderen of uit te breiden. Over het algemeen stelt de therapeut zich steunend en empathisch op en af en toe is de attitude van de therapeut wat meer sturend. Deze attitude laat de therapeut meestal zien wanneer hij de vorm uitlegt en aanbiedt. Op zo’n moment is het belangrijk dat de therapeut duidelijk aangeeft wat de bedoeling is bij het uitvoeren van de vorm en daarom is zijn attitude wat sturend. Op sommige momenten is de houding van de therapeut tijdens het uitleggen van de vorm wat afwachtend en uitnodigend. Zo stimuleert de therapeut de cliënten om in overleg te gaan en samen tot een oplossing te komen. (Weerman, 2006)

Hoofdstuk 5 Resultaten

Aan de hand van de theoretische informatie die tijdens het maken van deze scriptie onderzocht is, zijn er een zestal oefenvormen ontworpen die uitgaan van de basisprincipes van de acrobatiek. Tijdens het ontwerpen van de oefenvormen is rekening gehouden met de verschillende hulpvragen en dus met de stoornis van de cliënten. Deze hulpvragen zijn gekoppeld aan verschillende thema's die tijdens de behandeling van de cliënten uit de ET-groep naar voren komen. Daarbij is gekeken welke parallel te zien was tussen deze thema's en de basisprincipes van de acrobatiek. De thema's die toepasbaar zijn in het behandelproces van de groep en die ook terugkomen in de acrobatische oefenvormen zijn:

- grenzen ervaren en aangeven
- (zelf)vertrouwen
- samenwerken
- lichaamssignalen ervaren
- leiden/volgen
- spanning/ontspanning
- hulp vragen en accepteren voor jezelf

Aan de hand van deze thema's zijn er doelen geformuleerd die tijdens het uitvoeren van de oefenvorm en tijdens het nabespreken van de oefenvorm, worden nagestreefd. De thema's kunnen door de therapeut geïntroduceerd worden aan de hand van psycho-educatie over het thema dat in de oefenvorm terug zal komen. Op deze manier creëert de therapeut de juiste mental set voor de cliënten.

Ook zijn de therapeutische attitude en de interventies die de therapeut kan uitvoeren overwogen. Hierbij is ook rekening gehouden met de uitgangspunten van de psychotherapeutische referentiekaders waaruit gewerkt wordt. Interventies die door de therapeut gedaan worden zijn onder andere:

- De therapeut nodigt de cliënt uit om te experimenteren en te oefenen met nieuw gedrag.
- Wanneer de cliënt daadwerkelijk oefent met nieuw gedrag, belooft de therapeut de cliënt door het geven van een compliment.
- Tijdens het nabespreken wordt het denken, voelen en handelen van de cliënt dat hij of zij tijdens de oefenvorm heeft gemerkt, onderzocht. Heeft de cliënt negatieve gedachten, dan zal dit ook het handelen en het voelen van de cliënt beïnvloeden.

Deze interventies zijn te plaatsen binnen het cognitief- gedragstherapeutisch referentiekader.

Daarnaast doet de therapeut ook interventies die te plaatsen zijn binnen het cliëntgerichte referentiekader:

- De therapeut gaat samen met de cliënt het gedrag dat hij of zij tijdens de vorm liet zien verkennen, herkennen en erkennen.
- De therapeut gaat uit van de autonomie van de cliënten, doordat hij zich op sommige momenten meer volgend opstelt en de verantwoordelijkheid bij de cliënten legt. Dat komt bijvoorbeeld naar voren tijdens de overlegmomenten.
- Tijdens het nabespreken van de oefenvorm is de attitude van de therapeut empathisch en betrokken. De therapeut accepteert alles wat de cliënt ervaart. De therapeut vraagt hierbij naar wat de cliënt allemaal ervaren heeft tijdens het uitvoeren van de oefenvorm.

Het zestal oefenvormen die met behulp van deze informatie zijn ontworpen, zijn terug te vinden in de bijlagen van deze casestudy. In deze beschrijving van de oefenvorm is allereerst een uitleg gegeven van de ontworpen vorm en ook wordt hierbij de rationale genoemd. Daarbij is ook een

illustratie van het oefenvorm gegeven. Binnen deze oefenvormen is overwogen waarom deze vorm toepasbaar zou zijn bij de cliënten uit de ET-groep met een angst- en paniekstoornis. Het doel van de oefenvorm wordt daarbij ook besproken. Ook worden de mogelijke interventies beschreven die binnen de oefenvorm gedaan kunnen worden. Tevens wordt de bijbehorende therapeutische attitude genoemd. Bovendien worden de PMT-thema's genoemd die binnen de oefenvorm naar voren komen. Ten slotte wordt ook het verwachte gedrag van de cliënten uit de ET-groep beschreven, dat de cliënten tijdens en na de oefenvorm laten zien.

Hoofdstuk 6 Conclusie en aanbevelingen

Deze casestudy had tot doel om verschillende oefenvormen te ontwerpen en te beschrijven, uitgaande van de basisprincipes van acrobatiek, die aangeboden kunnen worden aan de ET-groep van het MST. Vanuit dit doel was de volgende vraagstelling geformuleerd:

Welke oefenvormen, die uitgaan van de basisprincipes van acrobatiek, leveren binnen het Medisch Spectrum Twente bij de ervaringsgerichte cliëntengroep met angst- en paniekstoornissen, een positieve bijdrage aan een succesvolle behandeling door de psychomotorisch therapeut?

Om tot het zestal acrobatische oefenvormen te komen die uiteindelijk zijn ontworpen, zijn eerst een aantal stappen ondernomen. Allereerst is gekeken naar de basisprincipes van de acrobatiek. De aspecten die bij de basisprincipes van de acrobatiek naar voren kwamen, maakten een mooie parallel met bepaalde thema's die binnen de PMT bij de ET-groep veelvuldig gebruikt worden. Dit waren de thema's: grenzen ervaren en aangeven, (zelf)vertrouwen, samenwerken, hulp vragen en accepteren voor jezelf, lichaamssignalen ervaren, leiden/volgen en spanning/ontspanning. Aan de hand van deze thema's zijn er een zestal acrobatische oefenvormen gekozen. Hierbij zijn de oefenvormen geselecteerd op de mogelijkheid van het terug laten komen van de verschillende thema's binnen de vorm. De PMT-thema's die terug te vinden zijn in de vormen, sluiten aan bij de hulpvragen van de verschillende cliënten. De hulpvragen van de cliënten laten aspecten zien als egooversterking, autonomiegroei, (zelf)vertrouwen, lichaamssignalen ervaren/herkennen en verwoorden, grenzen aangeven, het aanleren van sociale vaardigheden, leren ontspannen/leren loslaten en omgaan met impulsen. De cliënten krijgen binnen de acrobatische oefenvormen dus de mogelijkheid om te oefenen met de verschillende PMT-thema's en dus te werken aan hun individuele hulpvraag. Bij het kiezen van de oefenvormen is er ook rekening gehouden met de moeilijkheidsgraad van de acrobatische vormen.

Verder is er gekeken naar de verschillende angst- en paniekstoornissen en waar deze hun oorzaak kunnen vinden. Angst kan veroorzaakt worden door de biologische kwetsbaarheid van de persoon. Angst kan ook veroorzaakt worden door een ingrijpende gebeurtenis. Daarnaast kan angst ontstaan doordat het wordt aangeleerd. Onderzoek heeft aangetoond dat een neutrale prikkel door associatie met een schadelijke prikkel op den duur ook angst kan opwekken. Er vindt conditionering plaats. Deze gedachtegang zien we ook terug binnen de cognitief- gedragstherapeutische benadering. Deze benadering gaat er ook vanuit dat gedrag is aangeleerd en dat nieuw gedrag aangeleerd kan worden. Door nieuw gedrag te oefenen en te leren doe je andere ervaringen op en wordt het gemakkelijker om ook andere gedachten aan te nemen.

Aan de hand van onder andere deze theoretische informatie, is gekeken vanuit welk psychotherapeutisch referentiekader de therapeut zou gaan werken bij het aanbieden van de acrobatische vormen. Op het moment wordt er met de ET-groep ook vooral gewerkt binnen de cliëntgerichte en de cognitief-gedragstherapeutische benadering. Omdat deze referentiekaders pasten bij deze groep en bij het aanbieden van de vormen, is er gekozen om te werken vanuit deze referentiekaders. Tijdens de acrobatische vormen wordt er vooral gekeken naar de beleving van de cliënt. Vanuit de ervaring van de cliënt wordt stilgestaan bij de behorende cognities. De passende therapeutische attitude hierbij is over het algemeen steunend en empathisch en af en toe is de attitude van de therapeut wat meer sturend. Interventies die door de therapeut gedaan worden zijn onder andere: Uitnodigen tot experimenteren met nieuw gedrag, het belonen van cliënt wanneer deze daadwerkelijk oefent met nieuw gedrag, het denken voelen en handelen onderzoeken, samen met de cliënt zijn of haar gedrag verkennen/herkennen/erkennen, zich meer volgend opstellen en de verantwoordelijkheid bij de cliënten legt en alles accepteren wat de cliënt ervaart. Deze interventies zijn gekozen vanuit de cliëntgerichte en de cognitief-gedragstherapeutische benadering.

Uit al deze informatie zijn uiteindelijk een zestal oefenvormen ontworpen die uitgaan van de basisprincipes van de acrobatiek. Deze vormen staan weergegeven in een schema en zijn terug te vinden in de bijlagen van deze casestudy. In dit schema worden de volgende aspecten weergegeven: de naam van de oefenvorm, een uitleg, een illustratie, de rationale, de doelen, de mogelijke interventies van de therapeut, de terugkomende thema's en het verwachte gedrag van de cliënten. Hieronder zal een korte weergave van de acrobatische oefenvormen volgen.

De eerste oefenvorm is **'De Klok'** die uitgevoerd wordt in een drietal. Twee personen staan ongeveer drie meter uit elkaar met het gezicht naar elkaar toe. De derde persoon staat tussen deze twee personen waarbij hij recht tegenover een van de twee personen staat. De persoon in het midden laat zich naar voren en naar achteren vallen, waarbij hij of zij bij de schouders wordt opgevangen door de buitenste twee personen. Hierbij is het belangrijk dat de middelste persoon zijn of haar lichaam aanspant en helemaal recht maakt. De middelste persoon wordt telkens weer rustig naar het middelpunt gebracht zodat hij of zij weer rechtop komt te staan.

De tweede oefenvorm is **'De V-hang'** die uitgevoerd wordt in een tweetal. Twee personen gaan met opgetrokken benen tegenover elkaar zitten en plaatsen de voeten tegen elkaar. Zij houden elkaar vast met een ellebooggreep. In zit gaan ze al aan elkaar hangen, waarna zij beiden hangend aan elkaar hun benen strekken. Als dit gelukt is dalen de twee personen weer af tot zit.

De derde oefenvorm is **'De tafel'** die uitgevoerd wordt in een viertal. Een van de vier personen begint als onderpersoon en gaat op handen en knieën zitten met een rechte rug. Hiernaast gaan twee personen staan die de hulpverleners zijn. De vierde persoon zet een voet op de heupen van de onderste persoon, en zet zijn handen op de schouders van de hulpverleners. Vervolgens strekt hij zijn been die hij zijn standbeen en zet voorzichtig zijn andere been op de schouders van de onderpersoon. Als de bovenpersoon staat, kunnen de hulpverlenende cliënten hem loslaten. De bovenpersoon stapt voorzichtig af.

De vierde oefenvorm is **'De stoel met 3 personen'** die uitgevoerd wordt in een drietal. Twee personen gaan naast elkaar op een stoel zitten en de derde persoon gaat ervoor staan. De onderpersonen pakken de bovenpersoon met 2 handen vast bij de onderarm. De bovenpersoon zet een voet op het bovenbeen van een van de onderpersonen. Op een afgesproken teken strekt de bovenpersoon het opstapbeen. De bovenpersoon zet het andere been op het bovenbeen van de andere onderpersoon. Vervolgens moeten de onderpersonen maar ook de bovenpersoon iets naar achter hangen om in balans te komen.

De vijfde oefenvorm is **'Op handen gedragen'** die uitgevoerd wordt met acht personen. Steeds zal er 1 persoon de rol van bovenpersoon hebben. Deze persoon wordt vanaf de grond opgetild en boven het hoofd van de andere personen gebracht. Deze pakken de bovenpersoon vast bij de schouderbladen en de bovenarmen, de onderrug, de bovenbenen en de onderbenen. Op een afgesproken teken wordt de bovenpersoon opgetild en boven de andere personen gebracht. Nadat de bovenpersoon voldoende ervaringen op heeft gedaan terwijl hij of zij werd opgetild, wordt de bovenpersoon weer rustig op beide voeten neergezet.

De zesde en laatste oefenvorm is **'De piramide'** die uitgevoerd wordt met 8 personen. Drie onderpersonen gaan naast elkaar op de mat op handen en knieën zitten. Vervolgens klimmen twee middenpersonen op de drie onderpersonen. Hierbij zetten ze eerst hun knieën op de heupen van de onderpersonen en plaatsen ze hun handen op de schouders van de onderpersonen. Vervolgens klimt de bovenpersoon met behulp van hulpverleners boven op de piramide. Het afbouwen van de piramide moet voorzichtig gebeuren.

De bijpassende illustraties, rationale, doelen, mogelijke interventies, thema's en het verwachte gedrag van de cliënten, zijn terug te vinden in de schema's die weergegeven zijn in de bijlagen. Er zijn een aantal aspecten die binnen alle zes de oefenvormen terug komen:

- De thema's die binnen de vormen terugkomen, komen veelal overeen. In de ene vorm zijn wat meer thema's terug te vinden dan in de andere vorm.

- De doelen van de vorm en dus ook de rationale van de verschillende vormen, vertonen enige overeenkomsten.
- De therapeutische attitude tijdens de verschillende vormen komt vaak overeen en de interventies binnen de vormen vertonen ook enige gelijkenis.

Aan de hand van deze conclusie kan opgemaakt worden dat het doel van deze casestudy is bereikt: er zijn een zestal oefenvormen ontworpen en beschreven uitgaande van de basisprincipes van de acrobatiek die een psychomotorische therapeut kan toepassen binnen de ET-groep van het MST. Een aanbeveling zou zijn, om daadwerkelijk te onderzoeken of deze acrobatische oefenvormen een positieve bijdrage leveren aan het proces van de cliënten. Dat zou kunnen door deze vormen daadwerkelijk aan te bieden binnen de ET-groep van het MST.

Literatuurlijst

Boeken, artikelen en overige literatuur

- Collier. (2002). FISH: flexible joints and panic: Are anxiety disorders really expressions of instability in the human genome? *British Journal of Psychiatry* , 181, 457-459.
- Emck, C. (1997). De observatielijst van Emck.
- Groos, A. P. (2001). *Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR* . Amsterdam: Harcourt Assessment BV.
- Hekking, P. (2007). Studentenhandleiding Werkplaats Therapeutische Vaardigheden 3e jaar. *Studentenhandleiding Werkplaats Therapeutische Vaardigheden 3e jaar* .
- Hilde Bax, G. v. (2006). *Werkboek Bewegingsonderwijs voor de Basisvorming*. Utrecht: Simone C. Jansen.
- Lips, J. (2007). Overzicht poliklinische PMT-groepen.
- Moleman, P. (2007). *Geneesmiddelen voor de geest een praktische gids*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.
- Sietsma, L. (2005). Kader voor diagnostiek: een aanzet. 4-7.
- W. Vandereycken, R. v. (2004). *Psychiatrie van diagnose tot behandeling*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Weerman, A. (2006). *Zes psychologische stromingen en één client*. Soest: Uitgeverij Nelissen.

Websites

- Douma, J. *Het G-schema*. Geraadpleegd op 9 mei 2009. Opgehaald van de website www.josdouma.nl. <http://www.josdouma.nl/pneumapastoraat/gschema.pdf>.
- Gezondheid, D. N. (sd). www.trimbos.nl. Geraadpleegd op 9 mei 2009. Opgehaald van de website van Trimbos Instituut. www.trimbos.nl
- H. van 't Land, C. de Ruiter (2007). *Nationale Monitor Geestelijke Gezondheid 2006 (NMG)*. Geraadpleegd op 16 mei 2009. Opgehaald van website Trimbos-Instituut. <http://www.ggzbeleid.nl/2007/1298.pdf>
- World Health Organisation (WHO) (2001). Geraadpleegd op 1 Mei 2009. Opgehaald van de website Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. <http://www.rivm.nl/who-fic/in/ICFwebuitgave.pdf>
- Storm. (2007). *The Peking Acrobats*. Geraadpleegd op 1 Mei 2009. Opgehaald van de website Info.nu. <http://kunst-en-cultuur.info.nu/geschiedenis/10676-the-peking-acrobats.html>.
- Versluijs-Eering, H. (2004). *Het biopsychosociaal model*. Geraadpleegd op 1 Mei 2009. Opgehaald van de website Coaching Counseling en Training: <http://www.echoecho.nl/echobestanden/Het%20biopsychosociaal%20model.pdf>

Bijlagen

Bijlage 1: Oefenvorm 1 ‘De Klok’

Oefenvorm	De klok
Uitleg	Deze oefenvorm wordt uitgevoerd in een drietal. Twee personen staan ongeveer drie meter uit elkaar met het gezicht naar elkaar toe. De derde persoon staat tussen deze twee personen in, waarbij hij recht tegenover een van de twee personen staat. De persoon in het midden laat zich naar voren en naar achteren vallen, waarbij hij of zij bij de schouders wordt opgevangen door de buitenste twee personen. Hierbij is het belangrijk dat de middelste persoon zijn of haar lichaam aanspant en helemaal recht maakt. De middelste persoon wordt telkens weer rustig naar het middelpunt gebracht zodat hij of zij weer rechtop komt te staan.
Illustratie	
Rationale	Veel cliënten uit de ET-groep, vinden het lastig om de controle los te laten en de verantwoordelijkheid bij de ander te leggen. Door de rol van de middelste persoon aan te nemen, kan de cliënt dit ervaren en ermee oefenen. Ook is het voor de cliënten belangrijk dat ze hun eigen grenzen leren aanvoelen en aangeven. De middelste persoon gaat na: wil ik me nog verder laten vallen? De buitenste twee personen gaan na: wil ik dat de middelste persoon zich verder laat vallen? Houdt/wil ik dat? Alle drie cliënten kunnen hierbij hun grenzen aangeven. Daarbij is het belangrijk dat de cliënten lichaamssignalen (spanning/ontspanning) ervaren en hier woorden aan geven. Ook ervaren de cliënten hoe het is om verschillende rollen aan te nemen (leiden/volgen). Dit alles wordt bij het nabespreken van de vorm geëvalueerd.
Doelen	- De cliënten oefenen met het loslaten van de controle. - De cliënten oefenen met het aanvoelen en aangeven van grenzen. - De cliënten worden zich bewust van lichaamssignalen. - De cliënten ervaren hoe het is om verschillende rollen aan te nemen (leiden/volgen). - De cliënten verkennen/herkennen/erkennen samen met de therapeut het gedrag dat ze tijdens de oefenvorm laten zien.
Mogelijke interventies	- De therapeut geeft psycho-educatie over wensen en grenzen ervaren en kenbaar maken/lichaamssignalen/leiden en volgen/vertrouwen. - Er wordt gewisseld van plaats zodat iedereen een keer de middelste persoon is geweest. - De middelste persoon doet de ogen dicht. - De cliënten mogen samen afspreken hoe ver de middelste persoon zich laat vallen. Hierbij kunnen alle drie de cliënten hun grenzen aangeven. - De therapeut nodigt de cliënten uit om te oefenen met nieuw gedrag en belooft de cliënt met een compliment wanneer hij of zij oefent met nieuw gedrag.

	- Achteraf bevragen op denken, voelen en handelen van de cliënten tijdens de vorm; Verkennen, herkennen en erkennen van het gedrag van de cliënten tijdens de vorm.
Therapeutische attitude	- Tijdens het uitleggen van de vorm laat de therapeut een sturende houding zien. Bij deze vorm is het noodzakelijk dat de therapeut duidelijk aangeeft hoe de vorm uitgevoerd moet worden en daarom is hij wat sturend. - Bij het evalueren van de vorm en het bevragen van de cliënten, is de attitude van de therapeut betrokken en empathisch. Deze attitude komt vooral naar voren wanneer de vorm nabesproken wordt en samen met de cliënt het gedrag wordt verkent, herkent en erkent.
Thema's	Thema's die terugkomen binnen deze vorm zijn: vertrouwen, samenwerken, grenzen ervaren en aangeven, lichaamssignalen ervaren, leiden/volgen, spanning/ontspanning, autonomie.
Verwacht gedrag	Gedrag tijdens de oefenvorm: - De middelste persoon vindt het erg spannend en durft zich niet zo ver te laten vallen. - De middelste persoon maakt zich zorgen of de andere twee het wel zullen houden en controleert dit ook bij de buitenste personen. Hierbij is deze persoon heel erg met de ander bezig en vraagt na of ze het niet vervelend of zwaar vinden. Hij of zij vindt het lastig om de volgende rol aan de nemen en zoekt toch naar controle. - De buitenste personen zijn erg zorgvuldig met de middelste persoon en durven het ook niet goed aan om de ander ver te laten vallen. Gedrag tijdens het nabespreken: - De cliënten verwoorden erg veel met de gedachten bij de ander te zijn: <i>Buitenste rol:</i> Doe ik het wel goed? Houd ik de ander wel goed vast? <i>Middelste rol:</i> Houden ze mij wel? Vinden ze het niet vervelend om mij op te vangen? - De cliënten herkennen dat ze veel met hun gedachten bij de ander zijn en zouden wel graag wat meer bewust willen zijn van hun eigen wensen.

Bijlage 2: Oefenvorm 2 ‘De V-hang’

Oefenvorm	V-hang
Uitleg	Deze vorm wordt uitgevoerd in een tweetal, hierbij wordt een maatje gezocht die ongeveer even zwaar is. De twee personen gaan met opgetrokken benen tegenover elkaar zitten en plaatsen de voeten tegen elkaar. Zij houden elkaar vast met een ellebooggreep. In zit gaan ze al aan elkaar hangen, waarna zij beiden hangend aan elkaar hun benen strekken. Als het gelukt is samen omhoog te komen en in V-hang de balans te bewaren, dan dalen ze weer af tot zit. (Hilde Bax, 2006)
Illustratie	
Rationale	De cliënten uit de ET-groep kunnen gevoelens hebben van onmacht; ze voelen zich machteloos in bepaalde situaties waar ze geen controle over hebben. Lichaamsgerichte en bewegingsgerichte oefeningen geven de gelegenheid om de eigen (fysieke) kracht te beleven. Veel cliënten uit de ET-groep, vinden het lastig om de verantwoordelijkheid uit handen te geven. Binnen deze vorm oefenen de cliënten met het vertrouwen op de ander en de verantwoordelijkheid te delen. Ook ervaren de cliënten welke rol ze binnen de oefenvorm geneigd zijn om aan te nemen; neemt de cliënt initiatief of stelt de cliënt zich afwachtend op t.o.v. de ander? Maken de cliënten afspraken over hoe ze de vorm gaan uitvoeren? Hoe verloopt de samenwerking? Dat alles is te observeren binnen deze vorm en wordt nabesproken in de evaluatie van de oefenvorm.
Doelen	- De cliënten ontdekken hun eigen kracht en ervaren daarom een toename in het gevoel van autonomie. - De cliënten oefenen met het delen van de verantwoordelijkheid en het vertrouwen op de ander. - De cliënten ervaren welke neiging ze hebben m.b.t. rolverdeling en oefenen eventueel met de andere rol (leiden/volgen). - De cliënten verkennen/herkennen/erkennen samen met de therapeut het gedrag dat ze tijdens de oefenvorm laten zien.
Mogelijke interventies	- De therapeut geeft psycho-educatie over kracht ervaren/leiden en volgen/vertrouwen. - De therapeut wijst een rol toe aan een van de cliënten. Wanneer iemand het bijvoorbeeld lastig vindt om de leidende rol aan te nemen, kan de cliënt hiermee oefenen tijdens deze vorm. - Er kan gewisseld worden van maatje. Op deze manier kan gekeken worden of het een verschil ontstaat in de rolverdeling wanneer je de vorm met een andere persoon uitvoert. - De therapeut nodigt de cliënten uit om te oefenen met nieuw gedrag en beloont de cliënt met een compliment wanneer hij of zij oefent met nieuw gedrag. - Achteraf bevragen op denken, voelen en handelen van de cliënten tijdens de vorm; Verkennen, herkennen en erkennen van het gedrag van de cliënten

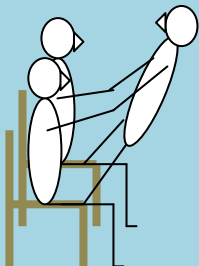
	tijdens de vorm.
Therapeutische attitude	- Tijdens het uitleggen van de vorm laat de therapeut een sturende houding zien. Bij deze vorm is het noodzakelijk dat de therapeut duidelijk aangeeft hoe de vorm uitgevoerd moet worden en daarom is hij wat sturend. Ook is zijn rol tijdens de vorm uitnodigend om zo de cliënten te stimuleren om te experimenteren met het aannemen van een andere rol (leiden/volgen). - Bij het evalueren van de vorm en het bevragen van de cliënten, is de attitude van de therapeut betrokken en empathisch. Deze attitude komt vooral naar voren wanneer de vorm nabesproken wordt en samen met de cliënt het gedrag wordt verkent, herkent en erkent.
Thema's	Thema's die terugkomen binnen deze vorm zijn: vertrouwen, samenwerken, leiden/volgen, kracht.
Verwacht gedrag	Gedrag tijdens de oefenvorm: - De cliënten stellen zich wat afwachtend op in het maken van afspraken. Ze vragen wel aan elkaar; hoe zullen we het gaan doen? Hier nemen ze weinig stelling in en als de ander met een voorstel komt, stemmen ze hier snel mee in. Ze vinden het moeilijk om hun eigen mening naar voren te brengen. - De cliënten vinden het uitvoeren van deze vorm wel lastig, maar wanneer het lukt om samen tot stand te komen, zijn de cliënten trots op het resultaat en dit stralen ze ook uit. Gedrag tijdens het nabespreken: - De cliënten herkennen bij zichzelf dat ze het lastig vinden om hun eigen mening te verwoorden wanneer er afspraken gemaakt moeten worden. Daarbij willen ze graag wat stelliger en duidelijker zijn. - De cliënten herkennen bij zichzelf de neiging die ze hebben m.b.t. de rolverdeling en verwoorden ook of ze hier tevreden over zijn of niet.

Bijlage 3: Oefenvorm 3 ‘De tafel’

Oefenvorm	De tafel
Uitleg	Deze vorm wordt uitgevoerd in een viertal. Een van de vier personen begint als onderpersoon en gaat op handen en knieën zitten met een rechte rug (schouders recht boven handen en heupen recht boven knieën). Hiernaast gaan twee personen staan die de hulpverleners zijn. De vierde persoon zet een voet op de heupen van de onderste persoon, en zet zijn handen op de schouders van de hulpverleners. Vervolgens strekt hij zijn been die hij op de heupen heeft staan van de onderpersoon en zet voorzichtig zijn andere been op de schouders van de onderpersoon. Als de bovenpersoon staat, kunnen de hulpverlenende cliënten hem loslaten. De bovenpersoon stapt voorzichtig af. (Hilde Bax, 2006)
Illustratie	
Rationale	Veel cliënten uit de ET-groep, vinden het lastig om de verantwoordelijkheid uit handen te geven. Binnen deze vorm ervaren de cliënten de verschillende rollen: bovenpersoon, onderpersoon en hulpverlener. De cliënt ervaart dat je hulp mag vragen van de ander en dat hulp ontvangen erg prettig kan zijn. Veel cliënten uit de ET-groep willen altijd alles alleen oplossen, hoewel dat niet altijd kan en ook niet prettig is. De cliënt ervaart hoe het is om de verantwoordelijkheid te delen met anderen en daarbij te vertrouwen op de ander. Ook oefent de cliënt in deze vorm met het bewust worden van en het kenbaar maken van zijn of haar grenzen. Dit alles wordt geëvalueerd in de nabespreking van de oefenvorm.
Doelen	- De cliënten ervaren hoe het is om verschillende rollen aan te nemen en herkennen wat hun neiging is m.b.t. rolverdeling. - De cliënten ervaren hoe het is om hulp te vragen aan anderen. - De cliënten worden zich bewust van wensen en grenzen en kunnen deze ook kenbaar maken. - De cliënten verkennen/herkennen/erkennen samen met de therapeut het gedrag dat ze tijdens de oefenvorm laten zien.
Mogelijke interventies	- De therapeut geeft psycho-educatie over wensen en grenzen ervaren en kenbaar maken/leiden en volgen/vertrouwen/hulp vragen en toestaan voor jezelf. - Er wordt gewisseld van rol, zodat alle cliënten de verschillende rollen een keer ervaren hebben. - Bij een volgende ronde kan de therapeut onderzoeken of de cliënten hulp kunnen vragen voor zichzelf door de cliënten de keuze te geven om de vorm te doen met of zonder hulpverleners. - De therapeut nodigt de cliënten uit om te oefenen met nieuw gedrag en belooft de cliënt met een compliment wanneer hij of zij oefent met nieuw gedrag.

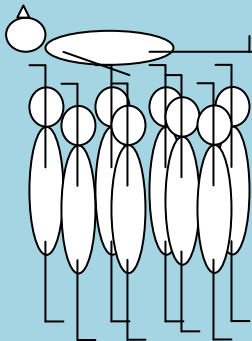
	- Achteraf bevragen op denken, voelen en handelen van de cliënten tijdens de vorm; Verkennen, herkennen en erkennen van het gedrag van de cliënten tijdens de vorm.
Therapeutische attitude	- Tijdens het uitleggen van de vorm laat de therapeut een sturende houding zien. Bij deze vorm is het noodzakelijk dat de therapeut duidelijk aangeeft hoe de vorm uitgevoerd moet worden en daarom is hij wat sturend. Wanneer de therapeut de cliënten de keuze geeft om de oefenvorm tijdens een tweede ronde met of zonder hulpverleners uit te voeren, is de attitude meer uitnodigend en aanmoedigend. - Bij het evalueren van de vorm en het bevragen van de cliënten, is de attitude van de therapeut betrokken en empathisch. Deze attitude komt vooral naar voren wanneer de vorm nabesproken wordt en samen met de cliënt het gedrag wordt verkent, herkent en erkent.
Thema's	Thema's die terugkomen binnen deze vorm zijn: vertrouwen, samenwerken, grenzen ervaren en aangeven, lichaamssignalen ervaren, leiden/volgen, kracht, hulp vragen/toestaan voor jezelf.
Verwacht gedrag	Gedrag tijdens de oefenvorm: - Wanneer de cliënten de keuze krijgen om de vorm in de tweede ronde met of zonder hulpverleners uit te voeren, zullen veel cliënten ervoor kiezen om het alleen te doen. Een aantal cliënten die al wat verder in het proces zijn, zullen wel oefenen met hulp vragen van de ander. Ze zouden het als onwennig ervaren om hulp van de ander te vragen. - Daarbij zal degene die bovenpersoon zal zijn, erg met de gedachten bij de ander zijn; Zal hij of zij me wel houden? Zal hij of zij het niet vervelend vinden dat ik op zijn of haar rug zal staan? Ze zijn erg bezig met wat de ander ervan zal vinden. Gedrag tijdens het nabespreken: - De cliënten herkennen bij zichzelf dat ze het lastig vinden om hulp te vragen van de ander, omdat ze gewend zijn om alles zelf te doen. Ze verwoorden wel dat het prettig is om hulp te krijgen van een ander. - De cliënten herkennen bij zichzelf de neiging die ze hebben m.b.t. de rolverdeling en verwoorden ook of ze hier tevreden over zijn of niet.

Bijlage 4: Oefenvorm 4 ‘De stoel met drie personen’

Oefenvorm	De stoel met 3 personen
Uitleg	Deze oefenvorm wordt uitgevoerd in een drietal. Twee personen gaan naast elkaar op een stoel zitten en de derde persoon gaat ervoor staan. De onderpersonen pakken de bovenpersoon met 2 handen vast bij de onderarm. De bovenpersoon zet een voet op het bovenbeen van een van de onderpersonen. Op een afgesproken teken, strekt de bovenpersoon het opstapbeen. De bovenpersoon zet het andere been op het bovenbeen van de andere onderpersoon. Vervolgens moeten de onderpersonen maar ook de bovenpersoon iets naar achter hangen om in balans te komen. (Wanneer het opstappen lastig gaat, kan een vierde persoon hierbij hulpverlenen). (Hilde Bax, 2006)
Illustratie	
Rationale	Veel cliënten uit de ET-groep, vinden het lastig om de verantwoordelijkheid uit handen te geven. Binnen deze vorm oefenen de cliënten met het vertrouwen op de ander en de verantwoordelijkheid te delen. In de tweede ronde krijgt een van de cliënten een leidende rol toegewezen. Hierbij ervaart en oefent de cliënt hoe het is om een leidende rol aan te nemen. Ook oefent de cliënt in deze vorm met het bewust worden van en het kenbaar maken van zijn of haar grenzen. Hoever durf ik naar achter te leunen? Wat is mijn grens en waar in mijn lichaam of in mijn gedachten merk ik dit? Dit alles wordt geëvalueerd in de nabespreking van de oefenvorm.
Doelen	- De cliënten ervaren hoe het is om verschillende rollen aan te nemen en herkennen wat hun neiging is m.b.t. rolverdeling. - De cliënten worden zich bewust van wensen en grenzen en kunnen deze ook kenbaar maken. - De cliënten verkennen/herkennen/erkennen samen met de therapeut het gedrag dat ze tijdens de oefenvorm laten zien.
Mogelijke interventies	- De therapeut geeft psycho-educatie over wensen en grenzen ervaren en kenbaar maken/leiden en volgen/vertrouwen. - Er wordt gewisseld van rol, zodat iedereen een keer de rol van de bovenpersoon heeft gehad. - De therapeut geeft aan een van de cliënten een leidende rol. Deze persoon neemt de leiding in het maken van afspraken en neemt het initiatief in het geven van het teken om het opstapbeen te strekken. - De therapeut nodigt de cliënten uit om te oefenen met nieuw gedrag en beloont de cliënt met een compliment wanneer hij of zij oefent met nieuw gedrag. - Achteraf bevragen op denken, voelen en handelen van de cliënten tijdens de vorm; Verkennen, herkennen en erkennen van het gedrag van de cliënten

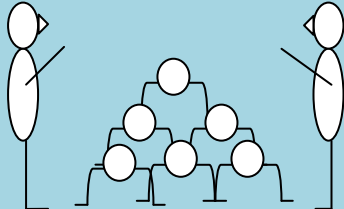
	tijdens de vorm.
Therapeutische attitude	- Tijdens het uitleggen van de vorm laat de therapeut een sturende houding zien. Bij deze vorm is het noodzakelijk dat de therapeut duidelijk aangeeft hoe de vorm uitgevoerd moet worden en daarom is hij wat sturend. Wanneer de therapeut de cliënten de vraag om een leidende rol aan te nemen, is de therapeutische attitude meer uitnodigend en aanmoedigend - Bij het evalueren van de vorm en het bevragen van de cliënten, is de attitude van de therapeut betrokken en empathisch. Deze attitude komt vooral naar voren wanneer de vorm nabesproken wordt en samen met de cliënt het gedrag wordt verkent, herkent en erkent.
Thema's	Thema's die terugkomen binnen deze vorm zijn: vertrouwen, samenwerken, lichaamssignalen ervaren en verwoorden, grenzen ervaren en aangeven, leiden/volgen, kracht.
Verwacht gedrag	Gedrag tijdens de oefenvorm: - De cliënten vinden het spannend om naar achter te leunen als bovenpersoon. Hierbij ervaren ze lichaamssignalen en kunnen deze wel verwoorden. Hierbij zijn ze in staat om hun eigen grenzen aan te geven. - De cliënten ervaren het als onwennig om een leidende rol aan te nemen. Het maken van afspraken en aansturen van de andere cliënten gaat moeizaam. Ze staan wel open voor het oefenen met deze rol. - Daarbij zal degene die bovenpersoon zal zijn, erg met de gedachten bij de ander zijn; Zal hij of zij me wel houden? Zal hij of zij het niet vervelend vinden dat ik op zijn of haar benen zal staan? Ze zijn erg bezig met wat de ander ervan zal vinden. - Wanneer de cliënten de rol van bovenpersoon hebben, zullen ze het lastig vinden om de verantwoordelijkheid uit handen te geven en te vertrouwen op de ander. Gedrag tijdens het nabespreken: - De cliënten herkennen bij zichzelf dat ze het lastig vinden om de verantwoordelijkheid uit handen te geven en verwoorden dit. - De cliënten herkennen bij zichzelf de neiging die ze hebben m.b.t. de rolverdeling en verwoorden ook of ze hier tevreden over zijn of niet. - De cliënten herkennen dat ze veel met hun gedachten bij de ander zijn en zouden wel graag wat meer bewust willen zijn van hun eigen wensen.

Bijlage 5: Oefenvorm 5 ‘Op handen gedragen’

Oefenvorm	Op handen gedragen
Uitleg	Deze vorm wordt uitgevoerd in een groep van 8 personen. Steeds zal er 1 persoon de rol van bovenpersoon hebben. Deze persoon wordt vanaf de grond opgetild en boven het hoofd van de andere personen gebracht. Deze pakken de bovenpersoon vast bij de schouderbladen en de bovenarmen, de onderrug, de bovenbenen en de onderbenen. Op een afgesproken teken wordt de bovenpersoon opgetild en boven de andere personen gebracht. Nadat de bovenpersoon voldoende ervaringen op heeft gedaan terwijl hij of zij werd opgetild, wordt de bovenpersoon weer rustig op beide voeten neergezet.
Illustratie	
Rationale	Veel van de cliënten uit de ET-groep, vinden het lastig om de controle en dus de verantwoordelijkheid uit handen te geven. De cliënt met de rol als bovenpersoon moet zich volledig overgeven aan de andere cliënten. Daarbij oefent de bovenpersoon ook met het aangeven van zijn of haar eigen grenzen door aan te geven wanneer het minimum aantal personen door wie hij of zij gedragen wil worden is bereikt. In overlegmomenten vinden veel cliënten het lastig om hun eigen wensen uit te spreken. Dit zal binnen deze vorm ook naar voren komen en dit kan geobserveerd worden. Tijdens de vorm kan ook geoefend worden met het uitspreken van je eigen wens.
Doelen	- De bovenpersoon is zich bewust van lichaamssignalen en kan deze ook verwoorden. - De bovenpersoon ervaart zijn of haar grenzen en kan deze grenzen ook daadwerkelijk aangeven. - De bovenpersoon ervaart hoe het is om de controle uit handen te geven. - De cliënten verwoorden hun eigen wensen en ideeën tijdens het overlegmoment. - De cliënten verkennen/herkennen/erkennen samen met de therapeut het gedrag dat ze tijdens de oefenvorm laten zien.
Mogelijke interventies	- De therapeut geeft psycho-educatie over grenzen ervaren en aangeven/ controle loslaten/wensen uitspreken. - Iedereen krijgt een keer de rol van de bovenpersoon. - Wanneer de bovenpersoon is opgetild, wordt hij of zij vastgehouden door ongeveer 7 personen (als de therapeuten ook mee doen zijn er meer onderpersonen). De therapeut geeft van te voren aan dat de bovenpersoon aan mag geven, wanneer er een onderpersoon verwijderd mag worden. Dat betekent dat ze telkens door minder onderpersonen gedragen zal worden. De bovenpersoon mag daarbij haar grens aangeven, maar ook de onderpersonen

	mogen hun grens aangeven wanneer zij verwachten het niet te kunnen houden. - De therapeut nodigt de cliënten uit om te oefenen met nieuw gedrag en belooft de cliënt met een compliment wanneer hij of zij oefent met nieuw gedrag. - Achteraf bevragen op denken, voelen en handelen van de cliënten tijdens de vorm; Verkennen, herkennen en erkennen van het gedrag van de cliënten tijdens de vorm.
Therapeutische attitude	- Tijdens het uitleggen van de vorm laat de therapeut een uitnodigende en afwachtende houding aan. Hij vertelt de cliënten wel wat de opdracht is, maar vervolgens laat hij de cliënten samen overleggen hoe ze het gaan aanpakken. - Bij het evalueren van de vorm en het bevragen van de cliënten, is de attitude van de therapeut betrokken en empathisch. Deze attitude komt vooral naar voren wanneer de vorm nabesproken wordt en samen met de cliënt het gedrag wordt verkent, herkent en erkent.
Thema's	Thema's die terugkomen binnen deze vorm zijn: loslaten van controle, vertrouwen op de ander, samenwerken, lichaamssignalen ervaren en verwoorden, grenzen ervaren en aangeven, leiden/volgen, kracht.
Verwacht gedrag	Gedrag tijdens de oefenvorm: - De overlegmomenten zullen eerst wat langzaam op gang komen. Op een gegeven moment komen er een aantal cliënten met een idee en al gauw zal er met dit idee ingestemd worden. - De bovenpersoon is erg met haar gedachten bij de ander; Zullen ze het niet te zwaar vinden? Misschien vinden ze het wel heel vervelend om mij op te tillen. - De bovenpersoon mag op een gegeven moment aangeven dat er onderpersonen mogen wegstappen. De bovenpersoon zal een miniem aantal personen weg laten stappen. De bovenpersoon probeert hiermee nog enige controle te houden. Gedrag tijdens het nabespreken: - De cliënten herkennen bij zichzelf dat ze het lastig vinden om de verantwoordelijkheid uit handen te geven en verwoorden dit. - De cliënten herkennen dat ze veel met hun gedachten bij de ander zijn en zouden wel graag wat meer bewust willen zijn van hun eigen wensen. - De cliënten verwoorden wat hun rol was tijdens de overlegmomenten en herkennen deze rol bij zichzelf.

Bijlage 6: Oefenvorm 6 ‘De piramide’

Oefenvorm	De piramide
Uitleg	Deze oefenvorm wordt uitgevoerd met een groep van acht personen. Drie onderpersonen gaan naast elkaar op de mat op handen en knieën zitten. Vervolgens klimmen twee middenpersonen op de drie onderpersonen. Hierbij zetten ze eerst hun knieën op de heupen van de onderpersonen en plaatsen ze hun handen op de schouders van de onderpersonen. Vervolgens gaat een persoon achter de kleine piramide op handen en knieën zitten. De bovenpersoon stapt hier op en met de hulp van twee hulpverleners zet hij zijn knieën op de heupen van de middenpersonen en plaatst zijn handen op de schouders van de middenpersonen. De hulpverleners ondersteunen de bovenpersoon bij het opstappen aan de bovenarm. Het afbouwen van de piramide moet voorzichtig gebeuren. De cliënten overleggen samen welke persoon welke rol aan zal nemen. Wanneer het vormen van een piramide met zes personen lastig is, kan er een piramide met drie personen gemaakt worden. (Hilde Bax, 2006)
Illustratie	
Rationale	Veel cliënten binnen de ET-groep vinden het moeilijk om de verantwoordelijkheid bij de ander te leggen en daarbij te vertrouwen op de ander. Het liefst hebben ze het allemaal zelf onder controle. Binnen deze oefenvorm ervaren de cliënten hoe het is om de verantwoordelijkheid te delen met de ander. Binnen deze vorm ervaren de cliënten de verschillende rollen: bovenpersoon, middenpersoon, onderpersoon en hulpverlener. De cliënt ervaart dat je hulp mag vragen van de ander en dat hulp ontvangen erg prettig kan zijn. Veel cliënten uit de ET-groep willen altijd alles alleen oplossen, hoewel dat niet altijd kan en ook niet prettig is. Binnen de vorm komt ook een stukje overleg en samenwerking kijken. In overlegmomenten vinden veel cliënten het lastig om hun eigen wensen uit te spreken. Dit zal binnen deze vorm ook naar voren komen en dit kan geobserveerd worden. Tijdens de vorm kan ook geoefend worden met het uitspreken van je eigen wens. Ook oefent de cliënt in deze vorm met het bewust worden van en het kenbaar maken van zijn of haar grenzen. Wil ik de rol van bovenpersoon/onderpersoon aannemen? Voel ik me daar prettig bij? In de tweede ronde krijgt een van de cliënten een leidende rol toegewezen. Hierbij ervaart en oefent de cliënt hoe het is om een leidende rol aan te nemen. ? Dit alles wordt geëvalueerd in de nabespreking van de oefenvorm.
Doelen	- De cliënten oefenen met het loslaten van de van de controle. - De cliënten ervaren hoe het is om een leidende rol aan te nemen. - De cliënten ervaren hoe het is om hulp van de ander te vragen en te accepteren. - De cliënten verwoorden hun eigen wensen en ideeën tijdens het overlegmoment. - De cliënten verkennen/herkennen/erkennen samen met de therapeut het gedrag dat ze tijdens de oefenvorm laten zien.

Mogelijke interventies	- De therapeut geeft psycho-educatie over loslaten van controle/grenzen en wensen aangeven/hulp vragen en accepteren. - De therapeut stelt voor dat de cliënten wisselen van positie, zodat de cliënten ook een andere positie (boven, midden, onder) zullen ervaren. - De therapeut geeft een van de cliënten een leidende rol. Deze persoon neemt het voortouw in het overleg en verdeelt de verschillende rollen. - De therapeut geeft de cliënt die de bovenpositie aanneemt, de keuze om de oefenvorm met of zonder hulpverlening uit te voeren. - De therapeut nodigt de cliënten uit om te oefenen met nieuw gedrag en belooft de cliënt met een compliment wanneer hij of zij oefent met nieuw gedrag. - Achteraf bevragen op denken, voelen en handelen van de cliënten tijdens de vorm; Verkennen, herkennen en erkennen van het gedrag van de cliënten tijdens de vorm.
Therapeutische attitude	- Tijdens het uitleggen van de vorm laat de therapeut een uitnodigende en afwachtende houding aan. Hij vertelt de cliënten wel wat de opdracht is, maar vervolgens laat hij de cliënten samen overleggen hoe ze het gaan aanpakken. - Bij het evalueren van de vorm en het bevragen van de cliënten, is de attitude van de therapeut betrokken en empathisch. Deze attitude komt vooral naar voren wanneer de vorm nabesproken wordt en samen met de cliënt het gedrag wordt verkent, herkent en erkent.
Thema's	Thema's die terugkomen binnen deze vorm zijn: loslaten van controle, vertrouwen op de ander, samenwerken, grenzen en wensen ervaren en aangeven, leiden/volgen, kracht, hulp ervaren/accepteren.
Verwacht gedrag	Gedrag tijdens de oefenvorm: - Een aantal cliënten vinden het lastig om hun grenzen aan te geven en gaat nemen tegen hun zin in de rol van de onderpersoon aan. - Weinig cliënten durven het aan om de rol van de bovenpersoon aan te nemen. Ze zijn hierbij erg veel met hun gedachten bij de ander: "Straks doe ik ze pijn en houden ze het niet". - Voor een aantal cliënten voelt het aannemen van de leidende rol erg onwennig. - Wanneer de bovenpersoon de mogelijkheid krijgt om hulp te vragen, proberen ze het in eerste instantie toch alleen. Wanneer ze merken dat dit erg lastig gaat, vragen ze toch om hulp van de hulpverleners. Gedrag tijdens het nabespreken: - De cliënten die tegen hun zin in de rol van de onderpersoon aan hebben genomen, verwoorden dat ze dit eigenlijk niet wilden doen, maar het lastig vonden om dit te verwoorden. Ze herkennen van zichzelf dat ze soms dingen doen, terwijl ze dit eigenlijk niet willen. - De cliënten herkennen dat ze veel met hun gedachten bij de ander zijn en zouden wel graag wat meer bewust willen zijn van hun eigen wensen. - De cliënten herkennen bij zichzelf dat ze het lastig vinden om hulp te vragen van de ander, omdat ze gewend zijn om alles zelf te doen. Ze verwoorden wel dat het prettig is om hulp te krijgen van een ander.