

Young, wild and free

'De toepassing van schematherapie binnen psychomotorische therapie bij de behandeling van persoonlijkheidsproblematiek.'



Student: Diede Hobert
Begeleider: Krista van Berkel
Beoordelaar: Cor Niks
School: Windesheim
Opleiding: Psychomotorische therapie en Bewegingsagogie
Datum: 24 mei 2012

VOORWOORD

Deze scriptie is ontstaan in het kader van de opleiding Psychomotorische therapie en Bewegingsagogie. Dit onderzoek bestaat uit een theoretisch en een praktisch gedeelte. Het theoretische gedeelte is hoofdzakelijk verkregen door literatuurstudie over persoonlijkheidsstoornissen, schematherapie en psychomotorische therapie (PMT). In het praktische gedeelte wordt de opzet en uitwerking van het onderzoek beschreven.

Het onderzoek gaat over de toepassing van schematherapie binnen psychomotorische therapie. Binnen het Zaans Medisch Centrum, mijn stage instelling, wordt gewerkt met schematherapie. Mijn interesse voor de toepassing van schematherapie was gewekt. Daarnaast was het erg interessant om de meerwaarde van psychomotorische therapie binnen schematherapie te onderzoeken, maar met name andersom namelijk de meerwaarde van schematherapie binnen psychomotorische therapie.

Wat ik heel leuk vond bij het doen van dit onderzoek, is dat ik zelf ook bekend ben met schematherapie. Ik heb ook een mening over de vragen die ik stelde aan de respondenten. Op die manier kon ik verhelderende vragen stellen en dan is uiteindelijk mijn onderzoek ten goede gekomen.

Ik ben tevreden met het verloop van mijn onderzoek. Bij deze wil ik ook graag enkele personen bedanken die een bijdrage hebben geleverd aan de totstandkoming van deze scriptie. Mijn dank gaat uit naar mijn stage-instelling, het Zaans Medisch Centrum, die mij geïntroduceerd heeft met schematherapie. Ook de geïnterviewden wil ik graag bedanken voor hun bijdrage en voor de inzichten die ze mij hebben gegeven: A. Hut, P. Gerritsen en G. Bruinsma. Daarnaast wil ik Krista van Berkel bedanken voor de begeleiding die ze me heeft gegeven bij het doen van dit onderzoek.

Hengelo, juni 2012
Diede Hobert

SAMENVATTING

Schematherapie is een integratieve cognitieve gedragstherapie. Deze therapie is ontwikkeld door Jeffrey Young en het doel is bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis oude disfunctionele schema's te herkennen en te doorbreken. Schematherapie is de laatste jaren sterk in opkomst, voornamelijk bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis. Een interessante vraag is dan ook hoe de vertaalslag gemaakt kan worden van schemagerichte therapie, naar het werken met schematherapie binnen de psychomotorische therapie.

De vraagstelling die centraal staat is: Hoe kan schematherapie binnen de psychomotorische therapie toegepast worden in de behandeling van cliënten met een persoonlijkheidsstoornis?

Uitgangspunt van het onderzoek was om zo breed mogelijk te zoeken naar mogelijkheden van toepassing van schematherapie. Er is onderzoek uitgevoerd middels zowel een literatuurstudie als het houden van interviews met psychotherapeuten die zelf werken met schematherapie.

De conclusie van dit onderzoek is dat schematherapie op meerdere manieren toegepast kan worden binnen psychomotorische therapie. Er is niet één methode gekomen uit de interviews met de respondenten wat betekend dat schematherapie binnen psychomotorische therapie op verschillende manieren ingezet kan worden.

VOORWOORD

SAMENVATTING

1. INLEIDING	06
1.1 De aanleiding	06
1.2 De probleemstelling	06
1.3 De doelstelling	06
1.4 De vraagstelling	06
1.5 Leeswijzer	07
2. THEORETISCH KADER	08
2.1 Persoonlijkheidsstoornis	08
2.2 Schematherapie	09
2.3 Psychomotorische therapie	12
3. METHODE	14
3.1 Onderzoeksbenadering	14
3.2 Diepte-interview individuele personen	14
3.3 Enquête	15
3.4 Dataverzameling	15
3.5 Analyse methode	15
4. RESULTATEN	16
4.1 Plaats van schematherapie	16
4.2 Plaats van bewegen	16
4.3 Verloop sessie	17
4.4 Keuze van werkvormen	17
4.5 Werkvormen met modi	18
4.6 Werkvormen met schema's	18
4.7 Empathische confrontatie en limited reparenting	19
4.8 Meerwaarde van schematherapie in de psychomotorische therapie	20
4.9 Meerwaarde van psychomotorische therapie in de schematherapie	21
5. DISCUSSIE	22
5.1 Onderzoeksmethode	22
5.2 Kwalitatief onderzoek	22
5.3 Afbakening onderzoek	22
6. CONCLUSIE	23
6.1 Antwoord op de hoofdvraag	23
6.2 Diepgang conclusie	23
7. AANBEVELINGEN	25
7.1 Gebruik schematherapie als aanvulling PMT	25
7.2 Vervolgonderzoek	25

8. LITERATUURLIJST	26
9. BIJLAGEN	27
Bijlage I, Uitwerking van de interviews	27
Bijlage II, Matrix	33

1. INLEIDING

Het doel van de inleiding is om het geraamte van het onderzoek duidelijk weer te geven. Hetgeen in de vijf paragrafen beschreven wordt, zijn de punten die iedere keer weer terug komen en het onderzoek dragen. In dit hoofdstuk worden achtereenvolgens de aanleiding van het onderzoek, de probleemstelling, de doelstelling, de vraagstelling en uiteindelijk een leeswijzer beschreven.

1.1 De aanleiding

In het Zaans Medisch Centrum wordt al een aantal jaren gewerkt met een schemagerichte benadering in de behandeling van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. Er wordt gewerkt in een multidisciplinair team van professionals die allemaal de schematherapie hanteren. Schematherapie wordt niet alleen toegepast in de PMT, maar ook in bijvoorbeeld beeldende therapie en gesprekstherapie. Dit betekent dat er een invulling gegeven moet worden aan schematherapeutisch werken binnen vaktherapieën.

In andere instellingen wordt ook al gebruik gemaakt of willen ze graag gebruik gaan maken van schemagerichte therapie. Vandaar dat er vraag is naar uitwisseling van ervaringen met deze behandelmethode onder psychomotorische therapeuten en andere vaktherapeuten.

Het onderzoek wordt gedaan door middel van het houden van interviews. Hierdoor worden de ervaringen van verschillende psychomotorische therapeuten die werken met schematherapie in kaart gebracht.

1.2 De probleemstelling

Sinds enkele jaren is de schematherapie in Nederland sterk in opkomst in de behandeling van mensen met een persoonlijkheidsstoornis. Steeds meer instellingen passen de therapie toe in een multidisciplinair kader, dat betekent dat alle disciplines waaronder ook de psychomotorisch therapeut en overige vaktherapeuten volgens deze methode gaan werken.

De vraag voor de psychomotorische therapie en andere vaktherapieën is dan ook hoe de vertaalslag gemaakt kan worden van het schematheoretische kader naar het werken binnen psychomotorische therapie. Er is een duidelijke behoefte aan literatuur met betrekking tot een schemagerichte werkwijze binnen psychomotorische therapie.

1.3 De doelstelling

Het doel van dit onderzoek is om te inventariseren op welke manier psychomotorisch therapeuten momenteel met schematherapie werken; deze werkwijzen in kaart te brengen om inzicht te geven in de praktische benadering van schematherapie in de psychomotorische therapie. De resultaten van dit onderzoek geven een idee hoe een psychomotorisch therapeut met schematherapie zou kunnen werken.

1.4 De vraagstelling

Hoe kan schematherapie binnen de psychomotorische therapie toegepast worden in de behandeling van cliënten met een persoonlijkheidsstoornis?

Om op deze hoofdvraag een antwoord te kunnen geven, heb ik een aantal deelvragen geformuleerd. De resultaten die deze vragen opleveren, zorgen ervoor dat de hoofdvraag uiteindelijk beantwoord kan worden.

Deelvragen:

- Hoe werken de respondenten met schematherapie binnen psychomotorische therapie?
- Wat zijn de verschillen en overeenkomsten tussen de werkwijzen van de respondenten?
- Wat zien de respondenten als meerwaarde van schematherapie binnen de PMT en als meerwaarde van PMT in een schematherapeutische behandeling?

1.5 Leeswijzer

In de komende hoofdstukken zijn de volgende onderwerpen te lezen:

In het theoretische kader is informatie te vinden over persoonlijkheidsstoornissen, schematherapie en psychomotorische therapie.

Het volgende hoofdstuk gaat over de methode die gebruikt is voor mijn onderzoek.

Vervolgens komen de resultaten van het onderzoek in het 4^e hoofdstuk. Vanuit de resultaten komen we op een hoofdstuk met de discussie en van daaruit een hoofdstuk met de conclusie.

In het daarop volgende hoofdstuk is te lezen wat mijn aanbevelingen zijn. Als laatste is er een literatuurlijst en de zijn er de bijlagen.

2. THEORETISCH KADER

In het vorige hoofdstuk zijn een aantal onderwerpen behandeld die belangrijk zijn voor het onderzoek. Deze onderwerpen hebben te maken met de aanleiding, probleemstelling, doelstelling, en vraagstelling.

Om een antwoord op de onderzoeksvraag te kunnen formuleren was het van belang literatuur te bestuderen. Literatuur is alles wat over een bepaald onderwerp aan boeken, tijdschriften en artikelen voorhanden is. Vakliteratuur is datgene dat geschreven is over onderwerpen die op een bepaald vak betrekking hebben.

In dit hoofdstuk worden de bevindingen daarvan weergegeven. Allereerst volgt een beschrijving van een persoonlijkheidsstoornis. Vervolgens wordt de koppeling gemaakt met de schematherapie en de bijbehorende schema's. Uiteindelijk wordt ook de psychomotorische therapie uitgediept.

2.1 Persoonlijkheidsstoornis

Met persoonlijkheid wordt bedoeld dat ieder individu een eigen, kenmerkende levensstijl of karakteristiek patroon van omgaan met de buitenwereld heeft. Er is een grote variatie aan persoonlijkheidstrekken en daarnaast een sterke invloed vanuit de omgeving. Deze hoeveelheid aan mogelijkheden zorgt ervoor dat het lastig is om te bepalen of iemand wel of geen stoornis heeft. Wat wel is te zeggen is dat een persoonlijkheidsstoornis mede wordt ontwikkeld door ervaringen in de ontwikkeling. Ook heeft het een grote impact op het dagelijks leven van een persoon (Vandereycken, W. & van Deth, R., 2004). Er is namelijk sprake van een disfunctioneren in denk-, belevings- en gedragspatronen. Deze patronen wijken af van de verwachtingen binnen de cultuur van de betrokkene. Voor alle mensen met een persoonlijkheidsstoornis, geldt dat zij moeilijkheden ervaren in contact met andere mensen en vaak vastlopen in verschillende terreinen in hun leven (Wat is een persoonlijkheidsstoornis? (z.d)).

2.1.1 Definitie persoonlijkheidsstoornis

Een persoonlijkheidsstoornis is volgens de DSM IV (2010, blz. 345 – 346) als volgt te beschrijven: een duurzaam patroon van innerlijke ervaringen en gedragingen die duidelijk binnen de cultuur van betrokkene afwijken van de verwachtingen.

Dit patroon wordt zichtbaar op twee (of meer) van de volgende terreinen:

- cognities (dat wil zeggen de wijze van waarnemen en interpreteren van zichzelf, anderen en gebeurtenissen)
- affecten (dat wil zeggen de draagwijdte, intensiteit, labiliteit en de adequaatheid van de emotionele reacties)
- functioneren in het contact met anderen
- beheersing van de impulsen (DSM IV, 2010, blz. 345 – 346).

2.1.2 Oorzaken persoonlijkheidsstoornis

Persoonlijkheidsstoornissen kunnen sterk verschillen in de ernst maar ook in de oorzaak. Het is vaak zo dat persoonlijkheidsstoornissen samengaan met andere symptomen zoals bijvoorbeeld een angststoornis, depressie, dwang, psychotische stoornis of verslaving. Hulpvraag van mensen is daarom vaak in eerste instantie gericht op klachten die door deze

symptomen komen. Deze stoornissen liggen dan op de voorgrond waardoor een persoonlijkheidsstoornis gezien wordt als een onderliggende stoornis die het optreden van de andere symptomen mede veroorzaakt (Wat is een persoonlijkheidsstoornis? (z.d)).

Bij het ontstaan van persoonlijkheidsstoornissen zijn er biologische, psychologische en sociale factoren van belang. Een ander woord dat ook wel gebruikt wordt voor persoonlijkheidsstoornissen is 'ontwikkelingsstoornissen'. Dit betekent dat er in de ontwikkeling van jong kind tot volwassene iets 'mis' is gegaan en dat er daar al problemen aan te wijzen zijn. Voorbeelden hiervan zijn trauma's in bijvoorbeeld vroege verlating of seksueel misbruik. Gezinsomstandigheden is ook een gegeven wat kan leiden tot het ontwikkelen van een persoonlijkheidsstoornis, als er in het gezin onvoldoende veiligheid was, aandacht tekort en/of geen begrenzing of begeleiding kan dit gezien worden als een belangrijke rol bij het ontwikkelen van een persoonlijkheidsstoornis.

Aan de andere kant kan het ook zo zijn dat er geen duidelijk aanwijsbare redenen zijn voor het ontstaan van een persoonlijkheidsstoornis maar dat mensen toch niet gelukkig zijn met zichzelf en/of met de mensen op zich heen. Het kan dan zo zijn dat na een tijdje blijkt dat iemand zich aan zijn omgeving heeft aangepast, dat hij daardoor niet meer stil staat bij zijn eigen behoeften en gevoelens waardoor er een negatief zelfbeeld ontwikkeld wat kan leiden tot depressie, moeite met relaties, eenzaamheidsgevoelens en/of zich gemakkelijk buitengesloten voelen (Nevid, Rathus & Greene, 2008) (DSM-IV, 2010, blz 345-346).

2.2 Schematherapie

Schematherapie is een nieuw systeem van psychotherapie die voornamelijk geschikt is voor patiënten met persoonlijkheidsproblematiek, hecht verankerde problematiek en chronische en psychische stoornissen. Tot nu toe worden deze stoornissen als moeilijk te behandelen gezien.

In de schematherapie wordt er vanuit gegaan dat er in de opvoeding iets 'mis' is gegaan. De volgende vijf gebieden worden gezien als aspecten waarbij het als kind fout kan gaan:

- onverbondenheid en afwijzing
- verzwakte autonomie en verzwakt functioneren
- verzwakte grenzen
- gerichtheid op anderen
- overmatig waakzaamheid en inhibitie

Aan de vijf gebieden zijn verschillende schema's verbonden. Enkele voorbeelden van schema's zijn: verlating, wantrouwen, emotioneel tekort, afhankelijkheid, onvoldoende zelfcontrole, zelfopoffering en emotionele inhibitie (Young, Klosko, & Weishaar, 2005a).

Typerend voor de borderline persoonlijkheidsstoornis is onder andere het aantrekken en afstoten van andere mensen. Binnen de schematherapie past dit bij het gebied gerichtheid op anderen. Schema's die bij dit gebied horen zijn onderwerping, zelfopoffering en goedkeuring/erkenning zoeken

2.2.1 Definitie schema

Schema is een begrip dat al in vele disciplines gebruikt wordt. In die disciplines wordt een schema gezien als een structuur, een kader of omtrek. Young stelt binnen de schemagerichte

therapie dat sommige van deze schema's de kern vormen voor de persoonlijkheidsproblematiek die de patiënt heeft ontwikkeld.

De definitie die Young stelt voor een oud onaangepast schema is de volgende:

- een breed, algemeen verbreid thema of patroon
- bestaande uit herinneringen, emoties, cognities en lichamelijke gewaarwordingen
- met betrekking tot zichzelf en de relaties met anderen
- dat ontstaan is tijdens de kindertijd of adolescentie
- in de loop van de tijd verder is uitgebreid en
- in belangrijke mate disfunctioneel is (Young, Klosko, & Weishaar, 2005b).

Een schema gaat over kennis die vaak impliciet aanwezig is en niet rechtstreeks te verwoorden is. Er zijn verschillende aannames, ook wel assumpties, over de eigen persoon, de anderen en de wereld waarin de inhoud wordt onderverdeeld.

Basale assumpties zijn grondideeën die iemand heeft over zichzelf, over anderen en over de wereld. Conditionele assumpties zijn aannames die verklaren waarom er een relatie is tussen die persoon en een ander. Instrumentele assumpties zijn regels die ervoor zorgen dat strategieën ontstaan. Hierdoor wordt narigheid vermeden en het verkrijgen van positieve ervaringen versterkt.

(Wat is een persoonlijkheidsstoornis? (z.d)).

Er zijn drie manieren om met een schema om te gaan:

- Overgave: er wordt vanuit gegaan dat het schema op waarheid is berust, de emotionele pijn die daarbij hoort wordt gevoeld en men gedraagt zich zo dat het schema bevestigd wordt. Een patiënt met het schema minderwaardigheid gaat ook denken, voelen en handelen als of hij minderwaardig is.
- Vermijding: patiënten die gebruik maken van vermijding zorgen ervoor dat door cognitieve, emotionele en gedragsstrategieën de activering van een schema niet omhoog komt en daarbij ook niet de heftige affecten die bij dat schema horen. Een patiënt met minderwaardigheid zal bijvoorbeeld vluchten in isolement of middelenmisbruik.
- Overcompensatie: men gaat hierbij juist het tegenovergestelde doen dan het schema dat ze hebben, ze gaan in de tegenaanval. Bij het schema minderwaardigheid zal deze persoon juist overlopen van zelfvertrouwen en zich superieur gedragen tegenover anderen (Blokland-Vos, Günther, & van Mook, 2008).

2.2.2 Achtergrond schematherapie

Cognitieve therapie van persoonlijkheidsproblematiek gaat er van uit dat de manier hoe iemand informatie verwerkt een rol speelt in het ontstaan en het voortduren van psychische problemen.

Als informatie eenzijdig en vervormd geïnterpreteerd wordt leidt dit tot extreme emoties en probleemgedrag. Misinterpretatie van informatie kan gebeuren doordat mensen als kind bepaalde ideeën hebben gekregen over zichzelf, andere mensen en gebeurtenissen waardoor er zogenoemde schema's van denken zijn ontstaan. Deze kinderschema's kunnen op volwassen leeftijd nog steeds bestaan omdat ze nooit gecorrigeerd zijn en ze kunnen heel disfunctioneel zijn, dat wil zeggen niet meer kloppend voor de huidige situatie (Wat is een persoonlijkheidsstoornis? (z.d)).

Schematherapie is een relatief nieuwe therapie die is ontwikkeld door Jeffrey Young en collega's. Het is een uitbreiding op de traditionele cognitief – gedragstherapeutische behandelvormen. De omschrijving die gegeven wordt voor deze therapie is innovatief en integratief. Er komen in deze therapie verschillende elementen terug die ontleent zijn aan cognitieve gedragstherapie, hechting, gestalt, objectrelaties en constructivistische en psychoanalytische scholen. Deze therapieën zijn vermengd en gebundeld tot schemagerichte therapie (Young, Klosko, & Weishaar, 2005c).

Onaangepaste schema's worden binnen de schemagerichte therapie gezien als belemmerende emotionele en cognitieve patronen die zich ons hele leven herhalen. Young zegt dat disfunctioneel gedrag ontstaat als reactie op een oud en disfunctioneel schema.

Binnen schematherapie zijn er twee begrippen van belang, namelijk empathische confrontatie en limited reparenting. Bij empathische confrontatie is het belangrijk dat de therapeut empathie toont voor de schema's van de patiënt wanneer die ten opzichte van de therapeut naar boven komen, maar de patiënt tegelijk laat zien dat diens reacties op de therapeut vaak vervormt en disfunctioneel zijn op een manier die de schema's en coping-stijlen van de patiënt weerspiegelt. Limited reparenting wil zeggen dat de therapeut, binnen gepaste grenzen, in de therapeutische relatie datgene geeft waar de patiënten behoefte aan hadden, maar wat zij niet van hun ouders kregen in hun jeugd (Young et al, 2005b).

Verder worden er twee basisprocessen van schema's beschreven, namelijk bestendiging van het schema en genezing van het schema. Een schema wordt bestendigd ofwel geneest door een gedacht, gevoel, elk gedrag en elke levenservaring die van belang is. Die gedachten, gevoelens en gedragingen kunnen zorgen voor versterken van het schema, of het schema genezen of afzwakken.

2.2.3. Schemamodi

Schemamodi is een onderdeel van schematherapie. Het zijn gevoelstoestanden en coping-reacties van moment tot moment. Ieder mens ervaart modi, het verschil is alleen of die modi goed aangepast is of niet. Modi worden vaak opgeroepen in gevoelige/emotionele situaties.

Bij schemamodi hebben we er actief belang bij om met aangepaste modi te werken evenals het werken met onaangepaste modi. Dit in tegenstelling tot de meeste andere schemaconstructen. De bedoeling van modi is om patiënten te helpen van een disfunctionele modus over te schakelen naar een gezonde modus. Er zijn tien schemamodi vastgesteld zijn binnen vier brede categorieën, namelijk:

- Kindmodi: Kwetsbaar kind, boos kind, impulsief/ongedisciplineerd kind, gelukkig kind
- Disfunctionele coping-modi: de gedwee gehoorzame, de afstandelijke beschermer, de overcompenseerder
- Disfunctionele oudermodi: de bestraffende ouder, de veeleisende ouder
- De tiende modus is de Gezonde volwassene

2.2.4 Implementatie van schematherapie

Een groot aantal professoren waaronder Nadort, Arntz en Van Dyck hebben drie jaar onderzoek gedaan naar de implementatie van schematherapie voor borderline persoonlijkheidsstoornis in de reguliere GGZ. Voor het onderzoek zijn 62 borderline patiënten gevolgd en onderzocht.

Voor de uitkomsten werd gekeken naar de ernst van borderline manifestaties (BPDSI-IV) en de kwaliteit van leven. Daarnaast vond er een analyse plaats met betrekking tot de kosteneffectiviteit op het gebied van therapeutische alliantie. Na 3 jaar voldeed 48.8% van de patiënten niet meer aan de diagnose BPS en was 62.9% klinisch verbeterd.. De conclusie luidt dat schematherapie succesvol geïmplementeerd kan worden in de reguliere GGZ (Nadort, et al, (z.d)).

2.2.5 Schematherapie binnen vaktherapie

In de vaktherapie binnen het kader van schematherapie wordt gewerkt aan acceptatie via het proces van vormgeven, stilstaan, bewust worden en benoemen van gevoelens en gewaarwordingen. De stap die daarop volgt is om via cognities en gedragsveranderingen invloed uit te oefenen op gevoelens en lichaamsgewaarwordingen. Op die manier neemt de patiënt zijn gevoel in eigen beheer. Psychomotorische therapie en drama-therapie zijn therapieën die direct op het lichaam werken. In de beeldende therapie kan naast de werkhouding het werkstuk als verlengstuk van het lichaam of als resultaat van een beweging gezien worden, en wordt de analogie tussen beeldend werk en lichaam besproken (Blokland-Vos, Günther, & van Mook, 2008).

In de vaktherapie zijn er drie manieren om een schema of een modus te benaderen:

1. Direct:

Bij de directe manier van werken komen de oefeningen, interventies en opdrachten vanuit één schema of één modus. Een patiënt kan bijvoorbeeld vanuit hetschema emotionele verwaarlozing gewiegd worden in een deken. De patiënt is dan in zijn proces op een punt beland waar hij weet wat er speelt. Er hoeft dan niet meer vanuit het onbewuste gezocht te worden.

2. Semi-direct:

Bij de semi-directe manier van werken komen de opdrachten vanuit (groeps-) thema's. De meeste van die opdrachten zijn overkoepelend, wat betekend dat één opdracht verschillende schema's kan betreffen. Het maken van een eigen plek kan bijvoorbeeld de schema's verlaten, emotionele verwaarlozing, wantrouwen/misbruik, minderwaardigheid, verstrengeling, afhankelijkheid of extreem hoge eisen betreffen. Een thema kan vanuit een groepslid of vanuit de groep ingebracht worden.

3. Indirect:

Bij de indirecte manier van werken draait het om het aanbod, de materialen, de ruimte, de voorkeur/zin van een patiënt, hetgeen wat iemand op dat moment aanspreekt of afstoot. In eerste instantie doet het er dan niet toe waar de link ligt naar de schema's. Dit is een (creatief) therapeutisch proces binnen de schematherapie, ervan uitgaande dat mensen met een persoonlijkheidsstoornis een inhaalslag moeten maken (Blokland-Vos et al, 2008).

2.3 Psychomotorische therapie

Een psychomotorische therapeut werkt met mensen met psychische problematiek. Het is een behandelvorm waarbij gebruik wordt gemaakt van interventies gericht op de lichaamsbeleving en het bewegingsgedrag. Dat wordt op een methodische wijze gedaan (NVPMT, 2009).

Een psychomotorische therapeut kan met dezelfde doelgroepen werken als een psycholoog, het verschil tussen een psycholoog en een psychomotorische therapeut is dat een psycholoog praat over waar de mensen tegen aan lopen in hun leven en een psychomotorische therapeut gaat een deel van de tijd activiteiten met de mensen doen. Die activiteiten hebben betrekking op het gebied van bewegen of op het gebied van lichaamservaring.

Wanneer gesproken wordt over het gebied bewegen valt te denken aan aspecten uit de sport en het bewegingsonderwijs. Thema's als samenwerken in een groep komen hier aan de orde. Het gebied lichaamservaring gaat meer over de eigen ervaring en beleving van het lichaam. Daarbij gaat het om het inzetten van ontspanningsoefeningen en ademhalingsoefeningen, waarbij het lichaam centraal staat. Het doel van psychomotorische therapie is erachter komen hoe men omgaat met zichzelf, met de ander en met de opdrachten.

Een belangrijke mogelijkheid binnen psychomotorische therapie is het oefenen met nieuw gedrag. Vooral de nieuwe ervaringen die gedaan kunnen worden is van belang. Tijdens de psychomotorische therapie krijgt men de gelegenheid om leerervaringen en correctieve emotionele belevingen op te doen (Wat is psychomotorische therapie? (z.d.)).

Er is een doel gesteld voor psychomotorische therapie door de Nederlandse Vereniging van Psychomotorische Therapie (NVPMT), namelijk: "Het tot stand brengen van een gedragsverandering of tenminste een bijdrage te leveren daaraan en daarmee psychosociale of psychiatrische problematiek weg te nemen of te verminderen" (NVPMT, 2009).

3. METHODE

In het vorige hoofdstuk is de informatie beschreven die naar voren is gekomen door het literatuuronderzoek. Allereerst was er een beschrijving van een persoonlijkheidsstoornis. Vervolgens werd de koppeling gemaakt met de schematherapie en de bijbehorende schema's. Uiteindelijk kwam ook de psychomotorische therapie aan bod.

In dit hoofdstuk wordt beschreven op welke wijze het onderzoek is uitgevoerd voor het Zaans Medisch Centrum. Daarvoor wordt eerst de onderzoeksbenadering toegelicht. Vervolgens volgt een uitwerking op het diepte-interview met de drie respondenten. Daarna volgen de dataverzameling en de analysemethode.

3.1 Onderzoeksbenadering

Met dit onderzoek wordt geprobeerd een duidelijk beeld neerzetten van de huidige stand van zaken van het toepassen van schematherapie bij psychomotorische therapie. Vaktherapeuten kunnen als hier een duidelijk beeld van is meer gericht en onderbouwd gaan behandelen.

Om de huidige stand van zaken te onderzoeken is een kwalitatief en inventariserend onderzoek gedaan. Hiermee is het de bedoeling inzicht krijgen in hoe de respondenten de werkelijkheid ervaren, beleven en er betekenis aan geven. Daarnaast ook om inzicht te geven in de schemagerichte werkwijze en psychomotorische therapie.

Voor het onderzoek zijn er een aantal databronnen geraadpleegd, namelijk een aantal diepte-interviews met individuele personen en een enquête bij de NVPMT (Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie). Hieronder volgt een toelichting op de geraadpleegde bronnen.

3.2 Diepte-interview individuele personen

Ik heb drie respondenten face-to-face geïnterviewd. Zij zijn allemaal als psychomotorisch therapeuten aan het werk in de behandeling van mensen met persoonlijkheidsproblematiek en zij maken gebruik van de schemagerichte manier van werken. Dit interview is samengesteld samen met iemand uit het werkveld.

In dit interview was het de bedoeling dat er dezelfde vragen worden gesteld aan alle respondenten, maar dat er nog wel ruimte was voor persoonlijke opvattingen. Daarom is er gekozen voor een halfgestructureerd interview. Dat betekent dat er vooraf vragen waren opgesteld m.b.t. een aantal onderwerpen die aan alle respondenten gevraagd werden.

De respondenten zijn op verschillende manieren verworven. De eerste, voor de hand liggende respondent is mijn stagebegeleider. De tweede respondent is via mijn stage instelling in beeld gekomen, daar is telefonisch contact mee geweest en vervolgens kon ik het interview doen. Daarnaast ben ik voor een studie drie daagse aanwezig geweest bij een workshop over schematherapie, op die manier is contact gelegd met respondent 3.

3.3 Enquête

Naast het diepte-interview met de drie respondenten is nog een middel ingezet, namelijk een enquête. Het doel van de enquête was een algemeen beeld van schematherapie en psychomotorische therapie verkrijgen.

De enquête is online gepubliceerd op de pmtinfosite en stond ook door middel van een link in de online nieuwsbrief van de NVPMT. Het dubbel plaatsen van de enquête zou de kans vergroten dat psychomotorische therapeuten die werken met schematherapie de enquête zouden zien en zouden invullen. Helaas heeft dit echter niet geleid tot reacties.

3.4 Dataverzameling

Verschillende boeken zijn geraadpleegd. Daarnaast zijn er veel artikelen gevonden met behulp van www.scholar.google.nl en verschillende boeken via www.books.google.nl. Daar is specifiek gezocht naar de onderwerpen die ook in de interviews zijn uitgevraagd. Zoektermen die gebruik zijn: schematherapie, psychomotorische therapie, vaktherapie en schematherapie, persoonlijkheidsstoornissen.

3.5 Analysemethode

De interviews zijn digitaal vastgelegd zodat hetgeen dat gezegd is terug geluisterd kon worden. De informatie is per respondent, per onderwerp geordend. De belangrijkste informatie staat nu per respondent onder elkaar. Daaruit is een matrix gekomen en daarna een overzicht met resultaten.

4. RESULTATEN

In het vorige hoofdstuk werd beschreven op welke wijze het onderzoek is uitgevoerd. Thema's die aan bod kwamen, waren de onderzoeksbenadering, een uitwerking van het diepte-interview, de analysemethode en de dataverzameling.

In dit hoofdstuk worden de resultaten uitgebreid weergegeven aan de hand van verschillende onderwerpen. Paragraaf één beschrijft de plaats van schematherapie binnen een behandeling. Vervolgens in paragraaf twee de plaats van bewegen binnen de behandeling. Daarna volgen in paragraaf drie en vier het verloop van een sessie en de keuze van werkvormen. Deze worden in paragrafen vijf en zes opgesplitst in werkvormen met modi en werkvormen met schema's. Paragraaf zeven gaat over empathische confrontatie en limited reparenting. In de laatste twee paragrafen komt de meerwaarde van schematherapie in de psychomotorische therapie en andersom de meerwaarde van psychomotorische therapie in de schematherapie aan de orde.

Voor alle geïnterviewde respondenten geldt dat ze psychomotorische therapie geven aan groepen mensen met persoonlijkheidsstoornissen (een duurzaam patroon van innerlijke ervaringen en gedragingen die duidelijk binnen de cultuur van betrokkene afwijken van de verwachtingen).

4.1 Plaats van schematherapie

Respondenten 1 en 3 geven aan dat schematherapie centraal staat binnen hun instelling. Bij diverse therapie vormen binnen hun instelling wordt gebruik gemaakt van schematherapie, bijvoorbeeld tijdens gespreksgroepen, creatieve therapie en psychomotorische therapie. Binnen de psychomotorische therapie heeft het dus een centrale plaats.

Respondent 2

'Schematherapie is binnen de hele instelling de behandelmethodiek, binnen de PMT heeft het niet de meest centrale plek in de behandeling. Thema's als vertrouwen en kracht zijn meer leidend maar het wordt wel terug geplaatst in de schematherapie.'

Volgens Blokland-Vos et al (2008) maakt het niet uit hoe iemand werkt met schema's binnen vaktherapie als er maar wordt gewerkt aan het proces van vormgeven, stilstaan, bewust worden en benoemen van gevoelens en gewaarwordingen. Een patiënt moet leren om via cognities en gedragsveranderingen invloed uit te oefenen op lichaamsgewaarwordingen en gevoelens (Blokland-Vos et al 2008).

De verschillende manieren van de respondenten zijn dus allemaal conform de theorie die achter schematherapie binnen vaktherapie zit. Uit de interviews met de respondenten is naar voren gekomen dat zij wel aan genoemde voorwaarden voldoen.

4.2 Plaats van bewegen

Respondent 1 en respondent 3 geven aan dat bewegen een belangrijk middel is in hun therapie. Respondent 1 gebruikt het meer als middel om dingen duidelijk te krijgen. Respondent 2 geeft aan dat bij hem bewegen minder centraal staat, omdat hij één bepaalde manier van werken elke sessie herhaald.

Respondent 1

'Bewegen is een hulpmiddel om patronen duidelijk te maken. Het is een middel om energie kwijt te kunnen of om energie te krijgen, ook is plezier daarbij belangrijk. In contact komen met anderen zonder dat het iets heel groots wordt, kan makkelijker door bewegen, het is een contactmiddel. In bewegen is het heel zichtbaar waar mensen tegenaan lopen. Ook is bewegen een belangrijk middel voor nieuwe ervaringen.'

Respondent 2

'Tedere sessie werk ik met twee ballen om mensen de ruimte te geven om doelen op de stellen voor die sessie. Die bal staat dan voor de inbreng van de cliënt.

De persoon die de eerste bal kiest mag zelf ruimte innemen en de tijd bepalen, de tijd die over is is voor de tweede bal. Op die manier leren ze voor zichzelf op te komen, afwegingen te maken. Als iemand vaak de eerste bal kiest, waarom is dat en laat je geen ruimte voor de ander?'

Respondent 3

'Bewegen is een groot deel van mijn therapie. Ik zoek een middenweg tussen lichaamsgericht werken en bewegingsgericht werken maar beide kanten komen veel naar voren.'

Alle drie de respondenten gebruiken bewegen op een andere manier. Er wordt een eigen invullen gegeven aan de plaats van bewegen binnen de therapieën. Toch komt naar voren dat ze allemaal bezig zijn met stilstaan bij gevoelens, benoemen van gevoelens en gewaarwordingen. Dat is waar vaktherapeuten die werken met schematherapie bij stil horen te staan volgens de theorie van Blokland-Vos et al (2008).

4.3 Verloop sessie

Hierbij geven alle respondenten aan dat ze werken met een voorbespreking, een oefening en een nabespreking.

Respondent 1

'Een sessie heeft bij ons elke keer dezelfde opbouw. We beginnen in een kring en daar verteld iedereen hoe het op dat moment met ze gaat, daarbij ben ik vooral geïnteresseerd in het lichamelijke stukje. Dus hoe is het met de gedachten in je hoofd? Waar voel je spanning in je lijf? enz. Daarna gaan we verder met een oefening en aan het eind bespreken we de oefening aan de hand van de schema's. Ik werk per patiënt met één schema. Elke sessie heb ik een groot vel bij me met de schema's van de patiënten erop zodat we makkelijk de link kunnen leggen.'

4.4 Keuze van werkvormen

Respondent 1 werkt per drie maanden aan één schema, de patiënten mogen zelf dat schema kiezen en daar wordt dan de focus op gelegd.

Respondent 1

'In de PMT heb ik er voor gekozen om per blok, van 3 maand, aan één schema te werken. Op die manier kan ik doelgericht bezig met het herkennen van dat schema en uiteindelijk proberen verandering aan te brengen in hun gedrag ten opzichte van dat schema. Mijn ervaring is dat als alle vier de schema's per patiënt mee de zaal in komen het te globaal blijft.'

Schematherapie is ontwikkeld om verschillende schema's aan te pakken. Door de tests die bij de patiënten afgenomen worden komen er 4 disfunctionele schema's naar voren. Door de focus te leggen op 1 schema wordt er niet aan de theorie gehouden. Zoals respondent 1 het aanpakt is het dus niet volgens de ontwikkeling van schematherapie.

De andere twee respondenten werken wat opener. Er komen dingen naar voren in de therapie en daar wordt een schema aan gekoppeld. Dat is hoe de theorie schematherapie beschrijft.

Respondent 3

'In de protocolgroep werk ik indirect/semidirect. Als er nieuwe mensen in deze groep komen, brengen zij nog niet zo veel in maar ze gaan wel meeliften op de ervaringen van de anderen. Groepscohesie is belangrijk om snel in proces te komen.'

Semi-direct werken is werken vanuit (groeps-) thema's werken. Het gaat dan vaak over een overkoepelende oefening. Een oefening waarin verschillende schema's naar voren kunnen komen. Bij indirect werken gaat het meer over wat de patiënt op dat moment aanspreekt. In eerste instantie is dan ook niet nodig dat er een link is naar de schema's (Blokland-Vos, Günther, & van Mook, 2008). Respondent 3 benoemt het werken met semi-direct en indirect werken. Hij is de enige respondent die bewust gebruik maakt van deze manieren van werken. Uit de interviews blijkt dat de andere respondenten ook wel met momenten op die manier werken maar dat niet bewust doen. Uit het onderzoek is niet gebleken wat wenselijk is voor een beste behandeling. Het is dus mogelijk om bewust te werken met semi-direct en indirect werken, aan de andere kant kan de therapeut zich er ook niet van bewust zijn en het onbewust toepassen.

Respondent 1

'Schema's komen altijd wel naar voren, of je er nu specifiek een oefening voor doet of niet.'

4.5 Werkvormen met modi

Schemamodi is een onderdeel van schematherapie. Modi is een gevoelstoestand of coping reactie van moment tot moment. Respondent 1 geeft aan bijna niks te doen met modi in haar therapie. Schematherapie is opgezet met op de achtergrond de modi, het neemt wel een belangrijke plaats in naast de schema's. Respondent 1 gebruikt bijna geen modi in haar therapie wat dus niet volgens het concept is. Daaruit volgt dat de therapie kan wel gegeven kan worden zonder gebruik van de modi. Beide andere respondenten gebruiken de modi zoals ze in de theorie worden besproken.

Respondent 2

'In de sessies ben ik veel bezig met de modi, die zijn op momenten het meest zichtbaar, vooral het kwetsbare kind komt vaak naar boven. Ik probeer ze op te zoeken en ze te raken zodat het er over kan gaan.'

4.6 Werkvormen met schema's

Alle respondenten werken met schema's in hun therapie. Young stelt binnen de schemagerichte therapie dat sommige schema's de kern vormen voor de persoonlijkheidsproblematiek die de patiënt heeft ontwikkeld. Een schema gaat over kennis die vaak impliciet aanwezig is en niet rechtstreeks onder woorden te brengen is (Young, Klosko, & Weishaar, 2005b).

Alle respondenten geven aan dat ze oefeningen doen en op die manier schema's willen prikkelen en daardoor de kennis die nu nog impliciet aanwezig is bewust maken. Op die manier kan de koppeling naar het dagelijks leven gemaakt worden. Respondent 1 kijkt voornamelijk naar of het schema is geraakt en als dat niet zo is wat er voor gezorgd heeft dat hij niet is geraakt.

Respondent 1

Ik doe kijk naar de schema's die mensen hebben en door middel van oefeningen wordt geprobeerd om die schema's te raken. Daarna wordt er over gepraat aan de hand van de schema's. Is het schema geraakt? Zo ja, hoe komt dat? Zo nee, wat maakt dat hij niet is geraakt, welke omstandigheden hebben daarvoor gezorgd of heeft de patiënt overgecompenseerd? Daarna kan de opdracht opnieuw worden gedaan om te experimenteren met nieuw gedrag.

Mogelijkheden voor het niet raken van schema's zijn overcompensatie, vermijding of iets in de situatie wat er voor zorgt dat het niet naar voren komt.

Er zijn drie manieren om met een schema om te gaan:

- Overgave: er wordt vanuit gegaan dat het schema op waarheid is berust. Een patiënt met het schema minderwaardigheid gaat ook denken, voelen en handelen als of hij minderwaardig is.
- Vermijding: patiënten die gebruik maken van vermijding zorgen ervoor dat.
- Overcompensatie: men gaat hierbij juist het tegenovergestelde doen dan het schema dat ze hebben, ze gaan in de tegenaanval (Blokland-Vos, Günther, & van Mook, 2008).

Wat respondent 1 hoopt in het citaat dat hier boven staat is dat er iets in de situatie is waardoor het schema niet geactiveerd wordt. Op die manier kan je kijken naar wat er in die situatie is waardoor hij niet geactiveerd wordt, dat kun je vervolgens makkelijk koppelen aan situaties in het dagelijks leven.

Ook wil ze experimenteren met nieuw gedrag wat wil zeggen dat ze het oude, onaangepaste schema aan wil pakken en er nieuw gedrag voor in de plaats van laten komen.

Er is uit dit onderzoek gebleken dat er niet gewerkt kan worden, binnen de psychomotorische therapie aan de hand van de schemagerichte therapie, zonder schema's in te zetten.

4.7 Empathische confrontatie en limited reparenting

Empathische confrontatie doen alle therapeuten bewust in de therapie. Bij empathische confrontatie is het belangrijk dat de therapeut empathie toont voor de schema's van de patiënt wanneer die ten opzichte van de therapeut naar boven komen, maar de patiënt tegelijk laat zien dat diens reacties op de therapeut vaak vervormt en disfunctioneel zijn op een manier die de schema's en coping-stijlen van de patiënt weerspiegelt (Young, Klosko, & Weishaar, 2005). Alle therapeuten maken hier bewust gebruik van wat kan zeggen dat dat een voorwaarde is om schematherapie toe te passen binnen psychomotorische therapie.

Respondent 3

'Bijvoorbeeld: een vrouw gaat met veel weerzin naar de trampoline. Wat doe je? Pushen dat ze er wel op gaat of niet? Op dat moment kun je empathisch zeggen dat het voor haar beter is om het wel te doen, vanuit vertrouwen zeggen dat die nieuwe ervaring prettig kan zijn.'

Respondent 1

'Ik doe dit door letterlijk terug te geven wat de patiënten in de therapie hebben gedaan. Ik laat dit de patiënten zo veel mogelijk zelf bedenken, of de andere groepsleden. Hierbij is de boodschap heel duidelijk dat alles goed is. Dat is het empathische ervan, het is prima dat je het 'zo' doet en het is begrijpelijk dat je je 'zo' voelt, maar de patiënten moeten wel zicht krijgen in hoe ze bepaalde dingen doen en welke schema's daarbij horen.'

De toepassing van limited reparenting is per respondent verschillend. Limited reparenting wil zeggen dat de therapeut, binnen gepaste grenzen, in de therapeutische relatie datgene geeft waar de patiënten behoefte aan hadden, maar wat zij niet van hun ouders kregen in hun jeugd (Young, Klosko, & Weishaar, 2005).

Respondent 1 gebruikt limited reparenting voornamelijk als een patiënt in een schema schiet en ze laten ervaren dat ze ondersteund worden.

Respondent 1

'Dit gebeurt vooral op momenten dat de patiënten in hun schema schieten. Ik laat ze weten dat het goed is dat het zo is. Ze moeten ervaren dat ze ondersteunt worden, nieuwe ervaringen daarin. Bijvoorbeeld mensen die nooit hun verhaal mochten vertellen, dat er nu geluisterd wordt is al een vorm van limited reparenting. Mensen gaan door limited reparenting leren dat ze mogen voelen wat ze voelen. Door meer te voelen wat ze voelen, gaan ze meer de therapie aan.'

Respondent 2 gaat er bewust mee om in zijn therapie maar ziet het meer naar boven komen in de dramatherapie. Respondent 3 maakt er ook gebruik van, maar is daarbij van mening dat alle therapeuten er gebruik van maken en alle therapievormen.

Alle therapeuten maken hier bewust gebruik van in hun therapie wat kan zeggen dat het een voorwaarde is om schematherapie toe te passen binnen psychomotorische therapie.

4.8 Meerwaarde van schematherapie in de psychomotorische therapie

Schema is een begrip dat al in vele disciplines gebruikt wordt. In die disciplines wordt een schema gezien als een structuur, een kader of omtrek (Young, Klosko, & Weishaar, 2005).

Respondent 1, respondent 2 en respondent 3 vinden schematherapie een handige manier om mee te werken omdat het praktisch is en een helder kader geeft. Zij zeggen ook allemaal dat het een mooie verklaring geeft voor het gedrag van de cliënten. Respondent 1 geeft daarbij ook nog aan dat de koppeling naar gedrag makkelijk gemaakt wordt zonder helemaal terug te gaan naar het verleden. De antwoorden van de respondenten worden bevestigd door de theorie.

Respondent 2

'Het is een praktisch model om thema's uit te halen om mee aan de slag te gaan. Bijvoorbeeld schema's als onderwerping en negativisme raakt psychomotorische therapie. Het is mooi om deze schema's te gebruiken om activiteiten aan te linken.'

Zowel uit de theorie als uit de interviews komt dat schematherapie een helder kader geeft voor de therapie. Het is een praktisch model zoals aangegeven wordt door de respondenten. De theorie en de antwoorden van de respondenten komt overeen. Het wordt door de respondenten als een prettige manier van werken ervaren wat betekent dat de toepassing

van schematherapie binnen psychomotorische therapie aansluit bij de behandeling van mensen met een persoonlijkheidsstoornis.

Respondent 3

'Het geeft een helder kader om mee te werken. Hoe kijk ik naar de mens, de problematiek? Je kunt bewuster insteken op wat de cliënt nodig heeft en op die manier kom je sneller bij dat waar het over moet gaan.'

4.9 Meerwaarde van psychomotorische therapie in de schematherapie

Alle respondenten zijn het er over eens dat de meerwaarde van psychomotorische therapie in de schematherapie de ervaring is.

Respondent 2

'De ervaring is een meerwaarde van psychomotorische therapie, het doen en de directe ervaring. Bijvoorbeeld het schema onderwerping, het gevoel ervaren dat je daar ook tegen kan vechten, dat je het niet hoeft te accepteren maar dat je jezelf op een andere manier kunt presenteren. Het gaat er vooral om het gedrag te voelen, 'ik heb het niet nodig om onderdrukt te blijven' bijvoorbeeld.'

Respondent 2 en respondent 3 geven beide aan dat het inzicht in het lijfelijk deel belangrijk is.

Respondent 3

'Psychomotorische therapie gaat direct over het lijf. Het is prettig om uit het denken te gaan en naar het lijf toe. Voelen in het lijf, druk op de borst of juist vrijheid enz.'

Respondent 3 geeft aan dat de cliënten in andere therapieën praten over schematherapie en er uitleg over krijgen en dat ze dat dan toe gaan passen in de psychomotorische therapie, daar gaan ze het ervaren.

Volgens Blokland-Vos, Günther & van Mook is het focussen op lichaamsgevoelens van groot belang. Psychomotorische therapie werkt direct op het lichaam. Dat is een meerwaarde van psychomotorische therapie binnen schemagerichte therapie (Blokland-Vos, Günther, & van Mook, 2008). Alle respondenten geven aan te werken met het lijf wat betekend dat theorie en uitkomst van het onderzoek op dit punt gelijk lopen. Wat psychomotorische therapie biedt aan de schemagerichte manier van werken is het ervaringsgerichte stukje.

5. DISCUSSIE

In het vorige hoofdstuk zijn de resultaten die zijn verkregen door dit onderzoek uitgebreid beschreven. Binnen dit hoofdstuk wordt het onderzoek kritisch bekeken. Er zijn een aantal aspecten die ter discussie worden gesteld. Hierbij gaat het allereerst om de onderzoeksmethode, vervolgens het aantal respondenten in combinatie met een kwalitatief onderzoek, als laatste komt de toepassing van de literatuur aan bod.

5.1 Onderzoeksmethode

De methode die gebruikt is bij dit onderzoek is de semigestructureerde manier van vragen stellen. Op die manier worden dezelfde vragen gesteld aan de respondenten maar krijgen ze ook de vrijheid om persoonlijke ervaringen toe te voegen. Het voordeel is dat ze zelf dingen toe kunnen voegen, het nadeel is dat de ene respondent andere informatie geeft dan de ander waardoor er niet alles met elkaar vergelijken kan worden. Soms was een persoonlijke toevoeging heel prettig en zou het van toegevoegde waarde kunnen zijn, maar was van de andere respondenten niet duidelijk hoe zij dat deden of erover dachten waardoor het niet vergeleken kon worden.

5.2 Kwalitatief onderzoek

Het onderzoek betreft een kwalitatief onderzoek. De definitie van een kwalitatief onderzoek volgens de encyclopedie is dat het onderzoek verbaal, beoordelen en opiniërend is. Dit in tegenstelling tot een kwantitatief onderzoek waarbij de uitkomsten worden weergegeven in getallen (www.encyclo.nl)

Drie respondenten bij een kwalitatief onderzoek is relatief weinig. Als aanvulling op het verkrijgen van meerdere resultaten is daarom ook een enquête ingezet. Het doel hiervan was om naast een kwalitatief beeld ook een kwantitatieve toelichting te kunnen bieden. Helaas zijn er geen reacties op de enquête gekomen, waardoor het kwantitatief deel van dit onderzoek ontbreekt.

5.3 Afbakening onderzoek

Het onderzoek heeft zich beperkt tot het toepassen van schematherapie binnen de psychomotorische therapie bij de behandeling van cliënten met een persoonlijkheidsstoornis. Het was van belang om het onderzoek af te bakenen. Dit sluit echter niet uit dat deze manier van werken ook kan aanslaan bij andere doelgroepen.

6. CONCLUSIE

In het vorige hoofdstuk zijn de discussiepunten van het onderzoek beschreven. Punten die ter discussie werden gesteld, waren de onderzoeksmethode, kwalitatief onderzoek in combinatie met het aantal respondenten en de toepassing van literatuur.

In dit hoofdstuk wordt de in de eerste paragraaf de conclusie van het onderzoek weergegeven. In de tweede paragraaf wordt er dieper ingegaan op de conclusie van paragraaf één.

6.1 Antwoord op de hoofdvraag

Hoofdvraag:

Hoe kan schematherapie binnen de psychomotorische therapie toegepast worden in de behandeling van cliënten met een persoonlijkheidsstoornis?

Het antwoord op de hoofdvraag is dat schematherapie op meerdere manieren toegepast kan worden binnen psychomotorische therapie. Er is niet één methode uit de resultaten gekomen wat betekend dat schematherapie binnen psychomotorische therapie op verschillende manieren ingezet kan worden. De therapeut kan zelf invullen hoe de schematherapie toegepast wordt binnen de psychomotorische therapie zolang het doel is om stil te staan bij gevoelens en het benoemen van gevoelens en gewaarwordingen en dat de schema's (een breed, algemeen verbreid thema of patroon) gekoppeld worden aan gedragingen die te zien zijn in de therapie.

Uit de interviews is gebleken dat psychomotorische therapie zowel ervaringsgericht als lichaamsgericht werken kan toevoegen aan schematherapie. Het voordeel hiervan is dat patiënten zich bewuster worden van hun lichaam. De ervaring van de respondenten is dat schematherapie een praktisch en helder kader geeft om mee te werken binnen de psychomotorische therapie. Daarnaast geeft schematherapie een heldere verklaring voor gedrag dat patiënten laten zien in de psychomotorische therapie. Het is namelijk heel praktisch terug te leiden naar de verschillende schema's. De conclusie is dat psychomotorische therapie en schematherapie goed samen te voegen zijn.

6.2 Diepgang conclusie

Schematherapie hoeft niet centraal te staan in de psychomotorische therapie om wel schematherapie uit te kunnen oefenen. Thema's kunnen ook centraal staan. Wel moet er een koppeling gemaakt worden naar de schema's, een breed, algemeen verbreid thema of patroon.

De plaats van bewegen kan op verschillende manier ingevuld worden. Als het doel stilstaan bij gevoelens, benoemen van gevoelens en gewaarwordingen is kan door de therapeut zelf ingevuld worden welke plaats bewegen inneemt. Het verloop van een psychomotorisch therapie sessie is; voorbespreking, een oefening, nabespreking. Dit doen alle respondenten op dezelfde manier dus is de conclusie dat de werkbare manier is. Er zijn twee keuzes om te werken met schematherapie binnen de psychomotorische therapie. Namelijk per een bepaalde tijd werken aan één schema of de hele behandeltime bezig zijn met alle schema's en kijken wat er naar voren komt. Er kan met modi, gevoelstoestanden en coping-reacties van moment tot moment, gewerkt worden, maar er kan ook schematherapie

toegepast worden zonder het gebruik van modi. Er kan geen gebruik worden gemaakt van schematherapie zonder de toepassing van schema's binnen de therapie. Door de oefeningen aan te bieden binnen de PMT is het de bedoeling dat er één of meerdere schema's geraakt worden.

Empathische confrontatie, de therapeut toont empathie voor de schema's van de patiënt wanneer die ten opzichte van de therapeut naar boven komen, maar laat de patiënt tegelijk zien dat diens reacties op de therapeut vaak vervormt en disfunctioneel zijn op een manier die de schema's en coping-stijlen van de patiënt weerspiegelt. Dit wordt bewust toegepast in de schematherapie binnen het onderdeel PMT.

Limited reparenting is dat de therapeut, binnen gepaste grenzen, in de therapeutische relatie datgene geeft waar de patiënten behoefte aan hadden, maar wat zij niet van hun ouders kregen in hun jeugd wordt ook bewust toegepast binnen schematherapie.

Schematherapie is een handige manier om mee te werken binnen de psychomotorische therapie omdat het praktisch is en een helder kader geeft. Ook geeft het een mooie verklaring voor het gedrag van de cliënten. Omdat schematherapie vaak binnen de hele behandeling van patienten valt is psychomotorische therapie een toevoeging omdat het ervaringsgerichte stukje in de psychomotorische therapie duidelijk naar voren komt.

7. AANBEVELINGEN

In het vorige hoofdstuk zijn de conclusies die kunnen worden getrokken naar aanleiding van dit onderzoek beschreven. Belangrijkste conclusie is dat schematherapie op meerdere manieren toegepast kan worden binnen psychomotorische therapie.

In dit hoofdstuk worden bijbehorende aanbevelingen gedaan. Het doel van dit onderzoek was om een beeld neer te zetten van hoe schematherapie toegepast kan worden binnen psychomotorische therapie. Door de diepgaande interviews die gehouden zijn met drie verschillende respondenten, is er in dit verslag een helder beeld neergezet van de toepassing van schematherapie binnen psychomotorische therapie. De vraag is alleen hoe representatief deze drie interviews zijn. We missen in dit onderzoek een algemeen beeld zoals in het vorige hoofdstuk ook is gezegd. Het zou mooi zijn als er feiten naar boven kunnen komen over bijvoorbeeld de toepassing van modi in schematherapie.

7.1 Gebruik schematherapie als aanvulling PMT

Een eerste aanbeveling die gegeven kan worden naar aanleiding van dit onderzoek is dat het van toegevoegde waarde is om bij de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen psychomotorische therapie te geven in combinatie met schematherapie. De combinatie zorgt er namelijk voor dat het ervaringsgerichte stuk dat naar voren komt door de psychomotorische therapie in verband wordt gebracht met de schema's. Dit zorgt voor inzicht in disfunctioneel gedrag en daardoor de mogelijkheid om te experimenteren met nieuw gedrag.

Een therapeut kan zelf een invulling geven aan de manier van toepassen. Het belangrijkste is echter wel om stil te staan bij gevoelens en het benoemen van gevoelens en gewaarwordingen. Daarnaast moeten de schema's worden gekoppeld aan gedragingen die te zien zijn in de therapie.

7.2 Vervolgonderzoek

De aanbeveling voor een volgend onderzoek is een algemeen onderzoek doen binnen alle instellingen waar gewerkt wordt met schematherapie in de psychomotorische therapie. Het zou mooi zijn als er ook diepte-interviews gedaan kunnen worden. Op die manier komt er een algemeen beeld van hoe het op dit moment toegepast wordt in Nederland en daarnaast kun je de diepte-interviews voor aanvullende informatie gebruiken. Daarnaast zou het onderzoek breder getrokken kunnen worden door niet alleen de focus te leggen op de doelgroep persoonlijkheidsproblematiek.

8. LITERATUURLIJST

Blokland-Vos, J., Günther, G. & van Mook, C. (2008). Je vak in schema's, deel 1 *Tijdschrift voor vaktherapie*, 2008, 19, 22.

Blokland-Vos, J., Günther, G. & van Mook, C. (2008). Je vak in schema's deel 2. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 2008, 3. 35-44.

DSM IV (2010). *DSM IV*. Amsterdam: Pearson.

Giesen-Bloo en collega's, (2006). *Handboek klinische schematherapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum

Nadort M., (z.d.) *Implementatie van schematherapie voor borderlinepersoonlijkheidsstoornis in de reguliere GGZ*. Opgeroepen op Juni Zaterdag, 2012, van http://www.tijdschriftgedragstherapie.nl/index.php?url=article&atc_id=188

Nevid J.S., Rathus S.A. & Greene B (2008). *Psychiatrie, een inleiding*. Amsterdam: Pearson.

Prof. Dr. Arntz, A (2009). *Handboek klinische schematherapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum

Vandereycken, W. & van Deth, R. (2004) *Psychiatrie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum

Wat is een persoonlijkheidsstoornis (z.d). Opgeroepen op Juni Zaterdag, 2012, van http://www.moeilijkemensen.nl/index.php?option=com_content&task=view&id=12&Itemid=169

Weertman, A (2009). *Handboek schematherapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
Deel 2, 57-56

Wat is psychomotorische therapie? (z.d.) Opgeroepen op Juni Zaterdag, 2012, van www.pmtinfosite.nl.

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2005), *Schemagerichte therapie, handboek voor therapeuten*. Bohn Stafleu van Loghum.

Young, J.E. & H. Pijnakker (1998). *Cognitieve therapie voor persoonlijkheidsstoornissen: een schemagerichte benadering*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

9. BIJLAGEN

Bijlage I, Uitwerking van de interviews

Respondent 1

Naam: A. Hut.

Werkzaam: Zaans Medisch Centrum, dagbehandeling psychiatrie.

Hoe lang werkzaam als PMT'er: 7 jaar

Hoe lang werkzaam met schematherapie: 2,5 jaar

Setting:

Het is een instelling voor dagbehandeling van mensen met persoonlijkheidsproblematiek. De therapie is voor volwassenen en voor adolescenten en het is zowel psychotherapeutisch als ervaringsgestructureerd.

Het gaat om groepstherapie en de groepen bestaan uit maximaal tien mensen. Zij komen dus naar de instelling voor de therapieën. Het ligt aan de groep hoe intensief de therapie is. Sommige groepen komen maar één dagdeel en andere groepen komen drie volle dagen.

Ze werken met blokken van drie maanden per keer, volgens een halfjaarprogramma waarbij de maximale tijdsduur van de therapie een jaar is. Per blok van drie maanden wordt er per patiënt een schema gekozen waar ze die drie maanden aan gaan werken. Aan het begin van die drie maanden kunnen nieuwe mensen in de groep komen en aan het eind van de drie maanden gaan mensen de groep verlaten, er zijn dus vaste in- en uitstroommomenten.

Plaats van schematherapie:

Binnen het hele programma is psychomotorische therapie een onderdeel en dus belangrijk. De ervaringskant die je kunt zien in de psychomotorische therapie is mooi en psychomotorische therapie is in eerste instantie bij uitstek geschikt om inzicht te krijgen in de schema's. Vervolgens is psychomotorische therapie belangrijk in het opdoen van nieuwe ervaringen, ervaringen die niet binnen de schema's passen, bijvoorbeeld reparenting. Het naar boven krijgen van wat ze onbewust doen, inzicht in onbewuste gedragspatronen en gevoelslagen die gekoppeld liggen aan de schema's.

De therapeut werkt niet aan de hand van een behandelplan. Er zijn periodes van drie maanden. In het begin van die drie maanden gaat het vooral over kennismaking, vertrouwen in elkaar. Het is dan meer oefen- en ontdekkingsgericht. Aan het einde van het blok gaat het dan meer over het opdoen van nieuwe ervaringen. Er zit geen vaste opbouw in, maar wel een vaste lijn. De intensiteit en hoe diep je bij iemand gaat, wordt steeds hoger.

De opbouw van een sessie is wel elke keer hetzelfde, namelijk: een openingsrondje, hierbij gaat het voornamelijk over hoe je op dat moment in je lijf zit, welke lichaamssignalen ervaar je enz. Vervolgens komt er een oefening waarbij er wel gekeken wordt naar de schema's die mensen hebben en wordt dan geprobeerd om die schema's te raken. Daarna wordt er over gepraat aan de hand van de schema's. Is het schema geraakt? Zo ja, hoe komt dat? Zo nee, wat maakt dat hij niet is geraakt, welke omstandigheden hebben daarvoor gezorgd? Daarna kan de opdracht opnieuw worden gedaan om te experimenteren met nieuw gedrag.

Modi komt bijna niet voor vanwege de drie maanden opbouw. De therapeut wil graag dat het eerst is besproken in een gespreksgroep zodat de patiënten weten wat het inhoudt voordat het toegepast wordt. Als de wat oudere groepsleden al wel iets weten van de modi

gebeurt het in de groep nog wel eens individueel, dan wordt de betreffende patiënt erop bevraagd. Er worden nooit oefeningen aangeboden om modi te stimuleren.

Iedere patiënt kiest per blok een schema uit en wordt in de therapie geprobeerd om alle schema's naar voren te laten komen. Dit doe je aan de hand van de gekozen schema's, maar ook door de personen beter te leren kennen. Schema's komen altijd wel naar voren, of je er nu specifiek een oefening voor doet of niet. Doordat iedereen een schema heeft gekozen, kan de therapie heel gericht gegeven worden, maar dat is niet altijd nodig omdat er überhaupt veel gebeurt bij de patiënten.

Plaats van bewegen:

Bewegen is een hulpmiddel om patronen duidelijk te maken. Het is een middel om energie kwijt te kunnen of om energie te krijgen, ook is plezier daarbij belangrijk. In contact komen met anderen zonder dat het iets heel groots wordt, kan makkelijker door bewegen, het is een contactmiddel.

In bewegen is het heel zichtbaar waar mensen tegenaan lopen. Ook is bewegen een belangrijk middel voor nieuwe ervaringen.

Empathische confrontatie en limited reparenting:

Empathische confrontatie:

Hier is de therapeut zich bewust van. Ze doet dit door letterlijk terug te geven wat de patiënten in de therapie hebben gedaan. Ze laat dit de patiënten zo veel mogelijk zelf bedenken, of door de andere groepsleden. Hierbij is de boodschap heel duidelijk dat alles goed is. Dat is het empathische ervan, het is prima dat je het 'zo' doet en het is begrijpelijk dat je je 'zo' voelt, maar de patiënten moeten wel zicht krijgen in hoe ze bepaalde dingen doen. Wel de patiënten confronteren, maar met ondersteuning. Hoe langer een patiënt in de groep zit, hoe meer confrontatie en minder ondersteuning tijdens de confrontaties. Veel mensen vinden psychomotorische therapie een pittig onderdeel, doordat ze dingen op een bepaalde manier doen, kunnen ze er niet onderuit, het is zichtbaar. Door empathische confrontatie krijgen de patiënten meer inzicht en hebben ze een beeld en een gevoel bij een bepaalde situatie. Daardoor gaan ze zelf meer inzien wat ze doen.

Limited reparenting:

Dit gebeurt vooral op momenten dat de patiënten in hun schema schieten. Ze laten weten dat het goed is dat het zo is. Ze moeten ervaren dat ze ondersteunt worden, nieuwe ervaringen daarin. Bijvoorbeeld mensen die nooit hun verhaal mochten vertellen, dat er nu geluisterd wordt is al een vorm van limited reparenting. Als mensen boos worden ze laten weten dat dat niet erg is. Mensen gaan door limited reparenting leren dat ze mogen voelen wat ze voelen. Door meer te voelen wat ze voelen, gaan ze meer de therapie aan.

Meerwaarde van schematherapie in de psychomotorische therapie:

De meerwaarde is dat er gewerkt wordt vanuit een bepaald kader, dat geeft houvast voor de therapeut en de patiënt. Waar de patiënten tegenaan lopen is makkelijk zichtbaar zonder helemaal terug te gaan naar het verleden. Het verklaard waarom ze doen zoals ze doen. Schematherapie is een fijne manier van werken voor bepaalde problematiek, het geeft houvast zodat de patiënten niet verdrinken in hun eigen problemen.

Meerwaarde van psychomotorische therapie in de schematherapie:

Het opdoen van nieuwe ervaringen en het oefenen van nieuw gedrag. Het is helpend om meer inzicht te krijgen in schema's, zodat ze het er in andere therapieën vaker over kunnen hebben. Het heeft ook een soort helende werking. Het is non-verbaal en het is mooi om meer non-verbale onderdelen per groep te hebben.

Respondent 2

Naam: P. Gerritsen.

Werkzaam: Mediant GGZ Enschede.

Hoe lang werkzaam als PMT'er: -

Hoe lang werkzaam met schematherapie: Eén jaar.

Setting:

Het is een instelling met klinische opnames, de mensen wonen met elkaar in een huis die niet op de instelling staat, op die manier zijn ze wel in de maatschappij verweven. Maandag tot vrijdag zijn zij opgenomen en in het weekend gaan ze naar huis. Het is gericht op groepsdynamisch werken en er zijn 3 groepen van 8 personen per groep.

De cliënten zijn jongvolwassenen met name tussen de 20 en 30 jaar. Officieel kunnen mensen van 17 t/m 55 jaar opgenomen worden. Zij lopen vast in hun dagelijks leven, bijvoorbeeld met op eigen benen staan, werkvoorziening en wonen. Zij moeten normaal begaafd zijn. De meeste problematiek die gezien wordt ligt op As 1 en 2. Veelal borderline persoonlijkheidsstoornis, narcistische persoonlijkheidsstoornis en afhankelijke persoonlijkheidsstoornis.

Het is een intensief programma dat gevolgd wordt door de patiënten, zij hebben namelijk: psychotherapie, beeldende therapie, dramatherapie, sociotherapie, weekend voor- en nabespreking en daarnaast zijn er modules die gevolgd worden. Dit zijn modules als: zelfexpressie, eetmodule, automutilatie en een module die gaat over de taken die gedaan moeten worden.

Vaktherapie heeft een belangrijke plaats binnen de instelling.

Plaats van schematherapie:

Schematherapie wordt binnen alle therapieën toegepast. Binnen de psychomotorische therapie heeft het invloed, maar staat het niet centraal, de psychomotorische therapie is meer gericht op thema's. Elke sessie heeft een vaste structuur. Ze beginnen met een praatje hoe alles gaat en waar ze aan willen werken, dat wordt op het bord gezet en vervolgens gaan ze aan de slag. Dat gaat elke sessie aan de hand van twee ballen. Die ballen staan voor hetgeen ze willen vertellen, daarbij kun je kijken naar de grootte van de bal enz. Ook kun je zien welke mensen ruimte pakken en of mensen bijvoorbeeld elke keer dezelfde bal pakken. Tijdens het praatje over de ballen en wat het met ze doet worden de schema's en de modi erbij gepakt. De sessie sluit af met wat ze meenemen uit de therapie.

In de sessies is de therapeut veel bezig met de modi, die zijn op dat moment het meest zichtbaar, vooral het kwetsbare kind komt vaak naar boven. Hij probeert ze op te zoeken en ze te raken zodat het er over kan gaan. Bij de schema's hetzelfde: door bepaalde oefeningen te doen, wil hij bepaalde schema's raken.

Bewegen heeft een belangrijke plaats. Alle groepen hebben basisblokken en daarin krijgen ze psychomotorische therapie, maar ook een sportuur. In de psychomotorische therapie staat het bewegen wat minder centraal omdat er een vaste structuur wordt geboden door middel van de ballen. In het sportuur staat het bewegen wel centraal, dit sportuur wordt ook door de psychomotorische therapeut gegeven. Hij ziet dat bewegen vooral belangrijk is bij traumaverwerking, ook het plezier beleven in bewegen vindt hij een belangrijk aspect van het sportuur.

Empathische confrontatie en limited reparenting

Empathische confrontatie:

De therapeut is zich hier soms bewust van. Hij ziet vaak dat boosheid, verdriet enz. geprojecteerd wordt op hem, omdat hij dan staat voor het vaderfiguur, de broer enz. Hij maakt dit bespreekbaar in de therapie en maakt ook duidelijk dat er op andere niveaus iets gebeurd in de interactie tussen hem en de cliënten.

Limited reparenting:

Hier is hij zich heel bewust van. Dit wordt meer uitgesproken en uitgebeeld binnen de dramatherapie.

Voorbeeld: Er was een cliënt die negatieve ervaringen had binnen het gezinssysteem. Op dat moment kiest hij ervoor om naast haar te gaan zitten, zonder haar aan te raken, maar haar te troosten door de nabijheid op te zoeken. Dit is iets wat haar ouderfiguur nooit had gedaan.

Meerwaarde van schematherapie in de psychomotorische therapie

Het is een praktisch model om thema's uit te halen om mee aan de slag te gaan. Bijvoorbeeld schema's als onderwerping en negativisme raakt psychomotorische therapie. Het is mooi om deze schema's te gebruiken om activiteiten aan te linken.

Het gedrag van de cliënten wordt mooi verklaard, je kunt teruggaan naar vroeger en wat je destijds hebt gedaan dat maakt dat je nu ergens in vastloopt. Hoe vertaalt iets dat je vroeger hebt meegemaakt zich in het huidige functioneren van de cliënten. Het is een brug van toen naar nu en omgekeerd een brug van nu naar toen.

Meerwaarde van psychomotorische therapie in de schematherapie

De ervaring is een meerwaarde van psychomotorische therapie, het doen en de directe ervaring. Bijvoorbeeld het schema onderwerping, het gevoel ervaren dat je daar ook tegen kan vechten, dat je het niet hoeft te accepteren maar dat je jezelf op een andere manier kunt presenteren. Het gaat er vooral om het gedrag te voelen, 'ik heb het niet nodig om onderdrukt te blijven' bijvoorbeeld.

Daarbij komt ook dat je de binding aangaat met andere cliënten, waardoor een emotioneel tekort aangeraakt wordt. Ze gaan voelen dat ze ondersteund worden, letterlijk door elkaar te duwen en te ervaren dat je niet valt.

Lijfelijke ervaringen opdoen is de kracht van psychomotorische therapie.

Respondent 3

Naam: G. Bruinsma.

Werkzaam: GGZ Drenthe noord.

Hoe lang werkzaam als PMT'er: binnen deze instelling 5 jaar.

Hoe lang werkzaam met schematherapie: 2,5 jaar.

Setting:

Binnen deze instelling zijn twee groepen die therapie krijgen aan de hand van schematherapie. Eén groep is een tweedaagse behandelgroep en de andere is een dagdeelgroep, dat wil zeggen dat die groep een ochtend komt voor therapie.

De dagdeelgroep heeft een gespreksgroep die werkt vanuit de schematherapie. Daarnaast heeft zij het ervaringsstukje aan de hand van psychomotorische therapie.

De diagnoses binnen de groepen lopen door elkaar heen, het is juist mooi om te zien hoe de mensen binnen de groepen elkaar beïnvloeden. Ze liften op die manier met elkaar mee. Ook mannen en vrouwen zitten gemengd.

Er is een behandelduur van één jaar.

Plaats van schematherapie:

Binnen alle onderdelen die deze groep volgt, wordt gebruik gemaakt van schematherapie. Het is dus een belangrijk onderdeel van de therapie. Er wordt een test afgenomen en aan de hand daarvan komen er vier schema's uit. Daar gaan ze mee aan de slag. Therapeutische houding is belangrijk binnen de schematherapie, bijvoorbeeld als je het hebt over reparenting.

Modi is een klein onderdeel in de therapie. De schema's staan vooral centraal, er wordt ingestapt op de schema's, maar het kan zijn dat er dan ook modi naar voren komen.

Schematherapie is gebaseerd op gemis en hoe je nieuwe ervaringen kunt opdoen, daarvoor is een veilige plek nodig. Psychomotorische therapie is daar bij uitstek goed voor, omdat je in de ervaring gaat zitten, sturen welke ervaring je wil dat de ander krijgt, bijvoorbeeld initiatief nemen, leiding en samenwerkingsvormen.

Plaats van bewegen:

Bewegen is een groot deel van mijn therapie. Ik zoek een middenweg tussen lichaamsgericht werken en bewegingsgericht werken maar beide kanten komen veel naar voren.

In de protocolgroep werk ik indirect/semidirect. Als er nieuwe mensen in deze groep komen, brengen zij nog niet zo veel in maar ze gaan wel meeliften op de ervaringen van de anderen. Groepscohesie is belangrijk om snel in proces te komen.

De therapeut is in de groepen erg gericht op veiligheid, bijvoorbeeld beginnen met een paralleloefening in tweetallen, het is makkelijker om in een tweetal iets te delen dan in een hele groep, daarna is wel de mogelijkheid om het te delen in de groep.

Werkwijze protocolgroep:

Begin: veiligheid, groepscohesie.

Middelste deel: semidirecter over schema's.

Laatste deel: kom zelf met thema's en schema's.

Steeds minder sturend naarmate de therapie vordert.

Empathische confrontatie en limited reparenting

Empathische confrontatie:

Hier is de therapeut zich in de therapie bewust van. Bijvoorbeeld: een vrouw gaat met veel weerzin naar de trampoline. Wat doe je? Pushen dat ze er wel op gaat of niet? Op dat moment kun je empathisch zeggen dat het voor haar beter is om het wel te doen, vanuit vertrouwen zeggen dat die nieuwe ervaring prettig kan zijn. Maar ook als iemand onrustig wordt en veel gaat praten, hem daar bewust van maken.

Limited reparenting:

Dat doen alle therapeuten in alle therapievormen. Elke therapeut zegt: kom maar op met wat je hebt, ik ben er voor je en ik zie je. Dat raakt vaak al veel gemis bij een patiënt.

Limited reparenting gaat vaak ook over grenzen stellen, duidelijk zijn, voorwaarden stellen. Je mag best boos worden maar blijf wel in contact. Kom maar op met wat je hebt, ik ben niet bang.

Meerwaarde van schematherapie in de psychomotorische therapie:

Het geeft een helder kader om mee te werken. Hoe kijk ik naar de mens, de problematiek? Waar baseer je gedrag op, basisbehoeftes? Er is een beschadiging in de basisbehoeftes die verklaart waarom iemand doet zoals hij doet.

Je kunt bewuster insteken op wat de cliënt nodig heeft en op die manier kom je sneller bij dat waar het over moet gaan.

Meerwaarde van psychomotorische therapie in de schematherapie:

De experimentele kant en het ervaren, de experimentele kant is belangrijk op gevoelsniveau. Ze hebben de theorie daarover gehad en dan komen ze in de psychomotorische therapie: het voelen in de praktijk, voelen hoe afstand en nabijheid is enz. Je kunt niet om voelen heen, iedereen ziet het als iemand iets eng vindt om te doen, dat geeft je een ingang om op door te gaan.

Het directe ervaren en experimenteren met nieuw gedrag. Wat als jij de leiding neemt, wat als je eens om hulp vraagt? Je gaat er direct mee aan de slag en daardoor krijgen ze ook succeservaringen. Bijvoorbeeld ik heb altijd die angst gehad, maar die was veel groter dan nodig. De cliënt krijgt dan vertrouwen om ook stappen te nemen in het dagelijks leven.

Ervaringen opdoen waardoor het gevoel beter herkent en onthouden kan worden, zodat het op langere termijn effect heeft.

Ervaringen zijn iets die je kunt krijgen zonder dat je daar iets voor hoeft te doen, bijvoorbeeld op de trampoline gewiegd worden.

Psychomotorische therapie gaat direct over het lijf. Het is prettig om uit het denken te gaan en naar het lijf toe. Voelen in het lijf, druk op de borst of juist vrijheid enz.

Direct vanuit het lijf werken geeft men rust en dus de rust dat het ook zo is, het lijf liegt niet.

Bijlage II, Matrix

	Respondent 1	Respondent 2	Respondent 3
<i>Plaats van schematherapie:</i>	Belangrijk deel in de therapie.	Het heeft invloed op de therapie maar staat niet centraal.	Belangrijk deel in de therapie.
<i>Plaats van bewegen:</i>	- Bewegen is een hulpmiddel om patronen duidelijk te maken. - In bewegen is het heel zichtbaar waar mensen tegenaan lopen. - Bewegen is een belangrijk middel voor nieuwe ervaringen.	- In de PMT is bewegen minder belangrijk omdat er standaard gewerkt wordt met twee ballen. - Eén uur in de week sportuur, traumaverwerking.	- Bewegen is een belangrijk deel in de therapie. - Middenweg tussen lichaamsgericht werken en bewegingsgericht werken.
<i>Verloop van een sessie</i>	- Een openingsrondje en daarbij gaat het voornamelijk over hoe je op dat moment in je lijf zit. - Een oefening. - Nabesproken aan de hand van de schema's.	- Praatje hoe het gaat en waar ze aan willen werken. - Werkvorm aan de hand van twee ballen, die staan voor wat ze willen vertellen. - Afsluitend praatje over wat ze meenemen uit de therapie.	- Begin: veiligheid, groepscohesie. - Middelste deel: semidirecter over schema's. - Laatste deel: kom zelf met thema's en schema's. Steeds minder sturend naarmate de therapie vordert.
<i>Keuze van werkvormen</i>	Patiënten kiezen een schema om drie maanden aan te werken en de therapeut verzint daaromheen de oefeningen.	De cliënten maken de keuze van werkvormen, aan de hand van de ballen.	Indirect/semidirect.
<i>Werkvormen met modi</i>	Modi komt bijna niet voor vanwege de drie maanden opbouw.	- Modi zijn altijd zichtbaar. - Proberen de modi op te zoeken en te raken.	Modi is een klein onderdeel in de therapie.
<i>Werkvormen met schema's</i>	Iedere patiënt kiest per blok een schema uit en er wordt in de	Schema's triggeren door bepaalde oefeningen aan te	Elke therapie stapt in op de schema's.

	therapie geprobeerd om alle schema's naar voren te laten komen.	bieden.	
<i>Empathische confrontatie</i>	- Bewust. - Door letterlijk terug te geven wat de patiënten in de therapie hebben gedaan.	Soms bewust.	Bewust.
<i>Limited reparenting</i>	Dit gebeurt vooral op momenten dat de patiënten in hun schema schieten.	- Heel bewust. - Wordt meer mee gedaan binnen drama therapie maar is in PMT ook belangrijk.	- Dat doen alle therapeuten in alle therapievormen. - Kom maar op met wat je hebt, ik ben er voor je en ik zie je.
<i>Meerwaarde van schematherapie in de psychomotorische therapie</i>	- Er wordt gewerkt vanuit een bepaald kader. - Waar de patiënten tegenaan lopen is makkelijk zichtbaar zonder helemaal terug te gaan naar het verleden. - Het verklaard waarom ze doen zoals ze doen.	- Praktisch model om thema's te ontdekken waar je mee aan de slag kunt. - Gedrag van cliënten wordt mooi verklaard. - Vertaald iets dat je vroeger hebt meegemaakt in het huidige functioneren van de cliënten. Het is een brug van toen naar nu en omgekeerd een brug van nu naar toen.	- Het geeft een helder kader om mee te werken. - Er is een beschadiging in de basisbehoeftes die verklaart waarom iemand doet zoals hij doet. - Je kunt bewuster inspelen op wat de cliënt nodig heeft.
<i>Meerwaarde van psychomotorische therapie in de schematherapie</i>	- Het opdoen van nieuwe ervaringen. - Oefenen met nieuw gedrag.	- De ervaring. - Gedrag voelen. - Lijfelijke ervaringen opdoen is de kracht van psychomotorische therapie.	- De experimentele kant. - Ze hebben de theorie erover gehad en dan komen ze in de psychomotorische therapie, het voelen in de praktijk. - Ervaringen opdoen waardoor het gevoel beter herkent en onthouden kan worden, zodat het op langere termijn effect heeft. - Direct vanuit het lijf

			werken geeft men rust en dus de rust dat het ook zo is, het lijf liegt niet.
--	--	--	--