

Door verbeterd lichaamsbesef meer lef?!

Een psychomotorische interventie bij assertiviteitsproblematiek

‘Olifanten proberen niet om giraf of zwaluw te worden. Maar wij proberen te zijn wat we niet zijn. We stikken in de idealen die onbereikbaar zijn of die alleen ten koste van onszelf bereikt kunnen worden. We lopen op de punten van onze tenen om maar geen kritiek te krijgen en worden tenslotte kwaad op onze tenen wanneer ze pijn doen.’
(Roeck, 2001, p.13)

Samenvatting

In deze studie is onderzocht wat het effect is van psychomotorische therapie (PMT) op het lichaamsbesef en de assertiviteit van een poliklinische cliëntenpopulatie met assertiviteitsproblematiek. Een deelvraag was of verbeterd lichaamsbesef positief zou correleren met een verbetering in assertiviteit. Aan het onderzoek hebben 6 cliënten deelgenomen (experimentele groep: $n = 4$, controlegroep: $n = 2$). De cliënten zijn doorverwezen i.v.m. assertiviteitsproblematiek via de polikliniek naar de PMT. Gedurende de onderzoeksperiode zijn de variabelen lichaamsbesef en assertiviteit driemaal gemeten. Voor het meten van lichaamsbesef werd de ‘Scale of Body Connection’ (SBC) gebruikt en voor het meten van assertiviteit de ‘Schaal voor Interpersoonlijk Gedrag’ (SIG). De SIG hanteert twee uitkomstmaten, een spanning score en een frequentie score. De SIG gaat uit van assertiviteit bij een lage spanningsscore en een hoge frequentiescore. Uit de resultaten blijkt dat zowel het lichaamsbesef als de assertiviteit na het volgen van de PMT module verbeterd is. Deze verbetering bleek statistisch niet significant op een 5% niveau, in een aantal gevallen was er bij de experimentele groep wel sprake van borderline significantie. De correlatie tussen de variabelen lichaamsbesef en assertiviteit is niet aangetoond. Er kan niet gesteld worden dat interventies op lichaamsbesef automatisch leiden tot verbetering in assertiviteit.

Concluderend kan wel gesteld worden dat de PMT module leidt tot verbeterd lichaamsbesef en verbeterde assertiviteit. Het geringe aantal proefpersonen maakt deze studie echter wel minder betrouwbaar. Daarom is het aan te raden om een vervolgstudie toe te passen waarbij meer proefpersonen betrokken worden om antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag of verbeterd lichaamsbesef inderdaad leidt tot verbeterde assertiviteit. Een belangrijke onderbouwing voor het indiceren voor de behandeling van assertiviteitsproblematiek middels psychomotorische therapie!

1. Inleiding

1.1 Aanleiding en relevantie

Vaak gebeurt het dat cliënten die komen voor psychomotorische therapie (PMT), willen leren voor zichzelf op te komen, grenzen te stellen naar anderen. Het aanpassen aan anderen is een veel gebruikte copingstrategie waar ze last van ondervinden. Maar hoe kun je grenzen aangeven aan anderen als je niet weet van jezelf waaraan je ze kunt herkennen? In deze situaties wordt de PMT behandeling gestart met het ver- en herkennen van lichaamssignalen gekoppeld aan gevoelsbeleving en gedachtes, om cliënten te ondersteunen in het kunnen herkennen van hun grenzen. Om vervolgens vaardigheden aan te leren om grenzen aan te geven en zich te

positioneren in het contact met de ander. De focus verschuift van het contact maken met zichzelf, met hun eigen lijf, gevoelswereld, gedachtes en behoeftes, naar het contact maken met de ander. Van impressioneel naar expressieel. Vanuit deze in de PMT gehanteerde werkwijze ontstaat ook de nieuwsgierigheid naar het onderzoeksonderwerp. In hoeverre is het verbeteren van lichaamsbesef ondersteunend voor de ontwikkeling van assertiviteit? Is het zo dat bij vergroot lichaamsbesef er verbetering te meten is ten aanzien van de assertiviteit van de cliënt, nog voordat de cliënt gericht zijn vaardigheden heeft getraind? De uitkomsten van het onderzoek zijn van belang voor het opstellen van een effectief en theoretisch gefundeerde PMT methodiek, gericht op assertiviteitsproblematiek. Daarnaast is het van belang voor de positie van de PMT om inzichtelijk te maken dat lichaamsgerichte interventies, de specialiteit van de PMT-er, van waarde zijn voor deze behandeling.

1.2 Globale probleemstelling

Vanuit de praktijk blijkt dat deze doelgroep (assertiviteitsproblematiek) gewend is zichzelf te overvragen, eigen grenzen te negeren bijvoorbeeld vanuit het belang van de ander, of om niet met zichzelf bezig te hoeven zijn. Ze hebben zichzelf aangeleerd lichaamssignalen te negeren, onder andere vanuit verschillende cognitieve overtuigingen. Daarmee verliezen ze het contact met zichzelf, hun eigen lichaam en hebben ze moeite hun eigen draagkracht te bepalen en ontstaan er klachten. Om de assertieve vaardigheden van de cliënt te verbeteren is het van belang dat er aandacht besteed wordt aan het verbeteren van lichaamsbesef. Het doel van het onderzoek is om uitspraken te kunnen doen over het effect van de PMT behandeling m.b.t. lichaamsbesef en assertiviteit. En om gefundeerde uitspraken te kunnen doen over het belang van de eerste fase van deze behandeling, welke gericht is op het verbeteren van lichaamsbesef.

1.3 Relevante literatuur

Het eerste deel van de module is gericht op het verbeteren van lichaamsbesef, het tweede deel op het aanleren van assertieve vaardigheden gebruik makend van leerervaringen opgedaan in de eerste fase.

Lichaamsbesef wordt gedefinieerd als: 'Het bewust zijn van het eigen lichaam, de grenzen van het eigen lichaam, de positie van eigen ledematen en lichamelijke sensaties.' In de module gaat het om het leren voelen, herkennen en differentiëren van lichamelijke sensaties. Om de subjectieve, gevoelsmatige ervaring van het eigen lichaam (Emck, Hammink & Bosscher, 2007). Assertiviteit wordt gedefinieerd als: 'Een vaardigheid om in interpersoonlijke situaties bekrachtiging te zoeken, in stand te houden of te vergroten door uiting te geven aan gevoelens of wensen, waarbij deze uiting het risico van verlies inhoudt.' Iemand die zich assertief gedraagt komt uit voor wat hij wil, voelt of denkt, met respect voor de ander (Erven, 1980; Fellingner, Maliepaard & Tummers, 1999).

Wat betreft het aanleren van assertiviteit blijkt uit onderzoek dat de interventies van andere behandelingen zich m.n. richten op het verbale en cognitieve domein middels gedragstherapie, waarbij het domein van lichamelijkeheid en bewegen nog weinig geëxploreerd is (Kienhorst, 1980; Fellingner, Maliepaard & Tummers, 1999). Het wetenschappelijke bewijs voor de effecten van lichaamsgerichte interventies is beperkt, omdat het vaak pilot studies betreft, de onderzoeksgroepen klein zijn, er vaak geen controlegroepen zijn en de interventies sterk van elkaar verschillen (Hoekenga, 2009). Tijdens de literatuurstudie is er gezocht in verschillende

databanken (Academic Search Elite, Cinahl, Nederlandse Onderzoek Databank e.a.) en via Google Scholar, naar onderzoeksresultaten die gericht zijn op het verband tussen verbeterd lichaamsbesef en assertiviteit. In deze literatuurstudie werden geen resultaten gevonden van onderzoeken naar het gebruik van lichaamsgerichte interventies bij het aanleren van assertiviteit. Ook de effectiviteit van assertiviteitstrainingen blijken niet of nauwelijks onderzocht te zijn (Haccoun, Saks; Oostrom, 2006). Wel is er literatuur gevonden welke het belang van verbeteren van lichaamsbesef ondersteunt in het kader van assertiviteitsontwikkeling, dit is te lezen in onderstaande alinea's.

De focus ligt in de eerste fase van de module op het voelen, herkennen en differentiëren van lichamelijke sensaties. Van Attekum (2007) stelt dat je vanuit lichamelijke sensaties in contact komt met wat je werkelijk voelt en wie je werkelijk bent. Dit is van belang om uiting te kunnen geven aan wat je behoeftes en verlangens zijn en sluit daarmee aan op de problematiek van de onderzoekspopulatie. Het gaat om het opnieuw leren luisteren naar het lichaam, voor diegene die geneigd zijn lichamelijke sensaties te negeren. Door spanningssignalen van het lichaam te herkennen, kan de persoon leren adequate (assertieve) acties te ondernemen en zijn gedrag aan te passen. De ervaren lichaamssignalen zijn veelal voorbodes van diverse gevoelens, dan wel fysieke en sociale grenzen van een persoon. Het bewust worden hiervan is daarmee nodig om eigen grenzen te leren bepalen (Fellinger, Maliepaard & Tummers, 1999). Hierbij wordt uitgegaan van een relationeel lichaamsbeeld, het lichaam reageert op de omgeving en is in relatie met de omgeving (Tamboer, 2004).

In de module wordt er gewerkt vanuit een Gestalttherapeutisch referentiekader, lichamelijkheid heeft een centrale plaats in de Gestalttherapie en sluit daarmee aan op de PMT module. De module is gebaseerd op een experimentele vorm van therapie, de behandeling vanuit Gestalttherapie is nauwelijks onderzocht en de werking ervan is niet wetenschappelijk aangetoond. Uitgangspunten vanuit de Gestalttherapie zijn het ontwikkelen van awareness, het ervaren in het hier en nu en het ervaren van contact en contactgrenzen. Er is gekozen voor dit referentiekader omdat de uitgangspunten en de werkwijze gericht op lichamelijkheid goed aansluiten bij de werkwijze van de PMT en het gekozen onderzoeksonderwerp. Vertaald naar de module gaat het om het gewaar worden van grenzen in het contact met de ander, waarbij gebruik gemaakt wordt van het leren herkennen van lichaamssignalen. De interventies in deze module zijn gericht op de ervaringen in het contact (met zichzelf en/of de ander) wat in het hier en nu plaatsvindt. Het impliciet lichamelijke wordt geëxpliciteerd en verwoord zodat het betekenis krijgt in het geheel en aanzet tot handelen (Derkinderen, Knijff & Meijer, 2009). Dat bijvoorbeeld de buikkramp die gevoeld wordt in het contact met de ander, de betekenis krijgt dat de ander te dichtbij komt en kan leiden tot de actie zich daarover uit te spreken. De cliënt zal vervolgens kunnen ervaren dat de actie om zich assertief op te stellen ook spanningsverlagend kan werken en angstgevoelens kan verminderen. In de Gestalttherapie wordt gesproken over het ontwikkelen van awareness. Awareness is te vertalen naar 'gewaarzijn' en 'besef hebben van'. In de literatuur wordt gesteld dat wat je niet 'aware' bent, je ook niet kunt veranderen en in proces kunt brengen (Nederhof, 2005). Gewaarzijn is een vorm van bewustzijn, niet cognitief, maar meer in de zin van lijfelijk besef. Het omvat het hele proces van zintuiglijk waarnemen en lichamelijk gewaarworden. Een lichamelijk gewaarworden van hoe de persoon en diens omgeving elkaar beïnvloeden (Derkinderen, Knijff & Meijer, 2009). Naast awareness in algemene zin, kan ook specifiek gesproken worden over body-awareness. Body-awareness kan gelezen worden als het besef hebben van je lichaam, het lichaamsbesef.

Uit onderzoek van Van der Maas (2008) blijkt dat body-awareness, lichaamsbesef, te leren is. Toegenomen lichaamsbesef ligt aan de basis van gedragsverandering, in dit geval gedragsverandering m.b.t. assertief handelen. Er is onderzoek gedaan naar de korte en lange termijn effecten van ervaringsgerichte technieken middels een lichaamsbewustzijn programma voor cliënten met chronische a-specifieke psychosomatische klachten. De studie naar lange termijn effecten (n = 122) was een pre-post studie. Er is echter geen controlegroep betrokken bij het onderzoek wat de studie minder sterk maakt evenals dat de significantie niet op alle onderdelen is aangetoond. Wel laat de studie zien dat het lichaamsbewustzijn programma het lichaamsbewustzijn, de zelfeffectiviteit, de expressie van emoties en kwaliteit van leven doet toenemen. De meerderheid van de gemeten veranderingen kunnen wel als klinisch relevant beschouwd worden (Landsman-Dijkstra, Van Wijck & Groothoff, 2006). De interventies die het lichaamsbesef positief beïnvloeden worden daarmee als strategie aan het begin van deze behandeling ingezet, teneinde gedragsverandering tot stand te brengen en de assertiviteit van de cliënt te verbeteren.

Onderzoeker Danis Bois doet ruim twintig jaar onderzoek naar het lichaam en de bewegingen van de mens en de mate van bewustzijn hierin. Een kanttekening is dat in de gevonden literatuur niet vermeld wordt hoeveel proefpersonen aan de studie hebben deelgenomen en of de onderzoeksresultaten significant te noemen zijn. Deze onderzoeker onderstreept het belang van het verbeteren van lichaamsbesef. Uit het onderzoek blijkt dat deelnemers die een training hebben gevolgd gericht op de bewustwording van de sensorische beweging, de kwaliteit van hun gevoeligheid van hun aanwezigheid en van hun relationele mogelijkheden, in positieve zin zien veranderen. De sensorische beweging, voortkomend uit interventies gericht op lichaamsbesef, stelt de mens in staat het eigen lichaam te voelen, om zich te positioneren en zich te kunnen onderscheiden van anderen (Berger, 2005). Dit geeft de verbinding aan tussen de begrippen lichaamsbesef en assertiviteit. Bij assertiviteit gaat het om uiting geven aan eigen wensen en gevoelens. Contact maken met het lichaam vergroot de awareness, waardoor eigen verlangens en behoeftes duidelijker worden. (Nederhof, 2005) (Body)Awareness oftewel lichaamsbesef vormt daarbij het instrument. Dat maakt ook de link met de titel van dit onderzoek helder, lichaamsbesef als instrument om eigen grenzen te herkennen, wat een aanzet kan vormen tot assertief handelen.

Samenvattend. De veronderstelling is dat het vergroten van lichaamsbesef ondersteunend is voor de ontwikkeling van assertieve vaardigheden. Wanneer de cliënt meer in contact staat met zijn eigen lijf, zal hij ook eerder aanvoelen wanneer hij zijn grenzen tegenkomt en hier een actie aan kunnen verbinden. De auteur veronderstelt dat het aanvoelen van lichaamssignalen welke duiden op ervaren grenzen ondersteunend is voor het inzetten van assertief gedrag. Dit onderzoek is van belang om de aannames welke op de ervaringen uit de praktijk zijn berust, meer evidence based te maken.

1.4 Specifieke vraagstelling en hypothese

Vraagstelling:

1. Neemt het lichaamsbesef van de (volwassen) cliënt met assertiviteitsproblematiek toe na het volgen van de PMT module?
2. Neemt de assertiviteit van de (volwassen) cliënt met assertiviteitsproblematiek toe na het volgen van de PMT module?

- Deelvraag: Leidt verbetering van lichaamsbesef ook tot verbetering van de assertieve vaardigheden van de (volwassen) cliënt met assertiviteitsproblematiek?
- Hypothese: 1. Het lichaamsbesef en de assertiviteit zal door deze module verbeteren.
2. Het vergroten van lichaamsbesef zal positief correleren met verbeterde assertiviteit.

2. Methoden

2.1 Omschrijven onderzoekspopulatie

Dit onderzoek is gericht op cliënten (volwassenen) van de polikliniek, die klachten (stress, angst, spanning) ervaren in de sociale interactie als gevolg van assertiviteitsproblematiek. Deze populatie kenmerkt zich door een hoge vermijdingsfrequentie in sociale situaties die ze als lastig ervaren. Deze populatie is via de polikliniek van GGZ Friesland, locatie Heerenveen, doorverwezen naar de PMT i.v.m. assertiviteitsproblematiek. Overige AS I of AS II problematiek stond niet op de voorgrond.

Er zijn in totaal 15 potentiële deelnemers benaderd, waarvan 7 voor de experimentele groep en 8 voor de wachtlijstgroep. De deelnemers at random toewijzen was niet mogelijk, omdat het risico bestond dat de groep niet vol kwam en het onderzoek uitgesteld moest worden. De deelnemers die geïndiceerd waren, zijn in de experimentele groep geplaatst, de deelnemers die van deelname afzagen of om praktische redenen niet konden starten zijn benaderd om deel te nemen aan de controlegroep. Uiteindelijk hebben vier deelnemers deel uit gemaakt van de experimentele groep en hebben twee deelnemers deel uit gemaakt van de controlegroep. Van de 15 potentiële deelnemers vielen er 9 af vanwege verschillende redenen, zoals:

- geen tijd om de lijsten in te vullen i.v.m. werk/ opleiding.
- geen goed gevoel bij de waarborging van anonimiteit.
- op de voorgrond staande relatieproblematiek waardoor deelname niet mogelijk was.
- ziekte.

Tabel 2.1 Overzicht persoonskenmerken onderzoekspopulatie

	AANTAL	GEM. LEEFTIJD	GESLACHT	OPLEIDING	BURGELIJKE STAND
Groep A (experimentele groep)	4	39.6	Man 3 Vrouw 1	min. MBO 1 max. HBO 3	Alleenstaand 0 LAT relatie 2 Samenwonend 1 Getrouwd 1
Groep B (controlegroep)	2	39.5	Man 0 Vrouw 2	min/max. MBO 2	Alleenstaand 2 LAT relatie 0 Samenwonend 0 Getrouwd 0

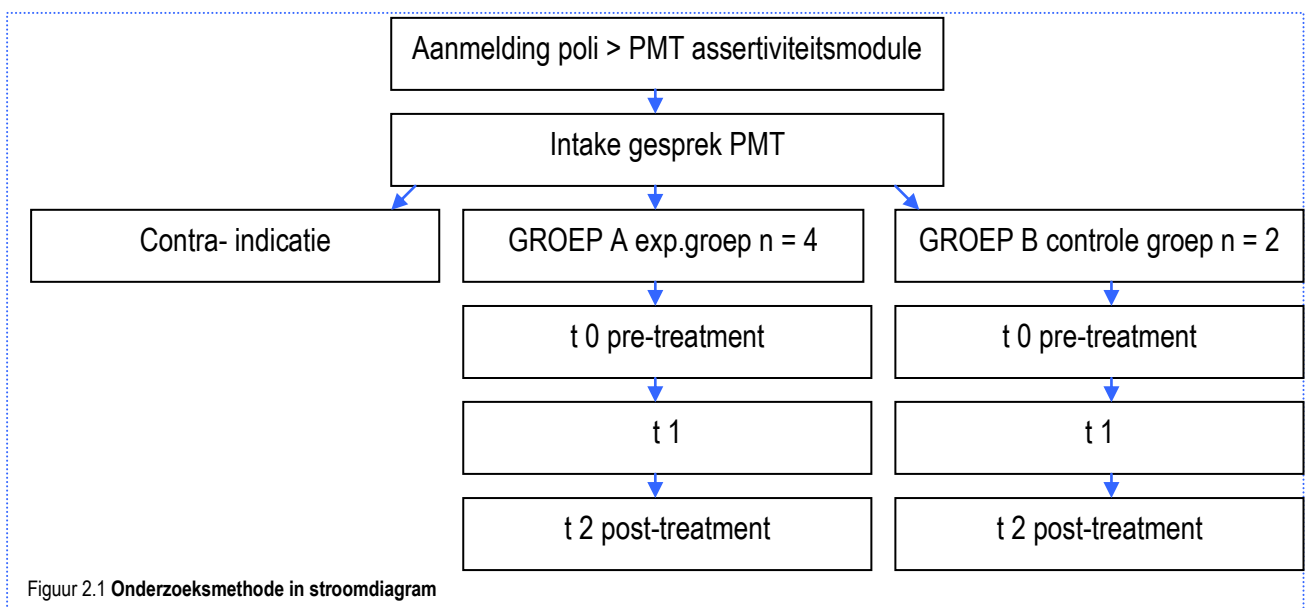
2.2 Onderzoeksmethode en procedure

Dit onderzoek kenmerkt zich als een quasi-experimenteel kwantitatief onderzoek. De te meten variabelen zijn lichaamsbesef en assertiviteit. Er zijn twee groepen gevormd, waarvan er één een controlegroep vormt. De wachtlijstgroep heeft als controlegroep gefungeerd. In de experimentele groep hebben vier cliënten geparticipeerd (n=4), in de controlegroep zijn dat er twee deelnemers (n=2). Deze groepen zijn willekeurig

ingedeeld t.a.v. geslacht, leeftijd, opleidingsniveau. De experimentele groep, welke geprofiteerd heeft van de PMT behandeling, zoals aangegeven in dit onderzoeksvorstel, wordt groep A genoemd. De controlegroep wordt groep B genoemd. Groep A heeft 10 sessies PMT aangeboden gekregen, eenmaal per week anderhalf uur in de periode van september 2009 t/m november 2009. Er hebben drie meetmomenten plaatsgevonden voor zowel groep A als B. Bij groep A voorafgaand (T0) aan de module, na sessie 4 (T1) en na sessie 10 (T2). De meetmomenten van groep B liepen hier parallel aan. De lijsten van groep A zijn ter plekke ingevuld (T0) en ze hebben ze mee genomen naar huis om in te vullen (T1 en T2), groep B heeft de lijsten per post ontvangen. De deelnemers ontvingen voor aanvang van het onderzoek een informatiebrief en informed consent formulier. Als voorwaarde is gesteld dat de deelnemers van groep A, 8 van de 10 sessies gevolgd moet hebben om geïnccludeerd te worden in het onderzoek.

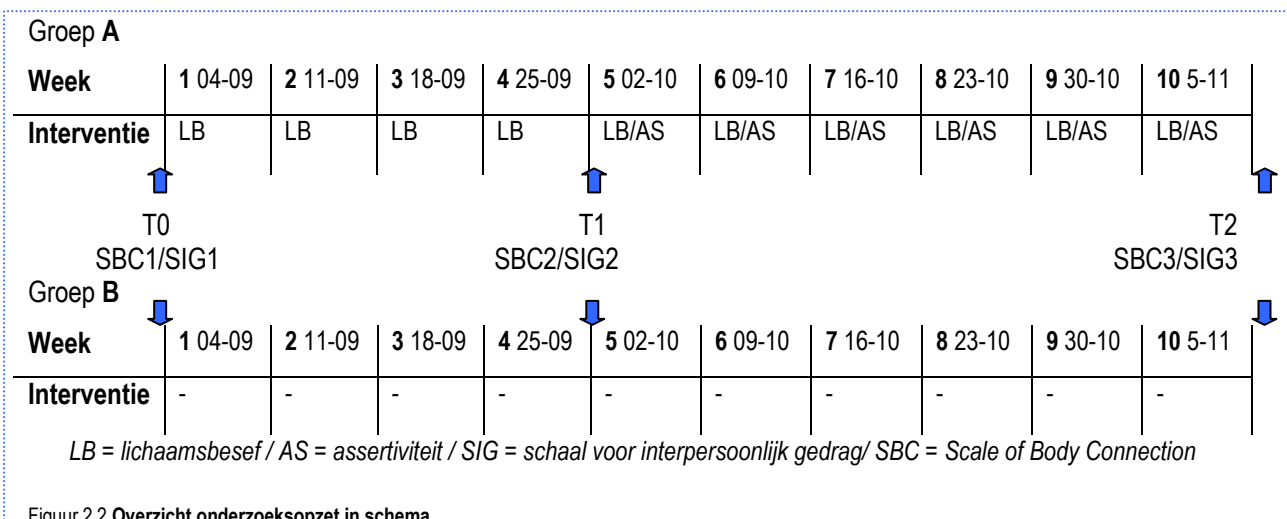
De eerste vier sessies waren gericht op het verbeteren van lichaamsbesef. De sessies vijf t/m negen waren gericht op het aanleren van assertieve vaardigheden. De invulling van de sessies was gebaseerd op werkvormen vanuit de psychomotorische therapie. De laatste sessie stond in het teken van herhaling en evaluatie.

In figuur 2.1 staat de onderzoeksmethode schematisch uitgewerkt in een stroomdiagram. In figuur 2.2 is een schematische weergave van de onderzoeksopzet uitgewerkt.



Inclusiecriteria voor het onderzoek waren:

- Het aanwezig zijn van assertiviteitsproblematiek in meerdere sociale gebieden.
- As I of As II problematiek staat niet op de voorgrond.
- Deelnemers in de experimentele groep volgen minimaal 8 van de 10 sessies.
- Alle deelnemers geven schriftelijk toestemming middels een informed consent formulier.



2.3 Meetinstrumenten

Er is gebruik gemaakt van twee meetinstrumenten. Te weten:

1. De Scale of Body Connection (SBC). De SBC is een oorspronkelijke Engelstalige lijst die naar het Nederlands is vertaald door L. van der Maas. De lijst bestaat uit 20 items verdeeld over twee subschalen. 12 items meten de bewuste aandacht voor sensorische signalen. De overige 8 items meten de mate waarin mensen zich distantiëren van hun lichaam en emoties. Van deze lijst zal de totaalscore berekend worden, de mate waarin iemand in contact staat met zijn lichaam (aantal pt. delen door aantal vragen. Max. score = 5). De items worden gescoord op een 5-punts Likertschaal. De constructvaliditeit is aangetoond (Price, 2007). Uit onderzoek van Van der Maas (2008) is de Cronbach's Alpha van deze lijst afgenomen bij volwassenen vastgesteld op 0.85.

2. De schaal voor interpersoonlijk gedrag (SIG). De SIG meet spannings- en vermijdingsmomenten van interpersoonlijk gedrag. De lijst bestaat uit 50 geschaalde items, waarvan er 46 onderverdeeld zijn in 4 dimensies, te weten: uiten van negatieve gevoelens, uiten van onzekerheid en eigen ontoereikendheid, jezelf kenbaar maken en uiten van positieve gevoelens. De items worden tweemaal gescoord, op een 5-punts Likertschaal om de spanning en de vermijding te scoren. (Fellinger, Maliepaard & Tummers, 1999) De uitkomsten worden onderverdeeld in vier kwadranten, te weten: assertief, onverschillig, angstige uitvoerder en subassertief. Dit meetinstrument heeft een goede beoordeling gekregen op betrouwbaarheid en validiteit. (Arrindell, Groot & Walburg 1984) Deze test is in de COTAN lijst opgenomen.

De resultaten zijn uitgewerkt m.b.v. SPSS 15.0.

2.4 Dataverwerking

Omdat de onderzoeksgroep uit een klein aantal proefpersonen (ondergrens is 30, uit: Vocht, 2007) bestaat, is gebruik gemaakt van non-parametrische toetsen. Er hebben herhaalde metingen plaatsgevonden van groep A en B (one sample, paired data). Van beide groepen zijn de uitkomsten geanalyseerd m.b.v. Wilcoxon signed rank test. De verschillen tussen de meetmomenten T0, T1 en T2 zijn getoetst. Verschilmetingen tussen de groepen A en B zijn geanalyseerd m.b.v. Mann-Whitney test. Zowel T0, T1 als T2 is in de analyse betrokken. Omdat de

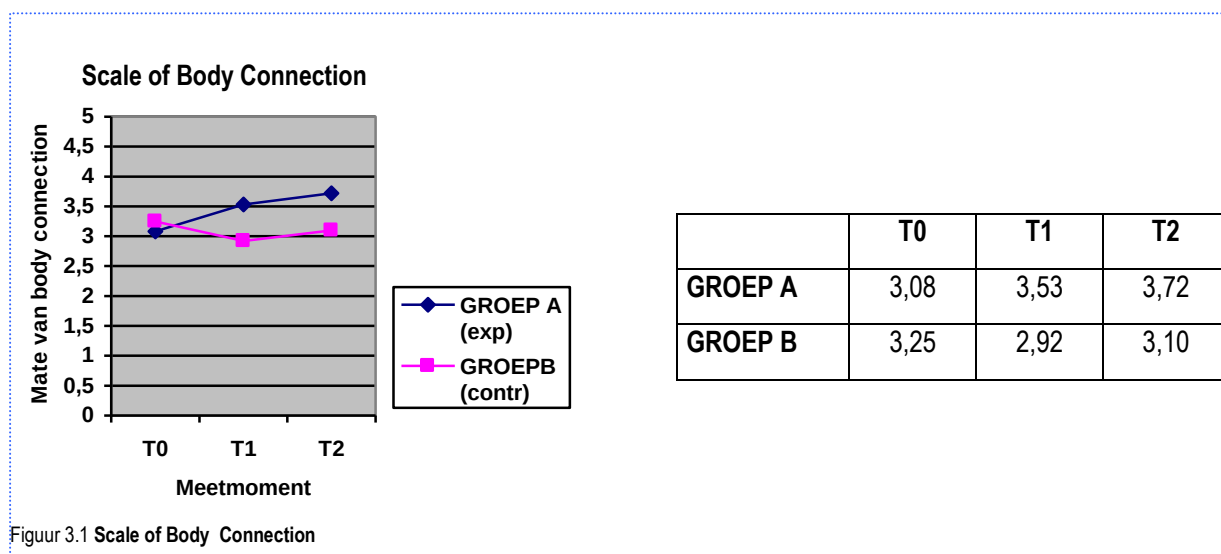
beginscores van beide groepen van elkaar verschillen, zijn er delta's aangemaakt, om inzichtelijk te maken wat de verschillen zijn tussen de meetmomenten T0 en T1 en tussen T0 en T2. De uitkomsten hiervan zijn eveneens getoetst m.b.v. Mann-Whitney. Voor de correlatieberekening is gebruik gemaakt van de Spearman-test. Het betreft de gegevens van de experimentele groep, waarbij op T0, T1 en T2 de correlatie onderzocht is tussen de uitkomsten van de SBC, de frequentie score SIG en de spanning score SIG. Alle meetmomenten zijn betrokken hierin om uitspraken te kunnen doen over het verloop van de correlatie.

Er is in de analyse uitgegaan van een significantieniveau van 5%. De uitkomsten hiervan geven informatie of beide groepen al dan niet vooruit zijn gegaan en of ze op de eindmeting van elkaar verschillen en geeft daarmee antwoord op de gestelde onderzoeksvragen.

3. Resultaten

3.1 Grafische weergave Scale of Body Connection (SBC)

De resultaten van het onderzoek zullen allereerst grafisch weergegeven worden, zodat de ontwikkeling van zowel de experimentele groep als de controlegroep inzichtelijk worden. In figuur 3.1 staan de resultaten van de SBC verwerkt. Omdat de SBC een vrij nieuw meetinstrument is, zijn er nog geen normscores bekend. De maximale score van de SBC is 5.



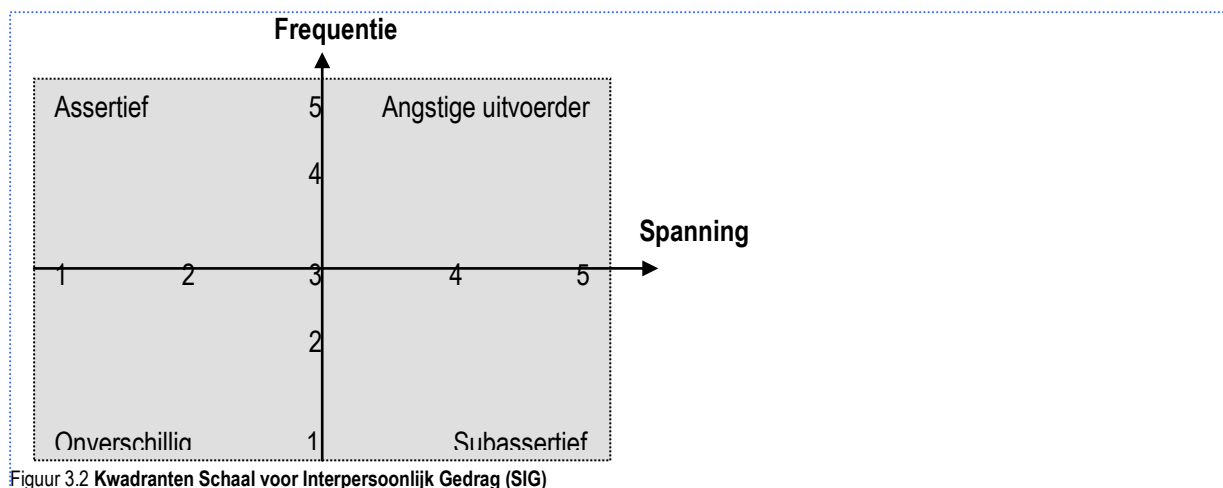
In de grafische weergave is zichtbaar dat de groepen op de schaal dichtbij elkaar starten op T0. Het verloop van de experimentele groep laat een stijging zien en het verloop van de controlegroep een lichte daling.

3.2 Grafische weergave Schaal voor Interpersoonlijk Gedrag (SIG)

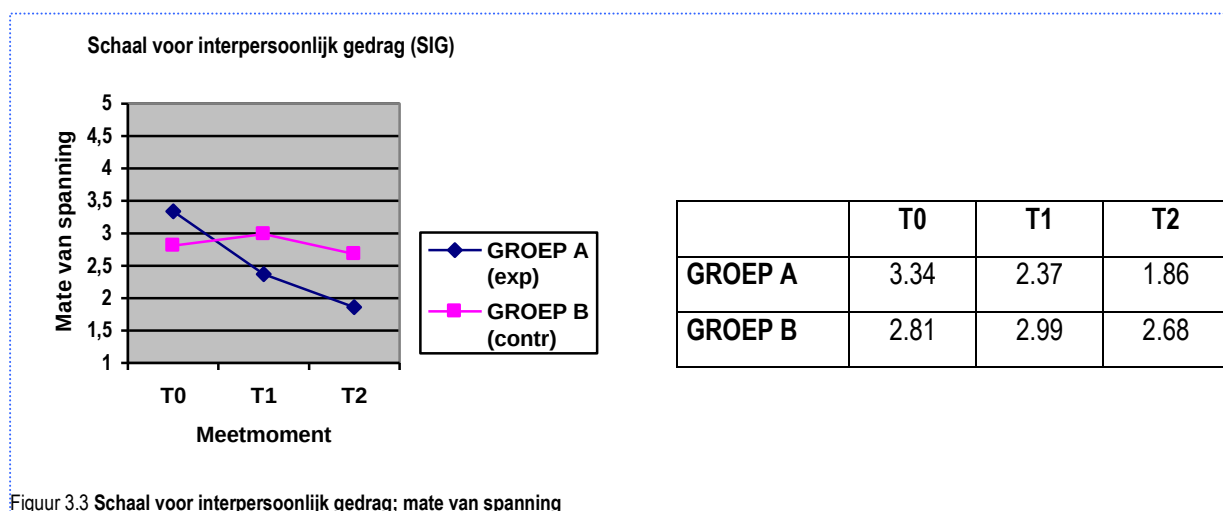
Voor de meting van de assertiviteit is de SIG gebruikt. De resultaten zeggen iets over de ervaren spanning in sociale situaties welke om assertief gedrag vragen en over de frequentie van assertief handelen op een schaal van 1-5.

In het meetinstrument wordt er van uit gegaan dat iemand zich assertief gedraagt bij een lage spanningsscore en een hoge frequentie score (spanning 1 tot 3, frequentie 3 tot 5). Bij een uitkomst met lage spanningsscore en

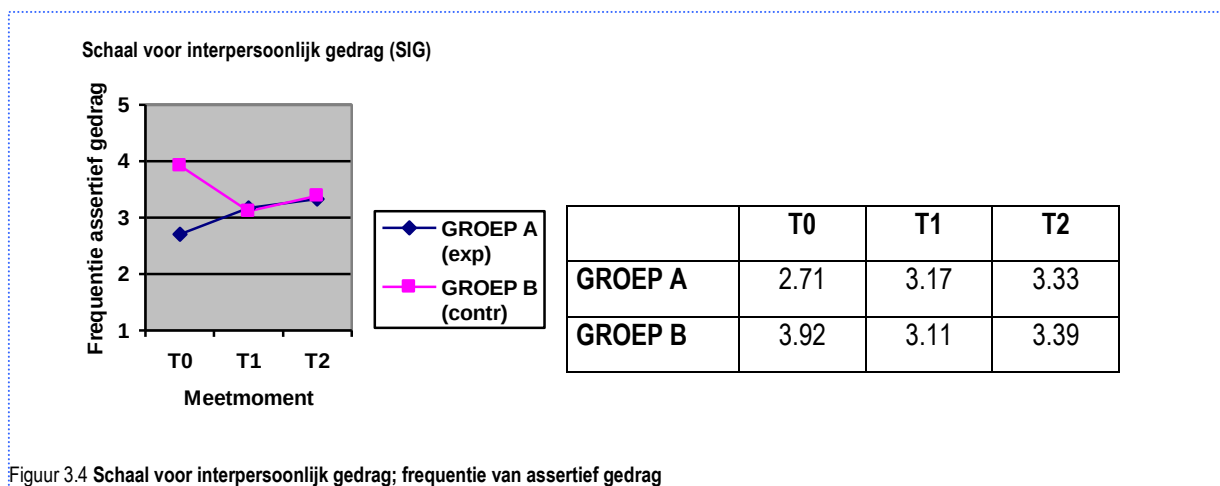
lage frequentie score wordt het gedrag geduid als onverschillig (spanning 1 tot 3, frequentie 1 tot 3). Bij een uitkomst met een hoge spanningscore en een hoge frequentie score wordt het gedrag geduid als angstige uitvoerder (spanning 3 tot 5, frequentie 3 tot 5). En bij een uitkomst met een hoge spanningsscore en een lage frequentiescore spreekt men van subassertief gedrag (spanning 3 tot 5, frequentie 1 tot 3). Dit is tevens weer te geven in een kwadrant, welke uitgewerkt staat in figuur 3.2. De cliënt kan in meerdere kwadranten tegelijk scoren. Voor het verwerken van de onderzoeksresultaten is echter uitgegaan van het gemiddelde van de score (totale score delen door het totaal aantal vragen).



De resultaten van de spanningsscore zijn verwerkt in figuur 3.3 en de resultaten van de frequentiescore zijn verwerkt in figuur 3.4.



In bovenstaande figuur geeft de mate van spanning weer zoals ervaren in sociale situaties die om assertief gedrag vragen. De grafische weergave geeft weer dat het verloop van de experimentele groep een sterkere daling laat zien dan het verloop van de controlegroep.



Figuur 3.4 Schaal voor interpersoonlijk gedrag; frequentie van assertief gedrag

Figuur 3.4 geeft weer of de frequentie van assertief gedrag is toegenomen. In de grafische weergave is zichtbaar dat de experimentele groep een stijging laat zien en de controlegroep na het eerste meetmoment een sterke daling, gevolgd door een lichte stijging. Daarnaast is zichtbaar dat het verschil in startwaarde erg groot is. Dit hangt mogelijk samen met de kleine onderzoekspopulatie, waarbij de controlegroep ($n = 2$) hoger scoort bij aanvang dan de experimentele groep ($n = 4$).

3.3 Statistische gegevens

Voor de verschilmetingen binnen de groepen is gebruik gemaakt van de Wilcoxon signed rank test, de verschillen tussen de meetmomenten T0, T1 en T2 zijn getoetst. De uitkomsten hiervan staan vermeld in tabel 3.1. Voor de verschilmetingen tussen de groepen is gebruik gemaakt van de Mann-Whitney test, waarbij eveneens de meetmomenten T0, T1 en T2 zijn getoetst. Omdat beide groepen van elkaar verschillen in de beginscore (T0) en het de interpretatie van de resultaten bemoeilijkt, zijn er delta's aangemaakt. Deze delta's geven het verschil weer tussen de meetmomenten. De uitkomsten hiervan zijn eveneens getoetst m.b.v. de Mann-Whitney. De uitkomsten hiervan staan vermeld in tabel 3.2. Voor de correlatieberekening is gebruik gemaakt van de Spearman toets. Deze analyse heeft betrekking op de experimentele groep, waarbij op T0, T1 en T2 de correlatie onderzocht is tussen de uitkomsten van de SBC, de frequentie score SIG en de spanning score SIG. De uitkomsten hiervan staan vermeld in tabel 3.3.

Tabel 3.1 Uitkomsten non-parametrische toets Wilcoxon

WILCOXON				
	GROEP A (experimentele groep)		GROEP B (controle groep)	
	Significantie (asym./2-tailed.)	Z	Significantie (asym./2-tailed.)	Z
Frequentie score SIG				
T1 – T0	p = 0,068	– 1,826 (a)	p = 0,180	– 1,342 (a)
T2 – T1	p = 0,593	– 0,535 (a)	p = 0,655	– 0,447 (a)
T2 – T0	p = 0,144	– 1,461 (a)	p = 0,180	– 1,342 (a)
Spanning score SIG				
T1 – T0	p = 0,068	– 1,826 (a)	p = 0,180	– 1,342 (a)
T2 – T1	p = 0,068	– 1,826 (a)	p = 0,180	– 1,342 (a)
T2 – T0	p = 0,068	– 1,826 (a)	p = 0,655	– 0,447 (a)
Score SBC				
T1 – T0	p = 0,144	– 1,461 (a)	p = 0,317	– 1,000 (a)
T2 – T1	p = 0,713	– 0,368 (a)	p = 0,655	– 0,447 (a)
T2 – T0	p = 0,068	– 1,826 (a)	p = 0,180	– 1,342 (a)

a. Based on negative ranks.

In de analyse is uitgegaan van een 5% significantieniveau. Vanuit die norm kan gesteld worden dat bovenstaande gegevens genoemd in tabel 3.1 niet statistisch significant zijn. Echter is er in een aantal gevallen bij de experimentele groep wel sprake van een borderline significantie en kan gesproken worden van een positieve tendens. Dit heeft betrekking op de frequentiescore T1-T0 ($p = 0,068$), op de spanningsscore van alle meetmomenten ($p = 0,068$) en op de eindmeting T2 – T0 van de SBC ($p = 0,068$).

Tabel 3.2 Uitkomsten non-parametrische toets Mann-Whitney

MANN- WHITNEY					
	Significantie (asym./2-tailed)	Z	▲	Significantie (asym./2-tailed)	Z
Frequentie score SIG			Delta Frequentie SIG		
T0	p = 0,064	- 1,852			
T1	p = 0,639	- 0,470	T0 – T1	p = 0,064	- 1,852
T2	p = 1,000	- 0,000	T0 - T2	p = 0,064	- 1,852
Spanning score SIG			Delta spanning SIG		
T0	p = 0,064	- 1,852			
T1	p = 0,165	- 1,389	T0 – T1	p = 0,064	- 1,852
T2	p = 0,165	- 1,389	T0 - T2	p = 0,064	- 1,852
Score SBC			Delta SBC		
T0	p = 0,355	- 0,926			
T1	p = 0,240	- 1,174	T0 – T1	p = 0,165	- 1,368
T2	p = 0,060	- 1,879	T0 - T2	p = 0,064	- 1,852

Omdat de groepen op de beginscores (T0) van elkaar verschillen, zijn de resultaten vanuit de analyse moeilijk interpreteerbaar, de aangetoonde significantie is niet automatisch toe te schrijven aan de interventie. Wel zijn de uitkomsten van deze analyse vermeld in tabel 3.2, om te kunnen onderzoeken of de borderline significantie bij de frequentie- en spanning score op T0 en bij de SBC op T2 wel of niet blijft bestaan op het moment dat er wel rekening gehouden wordt met de verschillen. Om hier rekening mee te houden zijn er delta's aangemaakt. Hierin is zichtbaar dat er geen sprake is van een significant verschil op 5% niveau.

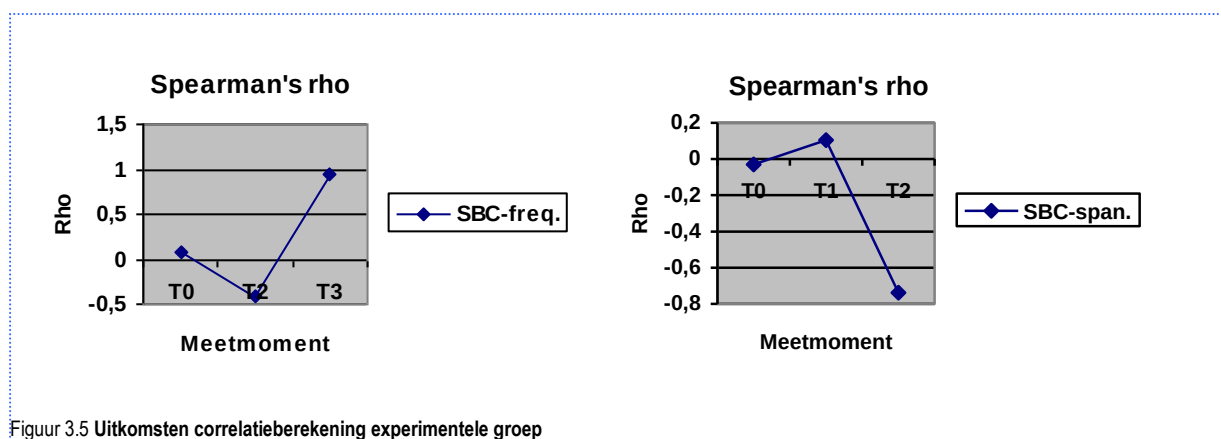
Wel is er sprake van borderline significantie. Dit uit zich in de verschillen scores m.b.t. frequentie tussen T0 en T1 ($p = 0,064$) en tussen T0 en T2 ($p = 0,064$), in de verschillen scores m.b.t. spanning tussen T0 en T1 ($p = 0,064$) en tussen T0 en T2 ($p = 0,064$). En op de SBC score tussen T0 en T2 ($0,064$).

Tabel 3.3 Uitkomsten correlatieberekening Spearman's rho

SPEARMAN'S RHO		
GROEP A (experimentele groep)	Significantie (asym./2-tailed)	Correlatie Coëfficiënt
SBC T0 – Frequentie T0	$p = 0,872$	$r = 0,086$
SBC T0 – Spanning T0	$p = 0,957$	$r = -0,029$
SBC T1 – Frequentie T1	$p = 0,895$	$r = -0,400$
SBC T1 – Spanning T1	$p = 0,600$	$r = 0,105$
SBC T2 – Frequentie T2	$p = 0,051$	$r = 0,949$
SBC T2 – Spanning T2	$p = 0,262$	$r = -0,738$

Om antwoord te krijgen op de deelvraag is een correlatieberekening gedaan tussen de uitkomsten van de SBC, de frequentiescore en de spanning score op T1. Wanneer verbeterd lichaamsbesef zal leiden tot meer assertief gedrag, zou n.a.v. de correlatieberekening zichtbaar moeten zijn dat er op T0 geen verband is, op T1 meer verband en op T2 een nog groter verband. De uitkomsten van de berekening op T0 blijkt niet significant, evenals op T1.

Op de correlatieberekening tussen SBC en de frequentiescore is een borderline significantie gemeten ($p = 0,051$), wat inhoudt dat er op T2 een grote samenhang is tussen lichaamsbesef en frequentie met een rho van 0,9. De resultaten m.b.t. de experimentele groep worden in figuur 3.5 grafisch weergegeven.



Figuur 3.5 Uitkomsten correlatieberekening experimentele groep

4. Discussie en conclusies

4.1 Antwoord op de vraagstelling

- ⊕ Neemt het lichaamsbesef van de (volwassen) cliënt met assertiviteitsproblematiek toe na het volgen van de PMT module?

Ja, het lichaamsbesef is toegenomen na het volgen van de PMT module. Dit is zichtbaar in de grafische weergave van de onderzoeksresultaten (paragraaf 3.1). Dat de verschillen tussen de meetmomenten significant zijn op 5% niveau is niet aangetoond. Wel is er sprake van borderline significantie op de meting T2- T0 ($p=0,068$), er is wel sprake van een positieve tendens. De interventies op lichaamsbesef zijn m.n. toegepast in het eerste deel van de module, de borderline significantie is aangetoond gezien over de gehele behandelperiode. Daarbij zijn de interventies op assertiviteit meegenomen. Omdat het effect van verbeterd lichaamsbesef meetbaar is gemaakt gezien over de gehele behandelperiode is er mogelijk sprake van een vertraagd effect. Het is mogelijk dat de deelnemers meerdere sessies nodig hadden om de interventies uit de eerste fase van de module te laten beklijven.

- ⊕ Neemt de assertiviteit van de (volwassen) cliënt met assertiviteitsproblematiek toe na het volgen van de PMT module?

Ja, de assertiviteit is toegenomen na het volgen van de PMT module. Men kan uitgaan van verbeterde assertiviteit bij een dalende spanning score en een stijgende frequentie score. De grafische weergave laat zien dat de mate van spanning is gedaald en de frequentie van assertief handelen is gestegen. De verschillen bleken niet significant op een 5% niveau. Wel is sprake van borderline significantie t.a.v. de frequentiescore op T1- T0 ($p=0,068$). Tussen de andere meetmomenten is dit niet het geval. De module heeft gezien de eindmeting niet tot een significant resultaat geleid m.b.t. de frequentie van assertief handelen. Wat betreft de spanning score blijkt dat op alle meetmomenten er sprake is van borderline significantie ($p=0,068$). Gesteld kan worden dat de PMT module een behoorlijk resultaat heeft bereikt t.a.v. het verminderen van spanning in sociale situaties die om assertiviteit vragen. Het afnemen van het spannings- en angstniveau is van belang voor de cliënt om het risico te durven nemen zich assertief op te stellen in de sociale context.

Gezien de onderzoeksresultaten en de bovenstaande antwoorden op de gestelde onderzoeksvraag kan gesteld worden dat de hypothese, dat middels de module het lichaamsbesef en assertiviteit zal verbeteren, positief bevestigd kan worden.

- ⊕ Deelvraag: Leidt verbetering van lichaamsbesef ook tot verbetering van de assertieve vaardigheden van de (volwassen) cliënt met assertiviteitsproblematiek?

Om antwoord te krijgen op de deelvraag is een correlatieberekening uitgevoerd op T1. Hieruit blijkt dat er geen sprake is van een correlatie van significant niveau. De uitkomsten tonen niet aan dat interventies op

lichaamsbesef ook automatisch leiden tot verbetering in assertiviteit, ook al laat de grafische weergave van de SIG wel vermindering in spanning en stijging in frequentie van assertief gedrag zien.

Er is daarnaast ook een correlatieberekening uitgevoerd op T2. Er is een behoorlijke significantie gemeten tussen de SBC en de frequentiemeting van de SIG ($p = 0,051$). Dit houdt in dat er op T2 een grote samenhang is tussen lichaamsbesef en frequentie. Dit geeft echter nog geen antwoord op de vraag of deze correlatie tot stand is gekomen voor verbetering van lichaamsbesef (na T1), omdat in de tweede fase van de module ook geïntervenieerd is op assertief gedrag. Daarnaast bepaalt de combinatie van de spanning en frequentiescore de mate van assertiviteit, de correlatie tussen SBC en spanning op T2 bleek niet significant. Dit maakt dat de correlatie in dit onderzoek niet aangetoond kan worden. Dit hangt mogelijk samen met de geringe aantal proefpersonen in deze studie.

4.2 Discussie en conclusie

Een waardevolle conclusie is dat de PMT module heeft geleid tot verbeterd lichaamsbesef en assertiviteit bij de poliklinische cliëntenpopulatie met assertiviteitsproblematiek. De verbetering is zichtbaar in de resultaten, echter bleken de verschillen niet significant op een 5% niveau. In de literatuurstudie is gesproken over de relevantie van verbeterd lichaamsbesef in relatie tot assertiviteitsproblematiek. Middels dit onderzoek is de correlatie tussen beide variabelen niet aangetoond.

Ten aanzien van het verbeteren van lichaamsbesef bij de experimentele groep is er sprake van een positieve tendens. Omdat er een behoorlijke significantie is gemeten gezien over de gehele behandelperiode, kan voorzichtig geconcludeerd worden dat voor het verbeteren van lichaamsbesef wel meerdere sessies nodig zijn met een minimum van 10. Dit is wel een voorzichtige conclusie, replicastudies zijn nodig om te onderzoeken of deze tendens ook zichtbaar is bij andere deelnemers aan de studie of dat het op toeval berust dat deze groep 10 sessies nodig had om een gewenst effect te bereiken. Daarnaast bestaat de mogelijkheid dat er sprake is van een vertraagd effect, ook dit dient nader onderzocht te worden om dit daadwerkelijk vast te kunnen stellen.

Uit de resultaten blijkt dat de PMT module veel effect heeft bereikt met een behoorlijke significantie t.a.v. het verlagen van de spanning in sociale situaties die om assertief gedrag vragen. Een verlaagd spanningsniveau is nodig om het lef te ontwikkelen assertief te gaan handelen. Een te hoge spanning en angstniveau uit zich veelal bij deze doelgroep in verlamming in of vermindering van sociale situaties. Ook hebben cliënten kunnen ervaren dat grenzen stellen in het contact met de ander, ook ruimte geeft en juist spanningsverlagend kan werken, zo blijkt uit de klinische praktijk. De frequentie van assertief handelen is wel toegenomen, echter bleken de verschillen niet significant. Mogelijk dat er meer tijd voor nodig is om dit te kunnen bereiken.

In vergelijking met de controlegroep, rekening houdend met de verschillende beginscores, blijkt dat de experimentele groep een behoorlijke significante verbetering laten zien t.a.v. de verlaagde spanning score, de verhoogde frequentie score en op de eindmeting ook het verbeterd lichaamsbesef. Hiermee wordt het effect van de PMT module bevestigd ten aanzien van lichaamsbesef en spanning in sociale situaties.

De conclusies welke beschreven zijn, zijn voorzichtig gesteld. Er is sprake van een kleine onderzoekspopulatie, wat maakt dat de resultaten niet in het geheel kunnen worden toegeschreven aan de behandeling. Ook het feit dat er aandacht is voor de problematiek van de cliënt kan van invloed zijn, eveneens het gebruik van medicatie,

het volgen van andere behandelingen etc. De resultaten lijken wel een positieve tendens te laten zien, wat in een vervolgonderzoek nader onderzocht kan worden.

4.3 Sterke en zwakke punten van het onderzoek

Een sterk punt van dit onderzoek is dat er gebruik gemaakt is van een controlegroep. Hierdoor werd bijvoorbeeld ook zichtbaar dat de controlegroep op assertiviteit bij T0 hoger scoorden dan de experimentele groep. (hogere frequentie, lager spanningsniveau) De beginscore zal in zekere zin ook het beloop bepalen. Het is niet aannemelijk dat een deelnemer die bij aanvang al assertief scoort dat na tien weken niet meer zal doen. De experimentele groep, die lager scoorde, had ook een grotere ontwikkeling door te maken. Zonder de gegevens uit de controlegroep had dit verloop van de ontwikkeling van de experimentele groep gekleurd kunnen zijn, en positiever kunnen uitpakken dan reëel zou zijn.

Een ander sterk punt is de keuze voor een poliklinische onderzoekspopulatie. Wanneer dit niet mogelijk was en cliënten van de kliniek of dagbehandeling in het onderzoek betrokken werden, was er sprake van te veel invloeden die bepalend kunnen zijn voor de metingen, zoals bijvoorbeeld plotselinge wijzigingen in medicatiegebruik en het volgen van andere therapieën.

Een zwak punt van het onderzoek is de kleine onderzoekspopulatie, het is daardoor niet mogelijk het bereikte effect geheel aan het volgen van de PMT module toe te schrijven. Een klein aantal proefpersonen maakt een onderzoek minder betrouwbaar dan wanneer er gewerkt is met een groot aantal proefpersonen. De resultaten kunnen beïnvloed zijn door andere variabelen dan de PMT module. Ook het gegeven dat beide groepen aandacht krijgen voor hun problematiek kan van invloed zijn op de eindscores.

Daarnaast is een zwak punt dat de auteur tevens in de rol van behandelaar zat en de vragenlijsten heeft afgenomen. Dit kan van invloed zijn geweest op de uitkomsten van het onderzoek. Bij een vervolgonderzoek is het goed om de vragenlijsten door een onafhankelijke persoon af te laten nemen.

Een noemenswaardig resultaat is dat de module een blijvend onderdeel zal zijn van de behandeling van assertiviteitsproblematiek voor de polikliniek.

4.4 Suggesties voor verder onderzoek

Uit de onderzoeksresultaten blijkt dat er in een aantal gevallen sprake is van borderline significantie, een bepaalde trend t.a.v. de ontwikkeling van lichaamsbesef en assertiviteit is daarmee inzichtelijk gemaakt. Vervolgstudies zijn nodig om andere verklaringen voor het experimentele effect uit te sluiten, om daarmee de externe validiteit te versterken. Een suggestie voor het vervolg zou zijn het doen van een vervolgstudie, waarbij de onderzoekspopulatie uitgebreid wordt.

Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt dat de deelvraag of verbetering van lichaamsbesef ook leidt tot verbetering van assertieve vaardigheden van de cliënt met assertiviteitsproblematiek, onbeantwoord is gebleven. In een vervolgonderzoek met een grotere onderzoekspopulatie is het interessant om te onderzoeken of er tussen T1 en T2 een grotere sprong in assertiviteit optreedt bij de experimentele groep. Om daarmee aan te tonen dat er interactie optreedt en een verbeterd lichaamsbesef het effect van interventies gericht op assertiviteit versterkt. Om te onderzoeken of de variabele lichaamsbesef de mediërende variabele is. Ook is het wenselijk een

nameting T3 toe te passen, om inzichtelijk te maken of de aangetoonde veranderingen beklijven, de verbetering zich voortzet of juist weer afneemt. Daarnaast is het interessant om een PMT behandeling te onderzoeken, zonder specifieke interventies gericht op lichaamsbesef en meer gericht op assertieve vaardigheden. Zodat het effect van het verbeteren van lichaamsbesef in relatie tot assertiviteit nog meer inzichtelijk gemaakt wordt. Vervolgonderzoek is daarmee van belang om tot een kwalitatieve inhoud van de behandeling te komen van assertiviteitsproblematiek middels psychomotorische therapie.

Literatuur

- Arrindell, W.A., Groot, P.M. de & Walburg, J.A. (1984) *De schaal voor interpersoonlijk gedrag*. Lisse: Swets & Zeitkinger B.V.
- Attekum, M. van. (2007) *Aan den lijve. Lichaamsgerichte psychotherapie volgens Pesso*. Amsterdam: Harcourt
- Berger, E. (2005) *De beweging in al haar vormen. Het onderzoek van Danis Bois*. Apeldoorn: Garant
- Derkinderen, P., Knijff, E. & Meijer, S. (2009) *Praktijkboek Gestalt*. Utrecht: De Tijdstroom
- Emck, C., Hammink, M.N. & Bosscher, R.J. (2007) *PsyMot. Psychomotorische diagnostiek en indicatiestelling voor kinderen van 6-12 jaar*. 't Web
- Fellinger, P.R.G., Maliepaard, G.A. & Tummers, H.M.L. (1999). *Psychomotorische assertiviteitsmodule. Een geprotocolleerde, individuele therapie met effectmeting*. NVPMT
- Hoekenga, P.H. (2009) *De effecten van lichaamsgerichte interventies op lichaamsbeleving, hyperarousal, vermijding en herbeleving bij mensen met PTSS*. Amsterdam: open universiteit Nederland, faculteit Psychologie
- Landsman- Dijkstra, J.A., Wijck, R. van., Groothoff, J.W., Rispens, P. (2004) *The short-term effects of a body awareness program: better self-management of health problems for individuals with chronic a-specific psychosomatic symptoms*. Patient Education and Counseling, volume 55, issue 2, p. 155-167. Elsevier
- Landsman- Dijkstra, J.A., Wijck, R. van., Groothoff, J.W. (2006) *The long-term lasting effectiveness on self-efficacy, attribution style, expression of emotions and quality of live of a body awareness program for chronic a-specific psychosomatic symptoms*. Patient Education and Counseling, volume 60, issue 1, p. 66-79. Elsevier
- Maas, L. van der. (2008) *Lichaamsbeleving bij mensen met chronische pijn. Is deze anders dan bij gezonde mensen?* Amsterdam. www.rcamsterdam.nl
- Nederhof, A. (2005) *Gestalttherapie in beeld. Een praktische inleiding*. Soest: Uitgeverij Nelissen
- Oostrom, J. (2006) *De effectiviteit van een assertiviteitstraining en een communicatietraining*. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam

Price, C.J. (2007) Scale of Body Connection (SBC)

Roeck, B.P. de. (2001) *Gras onder mijn voeten*. Haarlem: Uitgeverij de Toorts

Scheffers, M., Rekkers, M. & Bosscher, R. (2006) *Hoe meet ik lichaamsbeleving? Aanbevelingen voor psychomotorisch therapeuten*. Tijdschrift voor vaktherapie, jaargang 10, nr. 2, p. 21-30

Tamboer, J.W.I. (2004) *Filosofie van de bewegingswetenschappen*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg

Vocht, A. de (2007) *Basishandboek SPSS 15*. Utrecht: Bijleveld Press

www.cotan.nl

Bijlage

I. Scale of Body Connection (SBC, Price)

Instructie: Deze vragenlijst bevat vragen over hoe bewust u zich bent van uw lichaam en hoe u reageert op dat bewustzijn. Omcirkel het cijfer dat het best weergeeft hoe u zich over het algemeen voelt. Er zijn geen juiste antwoorden, antwoord zo eerlijk mogelijk. Twee vragen hebben betrekking op seksuele activiteit; daaronder vallen alle vormen van seksuele activiteit, dus ook zelfbevrediging. Als u op geen enkele wijze seksueel actief bent, hoeft u deze vragen niet te beantwoorden.

Uw antwoord moet betrekking hebben op de afgelopen twee maanden.

1. Als er spanning in mijn lichaam is, ben ik me bewust van deze spanning

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

2. Ik kan mijn emoties moeilijk herkennen

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

3. Ik merk dat mijn ademhaling oppervlakkig wordt wanneer ik nerveus ben

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

4. Ik ben bewust van mijn emotionele reactie wanneer iemand mij op een zorgzame manier aanraakt

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

5. Mijn lichaam voelt tijdens ongemakkelijke situaties verstijfd aan, alsof het verdoofd is

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

6. Ik merk hoe mijn lichaam verandert als ik boos ben

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

7. Ik heb het idee alsof ik van buitenaf naar mijn lichaam kijk

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

8. Tijdens seksuele activiteit ben ik me bewust van wat ik daarbij voel

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

9. Ik kan mijn adem door mijn lichaam voelen stromen als ik diep uitadem

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5



10. Ik voel me niet verbonden met mijn lichaam

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

11. Het is moeilijk voor mij om bepaalde emoties te uiten

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

12. Om te begrijpen hoe ik me voel maak ik gebruik van wat ik in mijn lichaam waarneem

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

13. Wanneer ik mij lichamelijk ongemakkelijk voel, ga ik na wat de oorzaak van het ongemak zou kunnen zijn

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

14. Ik luister naar informatie van mijn lichaam over mijn emotionele toestand

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

15. Wanneer ik gestrest ben, ben ik me bewust van deze stress in mijn lichaam

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

16. Ik leid mezelf af van gevoelens van lichamelijk ongemak

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

17. Wanneer ik gespannen ben, let ik erop waar in mijn lichaam de spanning zich bevindt

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

18. Ik merk dat mijn lichaam anders aanvoelt na een rustgevende ervaring

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

19. Ik voel me niet verbonden met mijn lichaam tijdens seksuele activiteit

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

20. Het is moeilijk voor mij om aandacht te besteden aan mijn emoties

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

II. Schaal voor Interpersoonlijk Gedrag (SIG)

- 1 Helemaal niet
2 Beetje
3 Nogal
4 Erg
5 Heel erg

Plaats een kruisje in het hokje welk antwoord het meest van toepassing is. Vul daarbij eerst de linkerkolom in (hoe gespannen?) en daarna de rechterkolom (hoe vaak?).

Hoe gespannen?

1 2 3 4 5

Hoe vaak?

1 2 3 4 5

					1 Een gesprekje beginnen met een onbekende.					
					2 Als iemand u in de rede valt hem/ haar zeggen dat u dat vervelend vindt.					
					3 Aan een groep mensen iets vertellen dat u heeft meegemaakt.					
					4 Om uitleg vragen over iets dat u niet begrepen heeft.					
					5 Een mening geven die afwijkt van de mening van de persoon met wie u spreekt.					
					6 Instemmen met een compliment over uw uiterlijk.					
					7 Een vriend(in) of goede kennis zeggen dat hij/ zij iets doet dat u hindert.					
					8 Iemand vertellen dat u hem/ haar graag mag.					
					9 Een verzoek afslaan van een gezaghebbend persoon.					
					10 Vragen of men er rekening mee wil houden dat u ergens bang voor bent.					
					11 Uw eigen mening handhaven tegenover een goede vriend die het met u oneens is.					
					12 Toegeven dat u zich vergist.					
					13 Tijdens een gesprek de ander aankijken.					
					14 Een kennis uitnodigen om samen iets te gaan doen.					
					15 Iemand zeggen dat u vindt dat hij/zij iets onredelijks t.o.v. u gedaan heeft.					
					16 Iemand vertellen dat u bijzonder op hem/ haar gesteld bent.					
					17 Een herhaaldelijk aangeboden drankje blijven afslaan.					
					18 Iemand die terecht kritiek op u heeft zeggen dat hij/zij gelijk heeft.					
					19 Instemmen met waardering over iets dat u gedaan heeft.					
					20 Ingaan op een voorstel van iemand om samen iets leuks te gaan doen.					
					21 Een gesprek beginnen met een man/ vrouw die u aantrekkelijk vindt.					
					22 Een verzoek afslaan van iemand op wie u gesteld bent.					
					23 Met iemand zijn/ haar kritiek op iets dat u gedaan heeft bespreken.					
					24 Zeggen dat u het leuk vindt als iemand u vertelt dat hij/ zij u graag mag.					
					25 Aan een kennis vragen u met een karweitje te helpen.					
					26 Tijdens een gesprek met onbekenden uw eigen mening naar voren brengen.					
					27 Meegaan doen met een gesprek van een groepje mensen.					
					28 Vragen om teruggave van geleende dingen.					
					29 Een kennis uitnodigen samen iets te gaan drinken.					
					30 Een aanbod van iemand om u te helpen aannemen.					
					31 Weigeren geld te geven aan een collecte.					
					32 Tegenover iemand met een zeer uitgesproken mening uw mening handhaven.					
					33 Iemand die iets hinderlijks doet in bv de trein, vragen daarmee op te houden.					
					34 Protesteren als iemand voordringt.					
					35 Tegen iemand, die meer van het gespreksonderwerp af weet, uw mening geven.					
					36 Iemand vragen of u hem/ haar gekwetst heeft.					
					37 Zeggen dat u het fijn vindt als iemand u vertelt dat hij/ zij bijzonder op u gesteld is.					
					38 Uw mening naar voren brengen tegenover een gezaghebbend iemand.					
					39 Weigeren van dingen die niet in orde zijn (bv in winkel of restaurant)					
					40 Iemand zeggen dat u blij bent met iets dat hij/ zij voor u gedaan heeft.					
					41 Met iemand, van wie u de indruk heeft dat hij/ zij u ontloopt, dit ter sprake brengen.					
					42 Zeggen dat het u spijt als u een fout heeft begaan.					



					43 Tegen iemand zeggen dat u erg tevreden bent over iets dat u gedaan heeft.					
					44 Uw levensovertuiging naar voren brengen.					
					45 Naar iemand toestappen om kennis met hem/ haar te maken.					
					46 Iemand vragen u de weg te wijzen.					
					47 Iemand om kritiek vragen op iets dat u gemaakt heeft.					
					48 Weigeren iets uit te lenen aan een goede bekende.					
					49 Er voor uit komen dat u van een bepaald onderwerp weinig afweet.					
					50 Er op aandringen dat iemand zijn/ haar aandeel levert in een gemeenschappelijke taak.					

III. INFORMATIEBRIEF EN TOESTEMMINGSFORMULIER voor cliënten

Titel van het onderzoek:

Door verbeterd lichaamsbesef meer lef?

Een psychomotorische interventie bij assertiviteitsproblematiek.

Doel van het onderzoek

Dit onderzoek is gericht op cliënten (volwassenen) van de polikliniek, die klachten (stress, angst, spanning) ervaren in de sociale interactie als gevolg van assertiviteitsproblematiek. Het doel van het onderzoek is om de effectiviteit van de behandeling inzichtelijk te maken en om gefundeerde uitspraken te kunnen doen over het belang van de eerste fase van deze behandeling, welke gericht is op het verbeteren van lichaamsbesef. De uitkomsten van het onderzoek zijn van belang voor het opstellen van een effectief en theoretisch gefundeerde PMT (psychomotorische therapie) methodiek, gericht op assertiviteitsproblematiek.

Opzet van het onderzoek

Er zullen twee groepen gevormd worden, waarvan er één een wachtlijstgroep vormt. Naar verwachting zullen er 6 – 8 deelnemers per groep zijn. Deze groepen worden willekeurig ingedeeld t.a.v. geslacht, leeftijd, opleidingsniveau. De eerste groep zal profiteren van de behandeling, deze groep zal groep A genoemd worden. De wachtlijst groep zal groep B genoemd worden. Groep A krijgt 10 sessies PMT aangeboden, eenmaal per week in de periode van september 2009 t/m november 2009. Er vinden drie meetmomenten plaats voor zowel groep A als B. Bij groep A voorafgaand (T0) aan de module, na sessie 4 (T1) en na sessie 10 (T2). De meetmomenten van groep B lopen hier parallel aan. De lijsten van groep A zullen ter plekke ingevuld gaan worden, groep B zal de lijsten per post gaan ontvangen. Groep B zal na deze periode van de PMT behandeling profiteren.

Eventuele voordelen van het onderzoek

Gegevens die uit de onderzoeken naar voren komen en die voor uw behandeling van belang zijn worden vanzelfsprekend met u besproken.

Eventuele nadelen van het onderzoek

Er zijn geen nadelen of risico's verbonden aan het onderzoek.

Vertrouwelijkheid van gegevens

Uw behandelend arts zal worden geïnformeerd over uw deelname aan het onderzoek. Voor deelname aan de studie zult u worden ingeschreven bij de GGZ Friesland. (Indien u nog niet al ingeschreven was) De verzamelde gegevens worden vertrouwelijk behandeld. Alleen de medewerkers die betrokken zijn bij het onderzoek zullen de gegevens gekoppeld aan naam en adres zien. In de rapportage zal uitsluitend met geanonimiseerde gegevens worden gewerkt. Ook voor wetenschappelijke publicaties worden gegevens zonder uw naam verwerkt. De medische gegevens die van belang zijn voor de studie kunnen bekeken worden door medewerkers die bij het onderzoek betrokken zijn. Daarnaast hebben de Medisch Ethische Commissie van de GGZ Friesland en de Gezondheidsinspectie de mogelijkheid om de gegevens in te zien.

Nieuw onderzoek

Het is mogelijk dat dit onderzoek nog wordt uitgebreid. Op het "Informed consent" formulier kunt u aangeven of we u opnieuw mogen benaderen om aan dit vervolg onderzoek mee te doen. Ik zal u dan uiteraard het nieuwe onderzoek uitleggen en u wordt dan gevraagd om een nieuw toestemmingsformulier te tekenen.

Stoppen met de studie

Uw deelname aan deze studie is volledig vrijwillig en u kunt zich op ieder moment uit dit onderzoek terugtrekken. Uw behandelend arts heeft het recht om, ook zonder uw toestemming, deze studie of uw deelname aan de studie op ieder moment te stoppen. Wanneer u besluit niet deel te nemen of wanneer u zich vroegtijdig terugtrekt uit het onderzoek, zal dit geen gevolgen hebben voor uw verdere behandeling bij de GGZ-Friesland.

Klachten

Hoe te handelen bij klachten?

Als u klachten heeft over het onderzoek, kunt u dit melden aan de onderzoeker.

Administratieve gang van zaken

Indien u besluit deel te nemen aan het onderzoek, verzoeken wij u bijgevoegde “verklaring tot deelname aan het onderzoek (=Informed Consent) te ondertekenen.

Uw behandelaar op de polikliniek zal op de hoogte gebracht worden van uw deelname aan deze studie.

U ontvangt een kopie van deze informatiebrief en van de door u ondertekende verklaring dat u op vrijwillige basis bereid bent deel te nemen aan deze studie.

Nadere informatie

Wanneer u nog vragen heeft over dit onderzoek kunt u zich wenden tot de onderzoeker:

Mw. W. Mosselman Psychomotorisch therapeut 0513 619150

Titel van het onderzoek:*Door verbeterd lichaamsbesef meer lef?**Een psychomotorische interventie bij assertiviteitsproblematiek.***INFORMED CONSENT**

Er is mij uitgelegd wat het doel en de opzet van deze studie zijn. Ik heb de tijd gehad om een en ander te overdenken en vragen te kunnen stellen over mijn deelname aan de studie.

Ik begrijp dat deelname aan dit onderzoek geheel vrijwillig is en dat ik op elk moment mijn toestemming in kan trekken.

Ik weet dat medische gegevens over mij, die van betekenis zijn voor dit onderzoek, gebruikt worden voor wetenschappelijke doeleinden en eventueel gepubliceerd worden. Hiermee ga ik akkoord op voorwaarde dat mijn privacy gewaarborgd wordt.

Ruimte voor opmerkingen

.....
.....

Ik geef wel / geen toestemming om de onderzoeksgegevens te gebruiken voor andere studies binnen de afdeling Psychiatrie (doorhalen wat niet van toepassing is).

Ik geef wel / geen toestemming om benaderd te worden voor een vervolgstudie.
(doorhalen wat niet van toepassing is)

Ik geef hierbij uit vrije wil toestemming om deel te nemen aan het onderzoek.

Naam deelnemer:

Handtekening:

Datum:

Ik, ondergetekende, bevestig hierbij dat deze studie zowel mondeling als schriftelijk aan bovengenoemde deelnemer is uitgelegd.

Naam onderzoeker: W. Mosselman.....

Handtekening:

Datum:

IV. Met dank aan:

- ⊕ Polikliniek GGZ Friesland, lokatie Heerenveen
- ⊕ Frederike Jorg, onderzoeker GGZ Friesland
- ⊕ Martin Steendam, psycholoog GGZ Friesland
- ⊕ Sybolt de Vries, psychiater GGZ Friesland
- ⊕ Chris van Asselt, psychomotorisch therapeut GGZ Friesland / Gestalt therapeut
- ⊕ Michiel Mulder, psychomotorisch therapeut GGZ Friesland
- ⊕ Henk Hiemstra, sociaal psychiatrisch verleegkundige GGZ Friesland
- ⊕ Marjan Sander, psychodiagnostisch medewerker GGZ Friesland
- ⊕ Herma Voet, psychodiagnostisch medewerker GGZ Friesland
- ⊕ Dienneke Jol, onderzoekscoach Master opleiding PMT
- ⊕ Aizo Spijkstra, partner