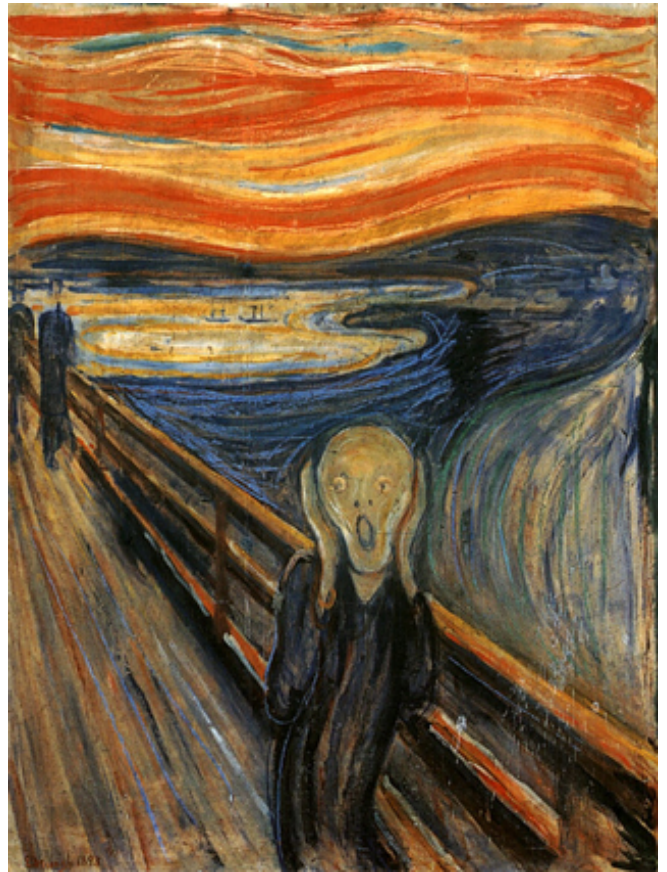


ANGST DE BAAS?!



ONDERZOEK NAAR HET EFFECT VAN ANGSTMANAGEMENTTRAINING

Door : Jantieneke kremer
Scriptiebegeleider : Sandra Verbeeten
Scriptiebeoordelaar : Carla Peeters

Voorwoord

Voor u ligt mijn afstudeeronderzoek dat ik heb uitgevoerd voor de opleiding Psychomotorische Therapie & Bewegingsagogie, te Zwolle.

Tijdens mijn eindstage bij Geestelijke Gezondheidszorg Eleos ben ik gevraagd om, samen met de psycholoog, de angstmanagementtraining aan te bieden. Deze training wordt aangeboden wanneer hier genoeg aanmeldingen voor zijn. Ik begreep dat de angstmanagementtraining al meerdere jaren aangeboden wordt maar dat er nooit onderzoek gedaan is naar het effect van deze training. Het leek mij interessant en waardevol om deze training te onderzoeken. Ik kon mijn afstudeeropdracht op mijn stageplek uitvoeren en het leek me goed om iets te mogen bijdragen aan de ontwikkeling van de angstmanagementtraining.

Ik hoop dat mijn onderzoek van toegevoegde waarde is voor de ontwikkeling van de angstmanagementtraining. Voor mij is het doen van dit onderzoek zeker van meerwaarde geweest in mijn ontwikkeling als beginnend psychomotorisch therapeut.

Bij dezen wil ik graag een aantal mensen bedanken die mij geholpen hebben bij het uitvoeren van mijn onderzoek.

Allereerst dank aan mijn stagebegeleider, psychomotorische therapeut Annemarie van Kleef en psycholoog Harm Wijnalda. Zij hebben mij de gelegenheid geboden om de angstmanagementtraining aan te bieden en te onderzoeken. Ik kon bij hen altijd terecht met de vragen die ik had en zij gaven mij de ruimte om mijn onderzoek binnen de instelling uit te voeren.

Ook wil ik graag de cliënten die hebben deelgenomen aan de angstmanagementtraining bedanken. Zonder hun medewerking had ik dit onderzoek niet kunnen uitvoeren. Ik ben hen dankbaar voor hun openheid waarmee zij de kwalitatieve en kwantitatieve vragenlijsten hebben ingevuld.

Daarnaast wil ik mijn ouders en vrienden bedanken die kritisch hebben meegedacht en meegekeken. Tot slot wil ik mijn scriptiebegeleider Sandra Verbeeten bedanken voor haar begeleiding en ondersteuning door middel van tips, feedback en ideeën.

Tevreden en trots presenteer ik u mijn afstudeeronderzoek over wat het effect is van de angstmanagementtraining op de klachten van cliënten met uiteenlopende angststoornissen binnen Geestelijke gezondheidszorg Eleos, te Zwolle.

Jantieneke Kremer
Mei 2012

Samenvatting

In dit afstudeeronderzoek wordt onderzocht wat het effect is van de angstmanagementtraining, die binnen de Geestelijke Gezondheidszorg Eleos te Zwolle wordt aangeboden aan volwassenen van de afdeling ambulante zorg.

De onderzoeksgroep bestaat uit zeven cliënten met uiteenlopende angststoornissen. De onderzoeksgroep heeft de angstmanagementtraining gevolgd in de periode januari tot en met februari 2012.

Het onderzoek is uitgevoerd naar aanleiding van de behoefte die er ontstond binnen de instelling (Eleos) om de angstmanagementtraining te onderzoeken op het effect van de aanwezige klachten van de cliënten als gevolg van hun angststoornissen. De angstmanagementtraining wordt in zeven weken aangeboden met als doel: het leren beheersen van angst.

Om de klachten van de onderzoeksgroep te meten heeft er een voor- en nameting plaatsgevonden, zodat het effect van de training kon worden afgelezen. Hiervoor is de kwalitatieve vragenlijst, de Symptom Checklist gebruikt, die de klachten op acht verschillende dimensies weer geeft. Verder is er gebruik gemaakt van een kwalitatieve vragenlijst om de training te evalueren en om te vragen naar mogelijke andere oorzaken die hebben kunnen bijdragen aan het veranderen van de klachten. De kwalitatieve vragenlijst is door de onderzoeker zelf opgesteld en is door de onderzoeksgroep na afloop van de training ingevuld.

Na afloop van de angstmanagementtraining konden de resultaten verwerkt worden. Van alle acht dimensies en van de totaalscore is de gemiddelde score van de onderzoeksgroep berekend. De antwoorden uit de kwantitatieve vragenlijst zijn samengevat.

De resultaten van de kwantitatieve vragenlijst, de SCL-90, laten zien dat de angstmanagementtraining mogelijk effect heeft gehad op de klachten van de onderzoeksgroep. De totaalscore over de SCL-90, geeft aan dat de onderzoeksgroep vooraf gemiddelde klachten scoort en na afloop van de angstmanagementtraining zijn deze klachten gedaald naar een beneden gemiddelde score. Op de dimensies angst, depressie, somatische klachten en insufficiëntie van denken en handelen zijn de klachten afgenomen. Op de dimensies agorafobie, wantrouwen en interpersoonlijke sensitiviteit en de dimensie hostiliteit is er geen verschil in klachten gemeten. Op de dimensie slaapproblemen zijn de klachten van de onderzoeksgroep toegenomen.

Uit de antwoorden van de kwalitatieve vragenlijst wordt duidelijk dat deze resultaten niet alleen zijn toe te schrijven aan de training maar dat er ook andere factoren hebben mee gespeeld in het veranderen van klachten. Factoren als steun van familie en/of vrienden, partner, medicijngebruik en geloof worden hier genoemd.

Ondanks een aantal kritische punten kan er gezegd worden dat de angstmanagementtraining, die bij Eleos wordt aangeboden, een positief effect heeft op de klachten van de onderzoeksgroep.

Inhoudsopgave

Voorwoord	Blz. 2
Samenvatting	Blz. 3
Inleiding	Blz. 5
1. Theoretisch kader	Blz. 6
1.1 Definitie van angst	Blz. 6
1.1.1 Omschrijving van de angststoornissen onder de cliënten van de angst managementtraining	Blz. 7
1.1.2. De angstklachten van de cliënten van de angstmanagementtraining	Blz. 7
1.2 Behandelvormen bij angst	Blz. 7
1.2.1 Psychologische paniekmanagement	Blz. 8
1.3 Angstmanagementtraining	Blz. 8
1.3.1 Wat is een angstmanagementtraining	Blz. 9
1.3.2 Werkwijze angstmanagementtraining algemeen	Blz. 9
1.3.3 Werkwijze angstmanagementtraining Eleos	Blz. 9
2. Methode	Blz. 11
2.1 Onderzoeksinstrument	Blz. 11
2.1.2 Wat meet de Symptom Checklist, SCL-90	Blz. 11
2.1.3 Wat meet de kwalitatieve vragenlijst	Blz. 12
2.2 Onderzoeksgroep	Blz. 12
2.2.1 Onderzoeksdesign	Blz. 12
2.4 Dataverwerkingsanalyse	Blz. 12
3. Resultaten	Blz. 13
3.1 Resultaten van de Symptom checklist	Blz. 13
3.2 Resultaten van de kwalitatieve vragenlijst	Blz. 15
4. Discussie	Blz. 18
4.1 Methode	Blz. 18
4.2 Resultaten	Blz. 19
4.3 Uitvoering van onderzoek	Blz. 19
5. Conclusie	Blz. 20
6. Aanbevelingen	Blz. 22
6.1 Aanbevelingen voor een vervolgonderzoek	Blz. 22
6.2 Aanbevelingen voor een volgende angstmanagementtraining	Blz. 22
7. Literatuurlijst	Blz. 23
8. Bijlagen	Blz. 24
Bijlage 1) Korte samenvatting inhoud angstmanagementtraining Eleos	Blz. 24
Bijlage 2) Kwantitatieve vragenlijst: Symptom checklist	Blz. 25
Bijlage 3) Beschrijving van de acht dimensies (SCL-90)	Blz. 29
Bijlage 4) Kwalitatieve vragenlijst	Blz. 31
Bijlage 5) Voorbeeld dataverwerkingsanalyse van één willekeurige cliënt	Blz. 33
Bijlage 6) Gebruikte normtabel: poliklinische psychiatrische patiënten	Blz. 36

Inleiding

Tijdens mijn eindstage bij de Geestelijke Gezondheidszorg Eleos is mij gevraagd om samen met de psycholoog de angstmanagementtraining aan te bieden.

Deze angstmanagementtraining is in 2005 ontstaan, omdat er een wachtlijst van cliënten met angstproblematiek was. Na intake kon passende hulp niet direct geboden worden. Vincent van Bruggen psycholoog en Karel Post psychomotorisch therapeut, beiden werkzaam geweest bij Eleos hebben toen een angstmanagementtraining ontwikkeld. Deze training was bedoeld om de cliënten van de wachtlijst alvast op gang te helpen zodat ze na de training verder behandeld konden worden voor hun klachten. De training is gericht op het leren omgaan met angst door eerst te leren wat angst is en hoe angst werkt en door middel van oefeningen ook te leren om de angst te beheersen.

De training wordt nog steeds aangeboden als er genoeg aanmeldingen zijn.

Bij navraag bij mijn stagebegeleider is duidelijk geworden dat er bij Eleos de behoefte bestaat om de effecten van deze angstmanagementtraining op klachten van de cliënten te onderzoeken. En dat het mooi zou zijn dat na aanleiding van het onderzoek ook aanbevelingen voor de training gedaan zouden kunnen worden.

Inmiddels wordt de training door een andere psycholoog en psychomotorische therapeut gegeven. Het leek mij boeiend en interessant om deze angstmanagementtraining eens kritisch onder de loep te nemen door onderzoek te doen naar het effect van de training op de klachten van cliënten. Daarnaast hoop ik door de resultaten van het onderzoek aanbevelingen te kunnen doen gericht op het verbeteren van de angstmanagementtraining.

Mijn onderzoeksvraag luidt:

“Wat is het effect van de **Angst Management Training** (van GGZ Eleos) op de klachten van volwassen cliënten met uiteenlopende angststoornissen?”.

1. Theoretisch kader

In dit theoretisch kader wordt kort omschreven wat angst is, wat de meest voorkomende angststoornissen zijn die bij de cliënten van de angstmanagementtraining voorkomen en welke klachten daartoe behoren. Deze klachten zijn onderverdeeld in lichamelijke, cognitieve en gedragskenmerken. Ook worden veelvoorkomende behandelvormen van angst genoemd. En wordt in dit theoretische kader uitgelegd wat de angstmanagementtraining inhoudt die wordt aangeboden bij Eleos. En wordt er uitgelegd wat psychomotorische therapie is en waarom dit een toegevoegde waarde heeft op de angstmanagementtraining. Omdat er binnen de angstmanagementtraining niet wordt ingegaan op het ontstaan van de angst bij de cliënten, is er voor gekozen om in dit theoretische kader hier niet verdiepend op in te gaan.

1.1 Definitie van angst

Volgens Nevid e.a. (2008) is angst een gegeneraliseerde toestand van vrees of voorgevoelens. Angst is een normale respons op dreigend gevaar. Ook de Jonghe (1992) suggereert dat angst een normaal en nuttig verschijnsel is. Angst is een normale reactie, het heeft een overlevingsfunctie. Er is sprake van een ingebouwd alarmsysteem dat leidt tot voorzichtigheid. Naast normale angsten zijn er ook abnormale angsten. Bij abnormale angsten is er sprake van een te scherp ingesteld alarmsysteem, aldus Hermans (2000).

Post (2005) beschrijft angst in drie processen:

1. Het angstgevoel: de lichamelijke reactie (ademhaling, spierspanning, hartkloppingen)
1. Het angstgedrag: de spanning motiveert tot bepaald gedrag, waardoor de vecht/vlucht/bevries reactie wordt gemotiveerd.
2. Het angst denken: angstbeelden en angstgedachten die door het hoofd gaan. Er ontstaat een "tunnel visie" waardoor mensen niet goed meer kunnen relativiseren.

De cliënten die deelnemen aan de angstmanagementtraining ervaren angst niet langer meer als nuttig verschijnsel maar ervaren hun angst als belemmering in hun dagelijks leven. Hun alarmsysteem is te scherp ingesteld waardoor het alarm al bij het minste of geringste afgaat.

1.1.1 Omschrijving van de angststoornissen onder de cliënten van de angstmanagementtraining

Angsten zijn te onderscheiden in verschillende angststoornissen. De DSM IV onderscheidt de volgende type angststoornissen; angststoornis, paniek stoornis, fobische stoornis, obsessieve compulsieve stoornis, gegeneraliseerde angststoornis en acute en posttraumatische stressstoornissen.

In het kader van dit onderzoek is er voor gekozen om de voorkomende angststoornissen onder de cliënten van de angstmanagementtraining nader te beschrijven. De voorkomende angststoornissen binnen de cliëntgroep zijn: de paniek stoornis met agorafobie, de obsessieve compulsieve stoornis, de gegeneraliseerde angststoornis en de sociale fobie.

Vijf van de zeven cliënten zijn gediagnosticeerd met een paniekstoornis met agorafobie. Het centrale kenmerk van de paniekstoornis is de paniekaanval, een afzonderlijke periode van intense angst of spanning, die vaak onverwachts optreedt (Emmelkamp e.a. 2009). En waarbij de betrokkene zich voortdurend zorgen maakt (Nedvid e.a. 2008).

Eén cliënt heeft de diagnose obsessieve compulsieve stoornis. Deze stoornis wordt ook vaak aangeduid als dwangstoornis. Obsessies staan voor dwanggedachten en compulsies voor dwanghandelingen (Emmelkamp e.a. 2009).

Een andere cliënt heeft de diagnose gegeneraliseerde angststoornis. Deze stoornis wordt door Nedvid (2008) omschreven als een continue buitensporige angst en bezorgdheid die niet samenhangt met een specifiek object, situatie of activiteit. Van Emmelkamp e.a. (2009) zegt hierover dat centraal staan het piekeren en zich zorgen maken over dingen die zouden kunnen gebeuren, samen met een verhoogde arousal (op scherp staan).

Angst gaat vaak gepaard met een comorbiditeit, ook wel een dubbele diagnose genoemd.

Bij twee cliënten is sprake van een comorbiditeit. Naast de gegeneraliseerde angststoornis heeft een van de cliënten ook een sociale fobie. Welke omschreven wordt als significante angst die samenhangt met blootstelling aan sociale situaties of situaties waarin de betrokkene moet presteren (Nedvid 2008). En een van de cliënten heeft naast een paniek stoornis ook een depressieve stoornis. Een depressie is een sombere stemming, waarin men belangstelling en plezier verliest in vrijwel alle activiteiten gedurende een periode van minstens twee weken (Zindel e.a. 2006)

1.1.2 De angstklachten van de cliënten van de angstmanagementtraining

Cliënten met angststoornissen hebben last van allerlei angstsymptomen (Hattum, 2007). De cliënten zijn ondanks hun uiteenlopende angststoornissen toch samen in een groep geplaatst. Omdat de cliënten dezelfde lichamelijke-, gedrags- en cognitieve symptomen kunnen ervaren. De mate waarin de symptomen zich voordoen verschillen per cliënt. Bij de ene angststoornis kan meer sprake zijn van lichamelijke symptomen bijvoorbeeld bij de paniekstoornis en bij een andere angststoornis kunnen meer cognitieve symptomen aanwezig zijn bijvoorbeeld bij de obsessieve compulsieve stoornis. De lichamelijke-, gedrags- en cognitieve symptomen die voorkomen bij de cliëntgroep, worden in de tabel weergegeven.

Lichamelijke symptomen	Gedrags symptomen
Nervositeit	Vermijdend gedrag
Trillen of beven van handen of ledematen	Vastklampen/afhankelijk gedrag
Gevoel van een strakke band rond hoofd	Geagiteerd gedrag
Spierspanning	Moeilijk concentreren
Gevoel van ademnood of verstikking	Onrustig
Benauwd gevoel op maag of borst	Cognitieve symptomen
Zware transpiratie	Zich ergens zorgen over maken
Bezwete handpalmen	Zeurend gevoel van onrust of vrees
Licht gevoel in het hoofd	Preoccupatie met lichamelijke sensaties
Droge mond of keel	Zeer bewust van lichamelijke sensaties
Moeite met praten	Angst voor controle verlies
De realisatie of depersonalisatie	Angst om dood te gaan
Moeite met ademen	Bedreigd voelen door mensen of situaties
Bonkende of hele snelle hartslag	Angst dat men eigen problemen niet aankan
Moeite met slikken	Denken dat dingen uit de hand lopen
Stijve nek of rug	Eigen gedachten komen verward en onsamenvattend over
Maagklachten en misselijkheid	Denken dat men drukke plekken moet vermijden uit angst voor flauwvallen
Diarree	Angst dat men in de steek gelaten wordt

(Nedvid e.a., 2008)

1.2 Behandelvormen bij angststoornissen

Volgens de multidisciplinaire richtlijnen voor angststoornissen zijn de hier onder genoemde behandelvormen mogelijk bij angststoornissen. Het psychologische paniekmanagement wordt hieronder verder beschreven, omdat de angstmanagementtraining deels gebaseerd is op het psychologische paniekmanagement.

- Cognitieve gedragstherapie
- Exposure in vivo
- Sociale weerbaarheidstraining
- Psychologische paniek managementtraining
- Taakconcentratie training
- Behavioural stressmanagement
- Farmco therapie

- Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR)

1.2.1 Psychologische paniekmanagement

Het hierboven genoemde psychologisch paniekmanagement is een verzamelnaam voor behandelvormen. In deze behandelvormen vindt een geruystellende herinterpretatie plaats van panieksensaties, worden coping vaardigheden aangeleerd en wordt iemand blootgesteld aan panieksensaties (van't Land & de Ruiter, 2005). De behandelvormen verschillen in de wijze waarop ze dit doen en in de nadruk die elk van de elementen krijgt. De meest onderzochte vormen zijn Cognitive Therapy Package, Panic Control Treatment en Applied Relaxation. Bij paniekstoornis, al dan niet met agorafobie, is de paniekmanagementtraining de aangewezen psychologische interventie wanneer angst voor paniek en het regelmatig voorkomen van paniek het klinische beeld in belangrijke mate bepalen (van der Velde, 2003).

De behandelvorm bij Eleos wordt de angstmanagementtraining genoemd en lijkt op een behandelvorm van het psychologische paniekmanagement. Het merendeel van de cliënten heeft de diagnose paniekstoornis maar omdat er ook een aantal cliënten zijn met andere angststoornissen of een comorbiditeit, is de overkoepelende naam angstmanagement aan de training gegeven. Deze training en de werkwijze hiervan wordt in hoofdstuk 1.3 verder uitgewerkt en beschreven.

1.3 Angstmanagement training

Er lijkt weinig geschreven te zijn over angstmanagementtrainingen waardoor het niet gelukt is om in dit theoretische kader de angstmanagementtraining vanuit meerder theoretische bronnen te onderbouwen en/of bevestigen. Drs. Hermans, psycholoogpsychotherapeut heeft een angstmanagementtraining ontwikkeld en hierover een boek geschreven; *Op eigen kracht je angst inperken*. Hij heeft zijn methode ontleend aan de werkwijze van dr. Albert Ellis en dr. Aron Beck, grondleggers van de cognitieve gedragstherapie. In dit hoofdstuk wordt zijn angstmanagement training beschreven en worden de werkwijze van zijn angstmanagementtraining en die van Eleos beschreven.

1.3.1 Wat is een angstmanagement training?

Bij de angstmanagementtraining ligt de nadruk op een actieve aanpak van de angstklachten, door middel van psycho educatie en gedragsoefeningen (Hermans, 2002). De angstmanagementtraining heeft als uitgangspunten: klachtgerichtheid, klachthantering, cognitieve gedragstherapie en zelfmanagement (Hermans, 2002).

Klachtgerichtheid wil zeggen dat de training gericht is op de beïnvloeding van de angstklacht zelf. En klachthantering gaat over hoe men met de klachten omgaat. Door toepassing van angstmanagementtraining kun je hinderlijke angstklachten beter onder controle krijgen (Hermans, 2002). Bij de angstmanagementtraining maakt men gebruik van inzichten en methoden uit de cognitieve gedragstherapie. Cognitieve gedragstherapie heeft als uitgangspunt dat angsten wel een erfelijke basis kunnen hebben maar dat ze worden versterkt en in stand gehouden door de wijze waarop mensen denken en doen (Hermans, 2002). Cognitieve gedragstherapie pakt het gedrag en de negatieve gedachten aan die de problemen in stand houden. Cognitieve gedragstherapie is onder meer effectief bij angsten, depressie, verslaving en eetstoornissen (Bogels, 1999). Een belangrijk uitgangspunt van de angstmanagementtraining is zelfmanagement. Daarmee wordt bedoeld dat je zelf de belangrijkste persoon bent als het gaat om het beheersen van je angst.

1.3.2 Werkwijze angstmanagementtraining algemeen

Tijdens de angstmanagementtraining leert men in vier stappen om te gaan met angsten en leert men de daarbij behorende klachten beter onder controle te krijgen.

Stap één is het verstandelijk inzicht in je angst krijgen. Angst wordt als een gewoontereactie gezien en men leert om onderscheid te maken tussen activerende gebeurtenis, gedachten, gevoel, gedrag en gevolg. Bij stap twee ligt de focus op bijsturing. Men stelt vast hoe je wilt denken, voelen en handelen, door alternatieve rationele gedachten te formuleren. Vervolgens wordt er geoefend in stap drie met de alternatieve rationele gedachten, de nieuwe reactie wordt eigen gemaakt door geregeld

de confrontatie aan te gaan. In de laatste stap van de training voelt de nieuwe reactie vertrouwd aan. De angst reactie is onder controle, angstgedachten hebben plaats gemaakt voor rationele gedachten. Angstgevoelens zijn veranderd in alertheid, betrokkenheid of kalmte. Het vlucht- en vermijdingsgedrag maken plaats voor actieve confrontatie (Hermans, 2002)

Bij de angstmanagementtraining wordt gebruik gemaakt van een angstanalyse schema, ontspanningsoefeningen, imaginatieoefeningen en realiteitsoefeningen. Een angstanalyse schema wordt gebruikt om de angst duidelijk in beeld te brengen en uit te werken. Ontspanningsoefeningen worden gedaan om de angstklachten gunstig te beïnvloeden. Imaginatieoefeningen zijn bedoeld om de aandacht te verleggen. De realiteitsoefeningen leren om in de realiteit te blijven (Hattum & Hutschenmaekers).

1.3.3 Werkwijze angstmanagementtraining binnen Eleos

De angstmanagementtraining bij Eleos¹ is gebaseerd op de genoemde paniekmanagementtraining in hoofdstuk 1.3.1 en op de hierboven beschreven angstmanagement training van dr. Henk Hermans. Het heeft de naam angstmanagementtraining gekregen omdat de training bestemd is voor cliënten met uiteenlopende angststoornissen en niet alleen voor cliënten met een paniekstoornis.

Het verschil met een angstmanagementtraining zoals beschreven in de literatuur is dat er bij Eleos de expertise van de psychomotorische therapeut is toegevoegd. Omdat binnen de instelling Eleos het belang van psychomotorische therapie erkend is.

Voordat de werkwijze van de angstmanagementtraining binnen Eleos verder wordt beschreven, volgt hier eerst een korte beschrijving van wat psychomotorische therapie is.

‘Psychomotorische therapie (PMT) is een behandelvorm voor mensen met psychische problematiek, waarbij op methodische wijze gebruik gemaakt wordt van interventies gericht op de lichaamsbeleving in het bewegingsgedrag’ (NVPMT, 2009).

Psychomotorische therapie is vooral een experimentele therapievorm, waarin het ervaren en oefenen centraal staat (Emck en Bosscher, 2004).

Een belangrijk aspect van psychomotorische therapie is het doelgericht ontwerpen, arrangeren en manipuleren van bewegingssituaties in een therapeutische context (Emck en Boscher, 2004).

Een psychomotorisch therapeut zorgt ervoor dat een cliënt kan oefenen en ervaren door bewegingssituaties op maat aan te bieden. Daardoor kan de cliënt gaan proberen om betekenis te verlenen aan zijn of haar gedachten, gevoelens en gedrag op dat moment. Door betekenis te verlenen aan die ervaring ontstaat er een basis voor het beïnvloeden van (ander) gedrag, gedachten en gevoelens.

Binnen de psychomotorische therapie staat het bewegen van het lichaam centraal. Verschuur (2007) zegt hierover: ‘De ervaringen die iemand heeft opgedaan nemen een beleving met zich mee. Deze belevingen betreffen emoties en hebben een lichamelijk component’.

De psychomotorische therapeut binnen de angstmanagementtraining richt zich op deze emoties en op de lichamelijke component. Tijdens de angstmanagementtraining gaat de psychomotorische therapeut voornamelijk in op het leren omgaan en leren inzien van eigen gedrag, dat door de cliënten wordt geïnterpreteerd als hinderlijk. Vanuit de drie psychomotorische behandelstrategieën: de oefen-, ervaring- en ontdekkingsgerichte strategie, geeft de therapeut de cliënt de mogelijkheid om lichaam en lichaamssignalen te verkennen, herkennen en erkennen.

Het onderstaande voorbeeld geeft weer hoe door de psychomotorische therapeut ervaringsgericht gewerkt kan worden en daarbij een koppeling gemaakt kan worden naar de angstklachten in het dagelijks leven.

De cliënten krijgen een lichaam belastende oefening opgedragen door de psychomotorische therapeut. Het is de bedoeling dat ze drie minuten lang touwtje gaan springen. Tijdens het nabespreken van de oefening geeft een van de cliënten aan dat hij verandering in zijn lichaam heeft

¹ Bijlage 1: korte inhoud van de angstmanagementtraining Eleos

opgemerkt, zijn hart gaat erg tekeer en zijn ademhaling wordt steeds sneller. Hij herkent de lichaamssignalen vanuit eerdere paniekaanvallen. Nu merkt hij dat wanneer hij rustig blijft deze lichaamssignalen vanzelf afnemen en daaruit maakt hij op dat zijn lichaam meer aan kan dan hij zelf denkt.

Vanuit de oefengerichte strategie worden vooral ontspanningsoefeningen aangeboden, zoals progressieve relaxatie. De cliënten leren het verschil tussen een gespannen en een ontspannen lichaam en een tweede stap is om de oefening toe te passen en te gebruiken in het dagelijks leven.

De ontdekkingsgerichte strategie is gericht op het inzicht krijgen in het eigen angstproces. Door bijvoorbeeld gebruik te maken van hoepels wordt het angstproces onderverdeeld in gedrag, gevoel en denken. De cliënt gaat zijn angst ontleden door bij zichzelf na te gaan welke van de drie de meeste invloed heeft op zijn angst. Door deze oefeningen wordt het proces voor de cliënt duidelijker vervolgens kan de cliënt op zoek gaan naar mogelijkheden om zijn angst te beheersen.

2. Methode

Dit onderzoek is een evaluerend onderzoek waarin wordt onderzocht wat het effect is van de angstmanagementtraining op klachten van cliënten met uiteenlopende angststoornissen. In dit hoofdstuk wordt uitgelegd hoe de angstmanagementtraining binnen Eleos onderzocht is, welke onderzoeksinstrumenten er zijn gebruikt en op welke manier de resultaten zijn verwerkt.

2.1 Onderzoeksinstrument

Om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden is er gezocht naar een geschikt meetinstrument om de klachten van de onderzoeksgroep te kunnen meten. Hiervoor zijn de volgende meetinstrumenten bekeken en kritisch onder de loep genomen:

De Agoraphobic Cognitions Questionnaire (ASQ), de Mood and anxiety symptom questionnaire (MASQ) en de Symptom Checklist (de SCL-90). De ASQ en de MASQ zijn vragenlijsten die voornamelijk gericht zijn op paniekaanvallen en zijn daarom bij nader inzien niet geschikt voor dit onderzoek. Er is overwogen om de klachten door middel van een zelfgemaakte vragenlijst te meten.

Tijdens het opstellen van deze vragenlijst bleek het toch niet mogelijk om de klachten van de onderzoeksgroep duidelijk in beeld te krijgen. Ook speelde mee dat het gebruik van een zelf ontworpen vragenlijst minder valide en minder betrouwbaar is.

Uiteindelijk is er gekozen om te werken met de Symptom Checklist² (de SCL-90), een multidimensionale klachtenlijst, door J.H.M. Ettema & W.A. Arrindell. De SCL-90 is een meetinstrument die lichamelijke en psychische klachten meet om psychopathologie in kaart te brengen. De SCL-90 is een betrouwbaar en valide meetinstrument (NIP, 2010). Er is gekozen voor deze klachtenlijst omdat deze lijst de klachten van de cliënt op acht verschillende dimensies meet en een totaalscore geeft van het algemeen welbevinden van de cliënt. Waarmee dus voorafgaand aan de training en na afloop van de training de klachten gemeten kunnen worden. Omdat de acht verschillende dimensies ondermeer angst meten maar ook andere klachten die vaak gepaard gaan met angst, is deze vragenlijst daarmee het meest geschikt om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden. Tot slot is er toch nog besloten om een kwalitatieve vragenlijst aan de hand van zelfrapportage op te stellen. Omdat het gebruik van de SCL-90 alleen niet voldoende bleek te zijn en om de angstmanagementtraining door middel van de kwalitatieve vragenlijst te kunnen evalueren.

2.1.1 Wat meet de Symptom Checklist

De Symptom Checklist (SCL-90) is een multidimensionale klachtenlijst, die gebaseerd is op zelfbeoordeling door de onderzochte. De vragenlijst bestaat uit 90 omschrijvingen van klachten waarbij de cliënt moet aangeven in welke mate hij/zij daar de afgelopen tijd last van heeft gehad. Deze vragenlijst bestrijkt een groot deel van de klachten die bij cliënten met angstproblematiek kunnen worden aangetroffen. De SCL-90 is geschikt als meetmethode bij de evaluatie van training- en behandelingsresultaten.

De vragenlijst meet de klachten van de onderzochte op de volgende acht dimensies³; angst, agorafobie, depressie, somatische klachten, wantrouwen en inter-persoonlijke sensitiviteit, insufficiënte van denken en handelen, slaapproblemen en hostiliteit.

De normgroepen waarmee de scores worden vergeleken zijn poliklinische psychiatrische patiënten, gewone bevolking, cliënten uit eerstelijns psychologen praktijken, patiënten uit huisartsenpraktijken, klinische verslaafden en patiënten die ambulant in behandeling zijn voor chronische benige pijn. (zie bijlage). In dit onderzoek is de normgroep poliklinische psychiatrische patiënten gebruikt. Omdat de onderzoeksgroep bestaat uit cliënten die allemaal zijn gediagnosticeerd met een angststoornis.

2.1.2 Wat meet de kwalitatieve vragenlijst

De kwalitatieve vragenlijst⁴ is door de onderzoeker zelf opgesteld in het kader van dit onderzoek. De vragenlijst is opgesteld en afgenomen om te onderzoeken welke eventuele andere oorzaken hebben

² Bijlage 2: SCL-90

³ Bijlage 3: Beschrijving acht dimensies

⁴ Bijlage 4: Kwalitatieve vragenlijst

kunnen bijdragen aan het veranderen van de klachten van de cliënt. Omdat er in dit onderzoek niet vanuit wordt gegaan dat de eventuele verandering aan klachten alleen te wijten is geweest aan de angstmanagementtraining. Daarnaast is de vragenlijst bedoeld om de angstmanagementtraining te evalueren en is er ruimte voor de cliënten opmerkingen of vragen te plaatsen. De vragenlijst bestaat uit twaalf open vragen en er is ruimte overgelaten voor opmerkingen.

2.2 Onderzoeksgroep

De onderzoeksgroep bestaat uit zeven cliënten, drie mannen en vier vrouwen in de leeftijd van tweeëntwintig tot tweeënveertig jaar met uiteenlopende angststoornissen⁵. Voor vier van de zeven cliënten is deze training het begin van hun behandeling. Drie cliënten worden naast de training ook al behandeld. Eén in een één daagse schemagroep en twee cliënten zijn tijdens de training in individuele behandeling bij een psycholoog voor hun angstklachten. Daarnaast gebruiken vier van de zeven cliënten medicatie tegen vermindering van klachten, dit kan ook gezien worden als vorm van behandeling.

2.2.1 Onderzoeksdesign

Het onderzoek heeft vorm gekregen binnen de instelling van GGZ Eleos. Er is in zeven weken tijd een angstmanagement training aangeboden. De training is zes keer wekelijks aangeboden en duurde per training vijf kwartier. Deze training wordt aangeboden door Harm Wijnalda en Jantieneke Kremer. Beiden zijn werkzaam binnen de ambulante zorg voor volwassenen. Harm Wijnalda sinds 2007 als gezondheidszorg psycholoog en Jantieneke Kremer sinds 2011 als psychomotorische therapeut in opleiding.

Voorafgaand aan het onderzoek heeft de onderzoeksgroep de SCL-90 thuis gestuurd gekregen en ingevuld. Tijdens de eerste bijeenkomst hebben zij deze ingeleverd. Na afloop van de training heeft de onderzoeksgroep opnieuw de SCL-90 vragenlijst mee naar huis gekregen om in te vullen. Ook kregen zij de kwalitatieve vragenlijst mee, voor beide vragenlijsten kregen zij een week de tijd om deze in te vullen en terug te sturen. Er is gekozen om de vragenlijsten door de onderzoeksgroep thuis te laten invullen, zodat ze voldoende tijd hadden.

2.3. Data verwerkinganalyse

Zes van de zeven cliënten hebben de klachtenlijst en de vragenlijst voorafgaand in januari 2012 en na afloop van de training februari 2012 ingevuld en ingeleverd. Deze gegevens konden vervolgens worden geanalyseerd. De klachtenlijsten zijn digitaal verwerkt in een speciaal daarvoor bestemd programma⁶. De scores van de cliënten zijn bij elkaar opgeteld en er is per dimensie een gemiddelde score gemeten vooraf en achteraf. Deze scores worden in hoofdstuk 3.1 verder uitgewerkt.

De ingevulde kwalitatieve vragenlijsten zijn samengevat tot een overzichtelijk document met de vragen en bijbehorende antwoorden. In hoofdstuk 3.2 volgt de uitwerking van deze resultaten.

⁵ Zie hoofdstuk 1.1.1 voor de omschrijving van de angststoornissen

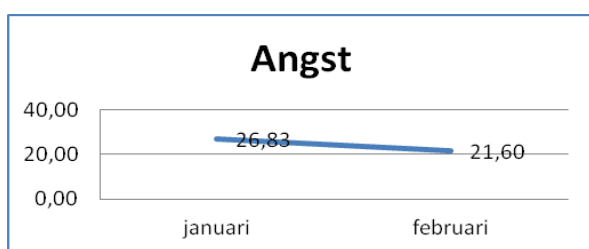
⁶ Bijlage 5: Voorbeeld dataverwerkingsanalyse van één willekeurige cliënt

3. Resultaten

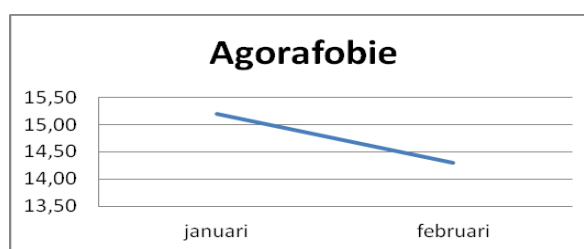
In dit hoofdstuk worden eerst de resultaten van de kwantitatieve vragenlijst, de SCL-90 weergegeven. Daaronder volgen de resultaten van de kwalitatieve vragenlijst.

3.1 Resultaten klachtenlijsten

Hieronder worden de resultaten van de acht dimensies en de totaalscore van de SCL-90 in grafieken weergegeven. Het eerste getal in de grafiek geeft de voormeting in januari 2012 aan het tweede getal de nameting in februari 2012. In de normtabel voor de poliklinische psychiatrische patiënten⁷ die gebruikt is bij het verwerken van de resultaten is de ruwe score als volgt aangegeven; zeer laag, laag, beneden gemiddeld, gemiddeld, boven gemiddeld, hoog, zeer hoog. Per dimensie wordt beschreven wat de resultaten zijn en wat deze resultaten zeggen over de mate van de klachten.



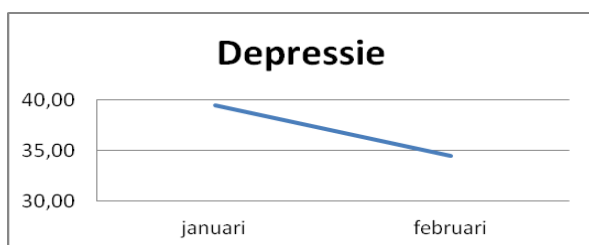
Grafiek 3.1: voor- en nameting dimensie angst



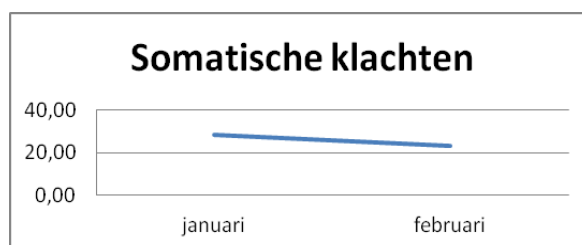
Grafiek 3.2; voor- en nameting dimensie agorafobie

In grafiek 3.1 is de score van de dimensie angst te zien. De 0 geeft aan dat de angstklachten zeer laag zijn of dat er geen sprake is van angstklachten, een score van 40 of hoger geeft aan dat de angstklachten zeer hoog zijn. De onderzoeksgroep scoort hiertussen, in de voormeting is 26,83 gemeten. Dit geeft volgens de gebruikte normtabel aan dat de onderzoeksgroep een gemiddelde score van angstklachten ervaart. De onderzoeksgroep scoort in de nameting 21,60 wat een beneden gemiddelde score van angstklachten inhoudt. De score is met 5,23 gedaald, dit betekent dat de klachten van de onderzoeksgroep van gemiddeld naar beneden gemiddeld zijn gedaald op de dimensie angst.

In grafiek 3.2 wordt de score van de dimensie agorafobie weergegeven. De normtabel geeft aan dat een score onder de 7 zeer laag is en een score boven de 29 een zeer hoge score van klachten op agorafobie aangeeft. Bij de onderzoeksgroep wordt vooraf een score van 15,20 gemeten, deze score geeft aan dat de onderzoeksgroep gemiddelde klachten scoort op agorafobie. Achteraf wordt er 14,30 gemeten daarmee blijft de onderzoeksgroep gemiddelde klachten scoren op agorafobie en is er maar een kleine verschuiving te zien tussen de voor- en nameting.



Grafiek 3.3; voor- en nameting dimensie depressie

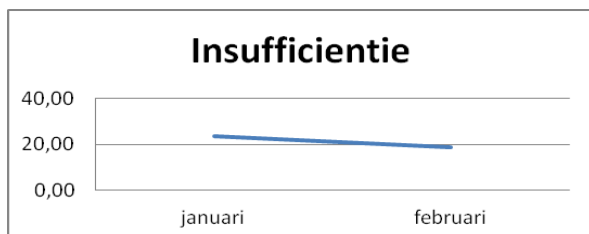


Grafiek 3.4; voor- en nameting dimensie somatische klacht.

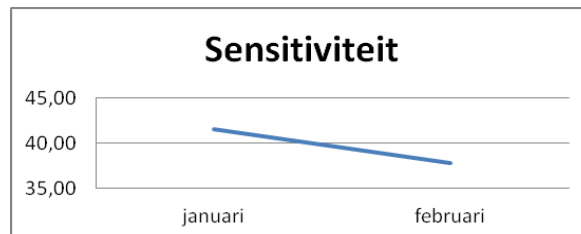
Grafiek 3.3 geeft de dimensie depressie weer. Een score onder de 19 geeft een zeer lage mate van depressieve klachten aan, een score boven de 67 geeft een zeer hoge mate van depressieve klachten weer. De onderzoeksgroep scoort op deze dimensie hier tussenin. Met vooraf een score 39,50 die aangeeft dat de depressieve klachten gemiddeld zijn en in de nameting een score van 34,50 die aangeeft dat de depressieve klachten gedaald zijn naar beneden gemiddeld.

⁷ Bijlage 6: normtabel poliklinische psychiatrische patiënten

De resultaten van de somatische klachten worden weergegeven in grafiek 3.4. Een score onder de 12 geeft aan dat de somatische klachten zeer laag zijn en een score boven de 45 geeft aan dat de somatische klachten zeer hoog zijn. De onderzoeksgroep scoort in de voormeting 28,50 deze score houdt in dat de somatische klachten gemiddeld zijn. In de nameting scoort de onderzoeksgroep 23,00 wat volgens de normtabel aangeeft dat de somatische klachten beneden gemiddeld zijn. Met een verschil van 5,50 zijn de somatische klachten van de onderzoeksgroep gedaald van gemiddeld naar beneden gemiddeld.



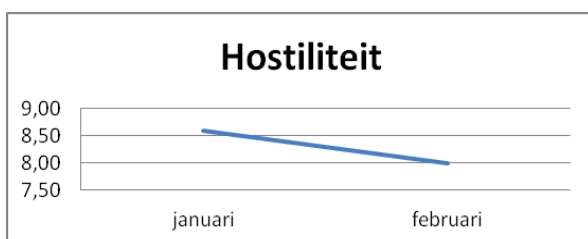
Grafiek 3.5; voor- en nameting dimensie insufficiëntie van denken en handelen



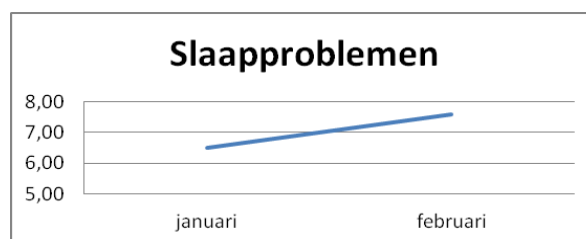
Grafiek 3.6; voor- en nameting dimensie wantrouwen en inter-persoonlijke sensitiviteit

De grafiek hierboven, grafiek 3.5 laat de voor- en nameting zien van de dimensie insufficiëntie van denken en handelen. Scores onder de 9 geven volgens de normtabel een zeer lage aanwezigheid weer van klachten op deze dimensie. Scores boven de 36 geven een zeer hoge aanwezigheid weer van klachten op deze dimensie. Uit de scores van de onderzoeksgroep blijkt dat zij hier tussenin scoren. In de voormeting wordt 23,60 gescoord, volgens de normtabel is dit een gemiddelde score. Achteraf is een score te zien van 18,60 op deze dimensie, die aangeeft dat de mate van klachten gedaald is van gemiddeld naar beneden gemiddeld.

In grafiek 3.6 zijn de resultaten te zien van de voor- en nameting van de dimensie wantrouwen en inter-persoonlijke sensitiviteit. Scores onder de 19 worden volgens de normtabel als zeer lage aanwezigheid van klachten toegeschreven en scores boven de 67 als zeer hoge aanwezigheid van klachten. De onderzoeksgroep scoort vooraf 41,50 deze score geeft volgens de normtabel aan dat de klachten op deze dimensie gemiddeld zijn. In de nameting scoort de onderzoeksgroep 37,80 volgens de normtabel valt deze score ook nog binnen de categorie gemiddelde klachten. Dit wil zeggen dat de klachten op deze dimensie gelijk zijn gebleven.



Grafiek 3.7; voor- en nameting dimensie hostiliteit

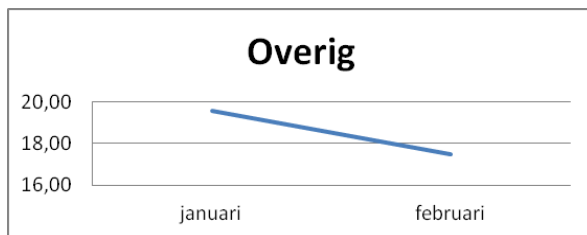


Grafiek 3.8; voor- en nameting dimensie slaapproblemen

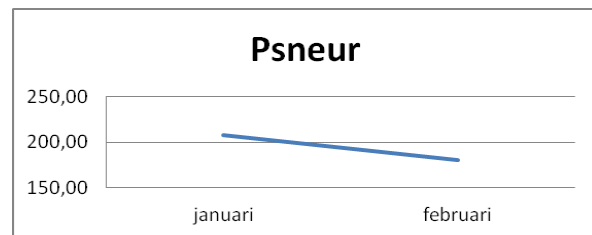
Bovenstaande grafiek; 3.7 geeft de voor- en nameting weer van de dimensie hostiliteit. Scores onder de 6 geven volgens de normtabel een zeer lage aanwezigheid van de klachten weer. Een score boven de 22 geeft een zeer hoge aanwezigheid van de klachten weer. De onderzoeksgroep scoort hier tussenin. Met een vooraf score van 8,60 en een score achteraf van 8,00. Deze scores vallen allebei binnen de categorie beneden gemiddeld. Dit wil zeggen dat de klachten op deze dimensie gelijk zijn gebleven.

De dimensie slaapproblemen wordt weergegeven in grafiek 3.8. Een score onder de 3 geeft aan dat de onderzoeksgroep zeer lage klachten rapporteert op deze dimensie. Scores boven de 15 geven aan dat klachten zeer hoog zijn op de dimensie slaapproblemen. De onderzoeksgroep scoort op deze dimensie opvallend. Vooraf wordt een score van 6,50 gemeten, dit houdt in dat de klachten beneden

gemiddeld zijn. Uit de nameting komt een score van 7,60 naar voren, de onderzoeksgroep scoort gemiddeld op deze dimensie, dit houdt in dat de klachten zijn toegenomen.



Grafiek 3.9; voor- en nameting dimensie overig



Grafiek 3.10; voor- en nameting dimensie Psneur

In grafiek 3.9 zijn de overige klachten ondergebracht. Deze dimensie is niet opgenomen in de gebruikte normtabel maar draagt wel bij aan de totaalscore. Uit de grafiek is af te lezen dat de klachten op deze dimensie gedaald zijn van 19,60 naar 17,50.

De totaalscore van de SCL-90 wordt weergegeven in grafiek 3.10 en wordt beschreven als psycho neuroticisme. Volgens de normtabel geven scores tussen de 90 en 112 een zeer lage aanwezigheid van de klachten weer en een score boven de 315 een zeer hoge aanwezigheid van de klachten weer. De onderzoeksgroep scoort in de voormeting 208 op deze dimensie. Dit houdt in dat de klachten van de onderzoeksgroep gemiddeld zijn. Achteraf scoort de onderzoeksgroep 180 op deze dimensie. Deze score geeft aan dat de klachten beneden gemiddeld zijn en dat de klachten op de totaalscore zijn gedaald.

3.2 Beschrijving van de uitwerking van de kwalitatieve vragenlijst

Hieronder volgt een samenvatting van de antwoorden uit de kwalitatieve vragenlijst die afgenomen is na de training. De antwoorden zijn onderverdeeld in de volgende categorieën: verwachtingen, vermindering van klachten en mogelijke oorzaken van vermindering van de klachten, inhoud van de training, samenstelling en samenwerking, behandeling en vervolgbehandeling en overige opmerkingen. De stukjes *'tussen aanhalingstekens en schuin gedrukt'* zijn de letterlijke weergaven van wat door een of meer cliënten is geschreven.

3.2.1 Verwachtingen

De verwachtingen van de cliënten zijn allemaal erg verschillend geweest. Een cliënt schrijft geen verwachtingen te hebben. Een andere cliënt schrijft 'beter om te kunnen gaan met stress'. Drie cliënten willen 'meer grip op angst' en 'minder last van angst' door informatie, tips en handvatten. De cliënten geven aan dat de training wat hun betreft wat langer had mogen duren. 'Er werden handvatten aangereikt waar je echt wat mee kan'. Voor het merendeel van de cliënten is de angst veel duidelijker in beeld gekomen.

3.2.2 Vermindering van klachten door de training en mogelijke andere oorzaken van vermindering van de klachten

De cliënten geven aan dat zij in ieder geval bewuster zijn geworden van spanningen in hun lichaam. De cliënten vinden het nog wel lastig om lichamelijke symptomen niet als oorzaak van angst maar als gevolg te zien. Een duidelijk antwoord op verminderingen van klachten omschrijft een cliënt als; 'Ik durf nu weer auto te rijden en naar openbare gelegenheden te gaan omdat ik nu beter met mijn angst en paniekaanvallen kan omgaan'. Er worden door de cliënten verschillende mogelijke oorzaken genoemd. Bijvoorbeeld het gebruik van medicijnen, motivatie, geloofsvertrouwen, meer openheid over angst, rust in omgeving en meer structuur kunnen ook oorzaken zijn waardoor de klachten zijn verminderd.

3.2.3 Inhoud van de training⁸

De cliënten hebben van de minilezingen geleerd dat angstgedachten vaak irreal zijn en hoe je deze gedachten onder controle kunt krijgen, kunt beheersen en inperken. En de cliënten hebben ook geleerd hoe angst in elkaar zit, dat angst te onderscheiden is in drie processen en hoe het lichaam hierop kan reageren.

Van de praktische- en lichaamsgerichte oefeningen, door middel van psychomotorische therapie, geven de cliënten aan geleerd te hebben dat je lichaam veel kan hebben en dat je op je lichaam kunt vertrouwen. De ontspanningsoefeningen hebben bijgedragen aan het meer bewust worden van het eigen lichaam. Ook zijn er cliënten die aangeven niet veel te hebben gehad aan deze oefeningen, 'ik had er geen last van'.

Het merendeel van de cliënten heeft het huiswerk gemaakt en gemiddeld kostte hen dit een kwartier tot een half uur per dag. Een aantal van de cliënten is het niet gelukt om het huiswerk te maken.

Als reden geven zij aan: drukke agenda, persoonlijke omstandigheden, geen prioriteit er aan geven of het belang er niet van inzien. De cliënten zijn over het algemeen tevreden over de opbouw van de training. 'Goede afwisseling tussen theorie en praktijk'. Meer cliënten gaven aan dat de training van vrij korte duur was en het daardoor soms snel ging. Zij hadden het liever wat uitgebreider gehad. 'Gestructureerd, maar wel vrij kort vooral het aantal bijeenkomsten'. Ook gaf een van de cliënten aan dat het wat hem betreft wel wat persoonlijker had gemogen.

Er is een verdeling te zien tussen cliënten die meer hebben gehad aan het praktijk gedeelte en een aantal, dat meer heeft gehad aan de theorie. 'Het meest aan de ontspanningsoefeningen'. 'Het meest aan de minilezingen over angst, oefeningen minder'.

Ook noemt een cliënt het als belangrijk ervaren te hebben dat er aan het begin en aan het eind van de training uit de Bijbel gelezen werd. Daarnaast geeft een aantal cliënten aan geleerd te hebben van het delen van ervaringen.

3.2.4 Samenstelling en samenwerking

De cliënten geven aan het prettig te hebben gevonden dat de problematiek gedeeld werd. 'Er was veel herkenning', 'je voelt je begrepen'. Het werken in een groep was voor een aantal cliënten ook heel spannend, 'ik voelde me kwetsbaar wanneer ik iets deelde in de groep'. Een cliënt kwam er achter dat het werken in een groep haar grootste angst is, waardoor zij de training niet heeft af kunnen maken.

Op de vraag hoe de samenwerking tussen de trainers was antwoorden alle cliënten erg positief, goed en prima! Er was sprake van een goede taakverdeling, 'rollen en taken waren goed verdeeld'. 'Hele aardige mensen', 'jullie brachten het prettig over'.

3.2.5 Behandeling en vervolgbehandeling

Een van de cliënten heeft tijdens de training een 1 daagse schemagroep gevolgd. In deze schemagroep leerde zij waar haar angst vandaan komt. Twee cliënten zijn tijdens de training in individuele behandeling bij een psycholoog voor hun angstklachten. Ook zijn echtgenoot, familie en vrienden voor velen van de cliënten tot steun geweest tijdens de training.

Na afloop van de training blijven twee cliënten individuele vervolg gesprekken met hun psycholoog houden, om de angst verder uit te diepen. En gaat de andere cliënt verder met de 1 daagse schemagroep. De overige cliënten denken na over een eventueel vervolg behandeling of hebben al besloten dit niet nodig te hebben.

3.2.6 Overige opmerkingen

Een aantal cliënten spreekt over meer verdieping over de oorzaken van angst. Een cliënt geeft aan meer voorbeelden uit de praktijk te willen bespreken in groepsverband. Twee cliënten geven aan geen onderwerpen gemist hebben.

⁸ Bijlage 1: korte inhoud van de angstmanagementtraining Eleos

Vier cliënten geven aan wel graag een vervolg te willen hebben om verder te werken aan doelen en het nog beter leren beheersen van hun angst.
Tot slot maken sommige cliënten gebruik van de gelegenheid om de trainers te bedanken.

4. Discussie

In de voorgaande hoofdstukken zijn de meest voorkomende angststoornissen en angstklachten beschreven, is de angstmanagementtraining uitgelegd en is de onderzoeksmethode beschreven. Daaropvolgend zijn de resultaten in hoofdstuk 3 weergegeven. In dit hoofdstuk wordt met een kritische blik naar dit alles gekeken. Het hoofdstuk is onderverdeeld in methode, resultaten en uitvoering van het onderzoek.

4.1 Methode

- Er is binnen dit onderzoek gekozen om deels kwalitatief en deels kwantitatief onderzoek te doen. Door gebruik te maken van een kwalitatieve- en een kwantitatieve vragenlijst. Op beide vragenlijsten zijn een aantal aspecten van belang:
 - De kwantitatieve vragenlijst (SLC-90) is een gestandaardiseerde vragenlijst, de cliënten konden in de lijst een keuze maken uit een bepaald aantal antwoorden. Het zou kunnen dat hierdoor bepaalde belangrijke antwoorden of informatie van de cliënt niet naar voren zijn gekomen, of dat de cliënt niet kon aangeven welk antwoord het beste bij hem/haar paste.
 - De SCL-90 is een omvangrijke vragenlijst die klachten op acht dimensies meet. Deze lijst verschaft de onderzoeker veel informatie over de angstklachten maar ook over andere klachten die een rol kunnen spelen bij angst. Daarin is deze vragenlijst zeer geschikt voor dit onderzoek.
 - De kwalitatieve vragenlijst is een zelf opgestelde vragenlijst door de onderzoeker en deze vragenlijst is niet onderzocht. Daardoor is de vragenlijst niet 100 % betrouwbaar.
 - De vragen uit de kwalitatieve vragenlijst waren gericht op de inhoud van de training en daarmee is het een evaluerende vragenlijst. Deze vragenlijst is dus niet gericht op het meten van het effect.
 - De kwalitatieve vragenlijst kan het effect van de training niet meten omdat de vragenlijst alleen na afloop van de training is ingevuld door de onderzoeksgroep.
 - Toch heeft de kwalitatieve vragenlijst belangrijke informatie gegeven over welke andere mogelijke oorzaken een rol hebben gespeeld bij vermindering van de klachten. En heeft de onderzoeksgroep door middel van deze vragenlijst feedback gegeven op de training. Deze feedback kan weer gebruikt worden in een volgende angstmanagementtraining of een mogelijk vervolgonderzoek.
- De training werd aangeboden binnen een christelijke instelling, in de kwalitatieve vragenlijst geeft een aantal cliënten aan dat hun geloof ook een belangrijke rol heeft gespeeld bij het verminderen van hun angstklachten. In beide vragenlijsten wordt hier niet specifiek op ingegaan. Dit had wel toegevoegd kunnen worden omdat dit mogelijk ook effect heeft op de klachten.
- De angstmanagementtraining is niet gericht op alle acht dimensies waarop de onderzoeksgroep onderzocht is.

4.2 Resultaten

- Opvallend is dat op alle dimensies de klachten van de onderzoeksgroep zijn afgenomen of gelijk zijn gebleven. Alleen op de dimensie slaapproblemen zijn de klachten van de onderzoeksgroep toegenomen. Een hypothese hierbij zou kunnen zijn dat de onderzoeksgroep zich door de angstmanagementtraining meer heeft durven open stellen voor hun angsten, door ze te gaan verkennen en herkennen. Met als gevolg dat de cliënten ook thuis meer bezig zijn met hun angsten wat hen mogelijk slaapproblemen heeft gegeven.
- Er is binnen dit onderzoek niet voldoende rekening gehouden met de uitslag over de dimensie slaapproblemen. In de training had meer stil gestaan kunnen worden bij de mogelijke veranderingen van klachten van de onderzoeksgroep, door in de groep ervaringen hierover met elkaar te delen.

- Bij het spreken over de resultaten en het effect van de angstmanagementtraining moet rekening gehouden worden met mogelijk andere oorzaken die hebben meegespeeld. Bijvoorbeeld: medicatie, andere vormen van behandelingen, positieve veranderingen in thuissituatie.
- Er is in dit onderzoek alleen een voor- en nameting gedaan en er is geen vervolg onderzoek afgenomen, waardoor men niet kan zeggen dat de resultaten blijvend zijn.

4.3 Uitvoering van het onderzoek

- Het onderzoek is gestart januari 2012 toen de cliënten de vragenlijst thuis opgestuurd kregen. Zij zijn schriftelijk ingelicht over het onderzoek en het doel daarvan. Hiermee moet rekening gehouden worden bij de resultaten en effecten van het onderzoek. Mogelijk heeft de cliënt hierdoor het belang van het onderzoek niet helemaal duidelijk meegekregen. En heeft men een mondelinge uitleg over het gebruik van de SCL-90 gemist.
- De cliënten mochten voor- en achteraf de angstmanagementtraining de SCL-90 en de kwalitatieve vragenlijst thuis invullen, zodat zij voldoende tijd konden nemen voor het invullen van beide lijsten. Het is van belang om rekening te houden met mogelijk factoren die invloed hebben gehad op het invullen van de vragenlijsten. Bijvoorbeeld: te lang na denken over een antwoord, tijdsdruk, mogelijke andere personen die ook thuis waren (kinderen of partner) en die de persoon hebben afgeleid.
- Twee cliënten hebben de SCL-90 niet voorafgaand aan de training thuis ingevuld omdat zij dit vergeten waren. Zij hebben toen de training al gestart was de SCL-90 thuis ingevuld. Dit is belangrijk om te noemen omdat het mogelijk invloed heeft gehad op de resultaten van het onderzoek.
- Een ander punt is dat de cliënten een sociaal wenselijk antwoord hebben gegeven op de vragen in de SCL-90 en de kwalitatieve vragenlijst. Omdat de onderzoeker ook hun trainer was. Hierdoor is de mogelijkheid aanwezig dat de cliënten de belangen van de onderzoeker voorop stelden en dus positieve antwoorden hebben kunnen geven terwijl de cliënt er toch anders over dacht.
- Het aantal cliënten dat heeft meegewerkt aan dit onderzoek is zes, dit is een kleine onderzoeksgroep om minimaal effect te kunnen meten. Voor een meer betrouwbaar resultaat zou er een grotere onderzoeksgroep moeten zijn en zou het onderzoek vaker uitgevoerd moeten worden.
- Er is in dit onderzoek niet gewerkt met een controlegroep en daarmee is er dus ook geen vergelijkingsmateriaal.
- Wel mag genoemd worden dat de medewerking zeer hoog was. Een cliënt heeft niet willen mee werken aan het onderzoek omdat zij geen goede ervaringen had met vragenlijsten.
- Redenen voor de medewerking zou ook kunnen zijn dat de lijdensdruk bij de cliënten erg hoog was. Vanuit de voormeting die gedaan is zou dit bevestigd kunnen worden. Uit de kwalitatieve vragenlijst komt naar voren dat de cliënten zich op hun gemak voelden en vertrouwd voelden met groepsgenoten en behandelaren. Vanuit deze gegevens kan het lage uitvalspercentage ook verklaard worden.
- De cliënten zijn na intake aangemeld voor de angstmanagementtraining. Er is niet voldoende rekening gehouden met contra indicaties. Waardoor een van de cliënten tijdens de training nog verder vastliep in haar problematiek omdat zij ontdekte dat zij grote groepen heel spannend vindt en hier haar grootste angst ligt.

Er zijn dus een aantal kanttekeningen bij dit onderzoek. Om dit onderzoek betrouwbaarder te maken zou er onderzoek gedaan moeten worden met verschillende deelnemende groepen en/of een controle groep, waardoor er vergelijkingsmateriaal is. Dit onderzoek is een opstap naar het overwegen om een vervolg onderzoek te doen om aan te tonen dat de angstmanagementtraining effect heeft op klachten.

5. Conclusie

In deze conclusie wordt een antwoord gegeven op de onderzoeksvraag;

‘Wat is het effect van de angstmanagementtraining (bij Eleos) op klachten van cliënten met uiteenlopende angststoornissen?’.

Vanuit de theorie wordt er door dr. Hermans gezegd dat de nadruk bij de angstmanagementtraining ligt op een actieve aanpak van de klachten. Hiermee wordt bedoeld dat de cliënt leert om zijn klachten te beheersen en in het dagelijks leven minder mee belast wordt. Vanuit de resultaten kan dit bevestigd worden.

Op de dimensie **angst** zijn de klachten van de onderzoeksgroep gedaald van een gemiddelde score naar een beneden gemiddelde score. Deze daling van klachten kan verklaard worden vanuit de actieve klachtgerichte aanpak van de training. In deze training wordt de cliënt gestimuleerd om door middel van psychomotorische oefeningen, zoals confrontaties en aandacht oefeningen, zijn eigen angsten te herkennen, verkennen en erkennen om er vervolgens mee aan de slag te gaan. Bovendien krijgt de cliënt door de minilezing inzicht in het ontstaan en beheersen van angsten. De onderzoeksgroep geeft in de kwalitatieve vragenlijst aan dat ook andere factoren een rol spelen in de vermindering van klachten op deze dimensie, zoals medicijngebruik en steun vanuit de sociale omgeving.

Op de dimensie **agorafobie** laat de onderzoeksgroep geen duidelijk verschil zien in klachten die vooraf en achteraf gemeten zijn. Vijf van de zeven onderzochten is gediagnosticeerd met een paniekstoornis met agorafobie. De onderzoeksgroep scoort zowel in de voormeting, als in de nameting gemiddelde klachten op deze dimensie. Deze score kan beïnvloed zijn omdat de onderzoeksgroep pas aan het einde van de training de opdracht krijgt om zelf in de praktijk aan de slag te gaan met een angst beheersingsplan. Het angstbeheersingsplan houdt in dat de cliënt in de dagelijkse praktijk moeten gaan oefenen met het aangaan van spannende situaties. Omdat de SCL-90 direct na de training is afgenomen zou het kunnen zijn dat de klachten van de onderzochte juist op dit moment nog gelijk zijn. Wanneer de SCL-90 een paar weken of maanden na afloop van de training opnieuw ingevuld zou worden is er mogelijk meer effect.

De klachten op de dimensie **depressie** zijn gedaald. In de voormeting scoort de onderzoeksgroep gemiddelde klachten en in de nameting scoort de onderzoeksgroep beneden gemiddelde klachten op deze dimensie. Dat de klachten zijn afgenomen kan worden geïnterpreteerd vanuit het feit dat de onderzoeksgroep zich beter voelt door deelname aan de training en zich meer begrepen voelt door de omgang met lotgenoten. Maar ook door steun vanuit de sociale omgeving en het medicijngebruik, welke factoren genoemd worden door de onderzoeksgroep in de kwalitatieve vragenlijst.

De **somatische klachten** van de onderzoeksgroep dalen van gemiddelde klachten naar beneden gemiddelde klachten. Binnen de training is er sterk de nadruk gelegd op het ervaren en voelen van lichaamssignalen. Door middel van lichaamsgerichte oefeningen, zoals ontspanningsoefeningen en ademhalingsoefeningen hebben de cliënten geleerd hierbij stil te staan en moesten zij hier ook thuis mee oefenen. Vanuit deze beredenering kan de vermindering van klachten op deze dimensie worden verklaard. Uit de kwalitatieve vragenlijst komt naar voren dat niet voor alle cliënten deze oefeningen hebben gewerkt. Hun klachtvermindering kan verklaard worden vanuit het feit dat wanneer het psychisch beter gaat met de cliënt de somatische klachten ook afnemen.

Op de dimensie **insufficiëntie van denken en handelen** zijn de klachten van de onderzoeksgroep gedaald van gemiddeld naar beneden gemiddeld. Obsessieve- compulsieve gedragingen komen vaak voor bij deze onderzoeksgroep. Door in de training stil te staan bij deze gedragingen en te oefenen met het formuleren van helpende gedachten heeft de angstmanagementtraining wel degelijk effect gehad op deze dimensie en zijn de klachten daardoor mogelijk gedaald. Maar ook het geloof van een

aantal onderzochten heeft mogelijk bijgedragen aan de vermindering van klachten op deze dimensie. In de kwalitatieve vragenlijst geven de onderzochten aan dat hun geloof hen heeft geholpen om positief te denken.

De klachten die gemeten zijn op de dimensie **wantrouwen en interpersoonlijke sensitiviteit** blijven gelijk, in de voor- en de nameting worden er gemiddeld klachten gemeten. Dat er geen duidelijke vermindering van klachten te zien is na afloop van de training kan geïnterpreteerd worden vanuit het feit dat de onderzoeksgroep al in de voormeting weinig klachten rapporteert op deze dimensie. Wat vanuit de literatuur aangehaald kan worden is dat mensen met angststoornissen vaak onvrede met zichzelf of in relatie met anderen ervaren. Daarnaast is er binnen de angstmanagementtraining ook niet nadrukkelijk stil gestaan bij klachten die gepaard gaan met deze dimensie. Dit moet meegenomen wanneer er gesproken wordt over het effect van de training op deze dimensie.

Ook op de dimensie **hostiliteit** is geen verschil te meten in de voor- en nameting, de onderzoeksgroep blijft gemiddelde klachten scoren. Dit is te verklaren dat ook aan de dimensie hostiliteit tijdens de angstmanagementtraining geen expliciete aandacht is gegeven.

Op de dimensie **slaapproblemen** is een opvallend verschil te zien. In de voormeting scoort de onderzoeksgroep beneden gemiddeld en in de nameting gemiddeld. Dit wil zeggen dat de klachten op deze dimensie bij de onderzoeksgroep zijn toegenomen. Deze score zou toegeschreven kunnen worden aan het feit dat de cliënt door deel te nemen aan de angstmanagementtraining zich meer open durft te stellen voor zijn angsten en moet oefenen met nieuw gedrag. Dit kan nieuwe spanning opleveren waardoor de cliënt slaapproblemen ervaart. Zowel de lichaamsgerichte oefeningen als het angst beheersing plan kunnen hierin een rol hebben gespeeld. Ook is het van belang mee te nemen dat een van de cliënten heeft ontdekt dat deelname in groepsverband haar veel spanning oplevert. Bovendien is het belangrijk om mee te nemen dat deze dimensies maar drie van de negentig vragen bestrijkt van de SCL-90.

De **totaalscore** van de SCL-90 laat zien dat de klachten van de onderzoeksgroep gedaald zijn van gemiddeld naar beneden gemiddeld. Op vier van de acht dimensies dalen de scores, op drie dimensies blijft de score gelijk en op een dimensie is er een stijging. Uit deze scores kan opgemaakt worden dat er op meer dimensies een daling is te zien dan een stijging in de klachten. Waardoor het gemiddelde van de totaalscore naar beneden is gegaan.

Naar aanleiding van de bevindingen in de literatuur, de resultaten van de kwalitatieve- en kwantitatieve vragenlijst en ondanks de kritische punten die zijn genoemd in de discussie luidt de conclusie en het antwoordt op de onderzoeksvraag als volgt:

Het effect van de angstmanagementtraining op de klachten van de onderzoeksgroep is positief. De totaalscore van de SCL-90, geeft aan dat de onderzoeksgroep vooraf gemiddeld scoort en na afloop van de angstmanagementtraining zijn deze klachten gedaald naar een beneden gemiddelde score. Op de dimensie angst, depressie, somatische klachten en insufficiëntie van denken en handelen zijn de klachten afgenomen. Op de dimensies agorafobie, wantrouwen en interpersoonlijke sensitiviteit en de dimensie hostiliteit is er geen verschil gemeten. Op de dimensie slaapproblemen zijn de klachten van de onderzoeksgroep toegenomen. De verandering in de klachten kunnen niet alleen toegeschreven worden aan de angstmanagementtraining. Uit de kwalitatieve vragenlijst is gebleken dat andere factoren buiten de training om ook een rol hebben gespeeld in de verandering van de klachten. Factoren als steun van familie en/of vrienden, partner, medicijngebruik en geloof worden hier genoemd.

6. Aanbevelingen

Deze aanbevelingen zijn ontstaan naar aanleiding van het onderzoek en de resultaten. De aanbevelingen zijn onderverdeeld in twee onderwerpen: aanbevelingen voor een vervolgonderzoek en aanbevelingen voor een volgende angstmanagementtraining.

6.1 Aanbevelingen voor een vervolgonderzoek:

- Voor een meer betrouwbaar resultaat moet het onderzoek vaker uitgevoerd worden en moet er gewerkt worden met een controle groep.
- De angstmanagementtraining moet binnen andere locaties van Eleos, of binnen andere GGZ instellingen aangeboden worden en ook daar onderzocht worden.
- De onderzoeksgroep moet gevraagd worden een half jaar na de angstmanagementtraining de SCL-90 nogmaals invullen.
- De gebruikte kwalitatieve vragenlijst zou specifiekere moeten ingaan op de klachten om op die manier meer informatie te verkrijgen over het effect van de training op de klachten.
- In een vervolg onderzoek zou er gekeken moeten worden naar het verschil van rapporteren op de acht verschillende dimensies tussen mannen en vrouwen.
- De cliënten moeten naast schriftelijke informatie over het onderzoek en het gebruik van onderzoeksinstrument ook mondeling geïnformeerd worden.
- De cliënten moeten allemaal op dezelfde locatie en evenveel tijd krijgen voor het invullen van de vragenlijsten.
- De onderzoeker moet niet de trainer zijn van de angstmanagementtraining.
- In de kwalitatieve vragenlijst moet gevraagd worden welke onderdelen van de angstmanagementtraining de meeste invloed hebben gehad op vermindering van de klachten.
- Tijdens de angstmanagementtraining moet stil gestaan worden bij verandering van klachten die mogelijk ontstaan bij de onderzoeksgroep tijdens de training.
- Er moet gekeken worden naar het verschil en effect tussen cliënten die alleen de angstmanagementtraining volgen en de cliënten die de angstmanagementtraining volgen en gelijktijdig nog een behandeling krijgen voor hun angstproblematiek.

6.2 Aanbevelingen voor een volgende angstmanagementtraining:

- Bij de intake moet gelet worden op contra indicaties voor groepstrainingen.
- Om meer veiligheid en vertrouwen in de groep te creëren, moet er tijdens de training meer aandacht besteed worden aan groepscohesie.
- Om de psycho educatie voor de onderzoeksgroep meer toepasbaar te maken moeten er meer praktijkvoorbeelden gebruikt worden.
- De verdeling tussen theorie en praktijk moet meer in balans komen.
- Het belang van de ontspanningsoefeningen moet elke bijeenkomst benadrukt worden en geoefend worden.
- Het aandeel van de psycholoog en de psychomotorische therapeut moet tijdens de trainingen goed op elkaar afgestemd zijn.
- Er moet een mogelijkheid van een vervolgtraining aangeboden worden voor cliënten die daar belang bij hebben.

Literatuurlijst

- American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed. Text rev.). Washington, DC: Author
- Bogels, S. & Oppen van, P. (2000) *Cognitieve gedragstherapie: theorie en praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Emck, C. & Boscher, R.J. (2004). *Psychomotorische therapie bij chronisch somatische aandoeningen*. In: De Lange, J. en Bosscher, T.J. (2005) *Psychomotorische therapie in de praktijk*. Nijmegen: Cure en Care Publishers.
- Emmelkamp, P., Bouman, T. & Visser S. (2009). *Angststoornissen en hypochondrie. Diagnostiek en behandeling*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Ettema, J.H.M. & Arrindell, W.A. (2004). *Klachtenlijst SCL-90-Symptom Checklist*. Amsterdam: Pearson Assessment & Information.
- Hattum van, M. & Hutschemaekers, G. (2007). *In beweging. De ontwikkeling van producten voor psychomotorische therapie*. Utrecht: Trimbos Instituut
- Hermans, H. (2002). *Angstmanagementtraining. Op eigen kracht je angst inperken*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Jonghe de, F. (1992) *Angst in de dagelijkse praktijk*. Bloemendaal: Aramith
- Land van't, H. & de Ruiter, C. (2005). *Jaarboek 2005*, Utrecht: Trimbos-instituut.
- Nevid, S.J., Rathus, S.A. & Greene, B. (2008). *Psychiatrie een inleiding*. Amsterdam: Pearson education Benelux.
- Post, K. (2005). *Programma angstmanagement groepstraining*. Zwolle: stichting gereformeerde geestelijke gezondheidszorg
- Velde van der, V. (2003). *Multidisciplinaire richtlijn angststoornissen*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Verschuur, P. (2007). *LGM Methodiek I. Sensory Awareness, ontspanningsmethodieken, ademhaling en hyperventilatie*. Zwolle: Christelijke Hogeschool Windesheim.
- Zindel, V. , Segal, J. & Williams M. (2006) *Aandachtgerichte cognitieve therapie bij depressie*. Amsterdam: uitgever Nieuwezijds

Internetbronnen

- Nederlandse vereniging psychomotorische therapie (2009). *Beroepsprofiel psychomotorische therapeut*. Verkregen op 10 februari, 2012 van <http://www.nvpmt.nl>
- Psychiatrienet (2011). *Agoraphobic Cognitions Questionnaire & Mood and anxiety symptom questionnaire*. Verkregen op 8 november, 2011 van <http://www.psychiatrienet.nl>
- Vereniging voor gedragstherapie en cognitieve therapie (2011). *Wat is cognitieve gedragstherapie*. Verkregen op 7 februari, 2012 van <http://www.vgct.nl>

Bijlage 1) Korte inhoud van de angstmanagementtraining Eleos

Bijeenkomst 1: De cliënten krijgen uitleg over wat angst is en hoe het is ontstaan. Door middel van oefeningen worden hun klachten uitgewerkt in denken voelen en handelen.

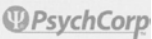
Bijeenkomst 2: De cliënten krijgen uitleg over de lichamelijke reacties van angst en er wordt geoefend met buikademhaling- en ontspanningsoefeningen.

Bijeenkomst 3: De cliënten krijgen de opdracht lichamelijke en belastende oefeningen uit te voeren. Vervolgens wordt deze oefeningen vergeleken met angstreacties. Bovendien krijgen de cliënten door middel van psycho educatie meer inzicht in de gedachten die een belangrijke rol spelen bij het ontstaan en in stand houden van angstklachten.

Bijeenkomst 4: De cliënten krijgen meer inzicht in algemene gedachten die een rol spelen bij angst. Er wordt gekeken naar hoe men bijvoorbeeld tegen anderen en het leven aan aankijkt. En worden er aandacht- en confrontatieoefeningen aangeboden om te leren om de angst niet uit de weg te gaan of te onderdrukken.

Bijeenkomst 5: De cliënten krijgen zicht op hun angstgedrag, het gedrag dat wordt toegepast om angst te voorkomen maar dat uiteindelijk ook de angst in stand houdt. De cliënten moeten een stappenplan maken om de eigen angst te beheersen. De cliënten krijgen twee weken de tijd om hiermee te oefenen.

Bijeenkomst 6: In de laatste bijeenkomst maken de cliënten hun stappenplan meer concreet en worden deze gedeeld in de groep. En wordt de angstmanagementtraining in een groeps gesprek geëvalueerd.



Klachtenlijst (SCL-90-R)

W. A. Arrindell
J. H. M. Ettema

HOE DEZE VRAGENLIJST IN TE VULLEN?

In deze vragenlijst wordt u gevraagd in welke mate u last heeft van lichamelijke en psychische klachten. Wilt u **voor elk van de onderstaande klachten** aangeven, in hoeverre u last heeft, door een cirkel te plaatsen rondom het antwoord dat het meest van toepassing is?

Het gaat er hierbij steeds om hoe u zich **gedurende de afgelopen week, met vandaag erbij, voelde**.

Voorbeeld:

In welke mate werd u gehinderd door de volgende klacht?

- rugpijn

helemaal
niet

1

een beetje
nogal

2

tamelijk veel

3

heel erg

4

5

Copyright © 1975 by L. R. Derogatis.
Dutch translation and adaptation © 1986, 2004 by W. A. Arrindell, J. H. M. Ettema and Pearson Assessment & Information B.V., Amsterdam. Translated and adapted by permission.

Niets uit deze uitgave mag worden vervoelvoudigd door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande toestemming van de uitgever.

Alle rechten voorbehouden.

YS LEARNINGPEARS

1 In welke mate werd u gehinderd door de volgende klachten?

	helemaal niet	een beetje niet	nogal	tamelijk veel	heel erg		helemaal niet	een beetje niet	nogal	tamelijk veel	heel erg
1. Hoofdpijn	1	2	3	4	5	24. Woede-uitbarstingen die je niet in de hand hebt	1	2	3	4	5
2. Zenuwachtigheid of van binnen trillen	1	2	3	4	5	25. Bang zijn om alleen uit huis te gaan	1	2	3	4	5
3. Nare gedachten of ideeën niet kwijt kunnen raken	1	2	3	4	5	26. Jezelf van allerlei dingen de schuld geven	1	2	3	4	5
4. Duizeligheid	1	2	3	4	5	27. Pijn onder in de rug	1	2	3	4	5
5. Geen seksuele interesse meer hebben of er geen plezier aan beleven	1	2	3	4	5	28. Je belemmerd voelen in het uitvoeren van allerlei dingen	1	2	3	4	5
6. Kritisch staan tegenover anderen	1	2	3	4	5	29. Je eenzaam voelen	1	2	3	4	5
7. Het idee dat iemand anders je gedachten kan beheersen	1	2	3	4	5	30. Het gevoel in de put te zitten	1	2	3	4	5
8. Het gevoel dat anderen schuld hebben aan de meeste van je problemen	1	2	3	4	5	31. Te veel over de dingen piekeren	1	2	3	4	5
9. Moeilijk iets kunnen onthouden	1	2	3	4	5	32. Nergens meer belangstelling in hebben	1	2	3	4	5
10. Piekeren over een slordigheid of iets wat je vergeten bent	1	2	3	4	5	33. Je bang voelen	1	2	3	4	5
11. Je gemakkelijk veeveeld of geïrriteerd voelen	1	2	3	4	5	34. Je gauw gekwetst voelen	1	2	3	4	5
12. Pijn in borst of hartstreek	1	2	3	4	5	35. Het idee dat andere mensen je geheime gedachten kennen	1	2	3	4	5
13. Je angstig voelen in open ruimten of op straat	1	2	3	4	5	36. Het gevoel dat anderen je niet begrijpen of onaardig zijn	1	2	3	4	5
14. Weinig puf (energie) hebben	1	2	3	4	5	37. Het gevoel dat anderen onvriendelijk zijn of je niet mogen	1	2	3	4	5
15. Denken om er maar een eind aan te maken	1	2	3	4	5	38. Iets langzaam moeten doen om er zeker van te zijn dat je het goed doet	1	2	3	4	5
16. Stemmen horen die andere mensen niet horen	1	2	3	4	5	39. Hartkloppingen	1	2	3	4	5
17. Trillen	1	2	3	4	5	40. Misselijkheid of een maag die van streek is	1	2	3	4	5
18. Het gevoel dat de meeste mensen niet te vertrouwen zijn	1	2	3	4	5	41. Je tegenover anderen de mindere voelen	1	2	3	4	5
19. Weinig eetlust hebben	1	2	3	4	5	42. Pijnlijke spieren	1	2	3	4	5
20. Gauw huilen	1	2	3	4	5	43. Het gevoel dat anderen je in de gaten houden of over je praten	1	2	3	4	5
21. Je verlegen en niet op je gemak voelen bij de andere sekse	1	2	3	4	5	44. Moeilijk in slaap kunnen komen	1	2	3	4	5
22. Verstrikt zijn of gevangen voelen	1	2	3	4	5	45. Steeds maar moeten controleren wat je doet	1	2	3	4	5
23. Zomaar plotseling schrikken of bang worden	1	2	3	4	5	46. Moeilijk beslissingen kunnen nemen	1	2	3	4	5

ANG	AGO	DEP	SOM	IN	SEN	HOS	SLA	OVER

2 In welke mate werd u gehinderd door de volgende klachten?

	helemaal niet	een beetje nogal	tamelijk veel heel erg		helemaal niet	een beetje nogal	tamelijk veel heel erg				
47. Bang zijn om te reizen in bussen, treinen of trams	1	2	3	4	5	70. Je niet op je gemak voelen in menigten, zoals bij het winkelen of in de bioscoop	1	2	3	4	5
48. Moeilijk adem kunnen krijgen	1	2	3	4	5	71. Het gevoel dat alles moeite kost	1	2	3	4	5
49. Je soms erg warm, dan weer erg koud voelen	1	2	3	4	5	72. Aanvallen van angst of paniek	1	2	3	4	5
50. Bepaalde plaatsen of dingen moeten vermijden, omdat je er angstig van wordt	1	2	3	4	5	73. Je niet op je gemak voelen, wanneer je iets eet of drinkt in het openbaar	1	2	3	4	5
51. Een gevoel van leegte	1	2	3	4	5	74. Vaak in ruzies verzeild raken	1	2	3	4	5
52. Een verdoofd of tintelend gevoel ergens in je lichaam	1	2	3	4	5	75. Je zenuwachtig voelen als je alleen gelaten wordt	1	2	3	4	5
53. Een brok in je keel	1	2	3	4	5	76. Het gevoel dat anderen je niet op juiste waarde schatten	1	2	3	4	5
54. Je wanhopig over de toekomst voelen	1	2	3	4	5	77. Je alleen voelen, zelfs bij andere mensen	1	2	3	4	5
55. Je moeilijk kunnen concentreren	1	2	3	4	5	78. Je zo rusteloos voelen dat je niet stil kunt blijven zitten	1	2	3	4	5
56. Je lichamelijk ergens slap voelen	1	2	3	4	5	79. Gevoelens dat je niets waard bent	1	2	3	4	5
57. Je gespannen voelen	1	2	3	4	5	80. Het gevoel dat iets naars je gaat overkomen	1	2	3	4	5
58. Zwaar voelen in armen of benen	1	2	3	4	5	81. Schreeuwen of met dingen smijten	1	2	3	4	5
59. Denken aan dood of sterven	1	2	3	4	5	82. Bang zijn om in het openbaar flauw te vallen	1	2	3	4	5
60. Te veel eten	1	2	3	4	5	83. Het gevoel dat mensen misbruik van je zullen maken, als je ze hun gang laat gaan	1	2	3	4	5
61. Je niet op je gemak voelen, als mensen naar je kijken of over je praten	1	2	3	4	5	84. Gedachten over seks die je erg hinderen	1	2	3	4	5
62. Gedachten hebben die niet van jezelf zijn	1	2	3	4	5	85. De gedachte dat je voor je fouten gestraft zou moeten worden	1	2	3	4	5
63. Aandrang voelen anderen te slaan, te verwonden of pijn te doen	1	2	3	4	5	86. Gedachten en bepaalde voorstellingen van angstige aard	1	2	3	4	5
64. Te vroeg wakker worden	1	2	3	4	5	87. De gedachte dat er iets erg verkeerd is met je lichaam	1	2	3	4	5
65. Alsmaar hetzelfde moeten doen, zoals dingen even aanraken, tellen of wassen	1	2	3	4	5	88. Je nooit met iemand anders nauw verbonden voelen	1	2	3	4	5
66. Een onrustige of gestoorde slaap	1	2	3	4	5	89. Schuldgevoelens	1	2	3	4	5
67. Aandrang voelen dingen te vernielen of stuk te gooien	1	2	3	4	5	90. De gedachte dat je psychisch niet helemaal in orde bent	1	2	3	4	5
68. Gedachten of opvattingen hebben die anderen niet met je delen	1	2	3	4	5						
69. Je pijnlijk bewust zijn van je aanwezigheid bij anderen	1	2	3	4	5						

ANG	AGO	DEP	SOM	IN	SEN	HOS	SLA	OVER

Naam :

Geslacht :

Geboortedatum :

Leeftijd :

Datum van afname :

Vergeleken met normgroep is deze score								
	ruwe score pag. 1 + pag. 2	zeer laag	laag	beneden gemiddeld	gemiddeld	boven gemiddeld	hoog	zeer hoog
ANG	: + =							
AGO	: + =							
DEP	: + =							
SOM	: + =							
IN	: + =							
SEN	: + =							
HOS	: + =							
SLA	: + =							
OVER	: + =							
PSNEUR	:							

Bijlage 3) Betekenis van de acht dimensies van de SCL-90

De symptom Checklist (SCL-90) is een multidimensionale klachtenlijst, dat wil zeggen dat deze checklist de klachten van de onderzochte op verschillende dimensies meet. Er zijn acht verschillende dimensies, deze zijn: angst, agorafobie, depressie, somatische klachten, wantrouwen en interpersoonlijke sensitiviteit, insufficiënte van denken en handelen, slaapproblemen en hostiliteit.

AGO: agorafobie

De dimensie agorafobie bestaat uit symptomen die disproportioneel zijn, zoals angst voor vrees in open ruimte, openbare gelegenheden en bepaalde plaatsen waarbij de persoon zich zwak voelt en niet op zichzelf of op de ander durft te vertrouwen of bang is zelfbeheersing te verliezen.

De items van agorafobie komen in de klachtenlijst terug op de volgende nummers: 13, 25, 47, 50, 70, 75, 82

ANG: angst

De dimensie angst bestaat uit klachten of symptomen die samenhangen met een hoog angstniveau. En vooral is op te vatten als een aanduiding van gegeneraliseerde angst. Het gaat voornamelijk over klachten die samenhangen met vegetatieve arousal, algemene symptomen zoals zenuwachtigheid en spanning. Maar ook meer specifieke als paniekaanvallen en rusteloosheid. Cognitieve componenten als angstige gedachten en onheilsgevoelens kunnen ook gelden.

De items van angst komen in de klachtenlijst terug in de volgende nummers: 2, 17, 23, 33, 39, 57, 72, 78, 80, 86

DEP: depressie

In de depressie –schaal zijn voornamelijk symptomen opgenomen die betrekking hebben op een neerslachtige stemming, onvermogen om te genieten, verlaagde zelfwaardering, gedachten van schuld, hopeloosheid, dood en zelfmoord. Naast deze symptomen zijn er ook nog lichamelijke symptomen opgenomen zoals verlies van eetlust, gebrek aan energie en vermindering van seksuele interesse.

De items van depressie komen in de klachtenlijst terug op de volgende nummers: 3, 5, 14, 15, 19, 20, 22, 26, 29, 30, 31, 32, 51, 54, 59, 79

SOM: somatische klachten

De dimensie somatische klachten, weerspiegelt klachten die met een algemeen gevoeld lichamelijk disfunctioneren samenhangen. Klachten die samenhangen met het autonome systeem (adem, keel, misselijkheid, hart) en klachten die meer met het spierstelsel (hoofdpijn, spieren en rug) te maken hebben. Het betreft een verzameling symptomen die vaak worden gemeld bij functionele problemen, hoewel een feitelijke afwijking nooit is uitgesloten.

De items van de somatische klachten komen in de klachtenlijst terug op de volgende nummers: 1, 4, 12, 27, 40, 42, 48, 49, 52, 53, 56, 58

SEN: insufficiënte van denken en handelen

Deze dimensie richt zich vooral op de gedachten, impulsen en problemen bij het uitvoeren van gedragingen die men als dwingend en ondanks de eigen wil voorkomend ervaart. Problemen in het cognitief functioneren staan centraal.

De items van de insufficiënte van denken en handelen komen in de klachtenlijst terug op de volgende nummers: 9, 10, 28, 38, 45, 46, 55, 65, 71

IN: wantrouwen en interpersoonlijke sensitiviteit

De schaal wantrouwen en interpersoonlijke sensitiviteit verzamelt in het algemeen symptomen die een grondtoon van onvrede met het zelf in relatie met andere mensen bevatten.

De items van interpersoonlijke sensitiviteit komen in de klachtenlijst terug op de volgende nummers: 6, 7, 8, 18, 21, 34, 35, 36, 37, 41, 43, 61, 68, 69, 73, 76, 83, 88

HOS: hostiliteit

Gedachten, gevoelens of gedragingen die kenmerkend zijn voor de negatieve gemoedstand van woede worden weergegeven in de schaal hostiliteit. Deze drie gedragsdimensies worden verder gekenmerkt door aspecten van agressie, geïrriteerdheid, woede en ressentiment.

De items van hostiliteit komen in de klachtenlijst terug op de volgende nummers: 11, 24, 63, 67, 74, 81

SLA: slaapproblemen

Deze dimensie bevat drie items en is als onafhankelijke aanvulling op te vatten bij die klachten waarbij aan slaapproblemen een andere betekenis wordt toegekend.

De items van slaapproblemen komen in de klachtenlijst terug op de volgende nummers: 44, 64, 66

OVER: overige (meerendeel heeft psychotische betrekking)

Over: niet geschaalde items

Negen items zijn niet onder de brengen in de factorstructuur. Dit zijn items die thuishoren in de oorspronkelijke psychoticisme dimensie. Deze items worden gegroepeerd onder de rubriek Over en dragen bij aan de totaalscore.

De items van Over komen in de klachtenlijst terug op de volgende nummers: 16, 60, 62, 77, 84, 85, 87, 89, en 90

Bijlage 4) Kwalitatieve vragenlijst

Evaluatie Angstmanagement Training 9 jan. –27 feb. '12

Naam :
Datum :
Geboortedatum :
Geslacht :

1a. Wat waren je verwachtingen van de training?

.....
.....
.....
.....

b. Heeft de training voldaan aan je verwachtingen? Zo ja aan welke verwachtingen? Zo nee, wat had je anders gewild?

.....
.....
.....
.....

2a. Heeft de training bijgedragen aan het verminderen van je klachten? Zo ja, aan welke klachten en op welke manier? Zo nee, wat was daar de reden van?

.....
.....
.....
.....

b. Zijn er mogelijk andere oorzaken waardoor de klachten zijn verminderd?

.....
.....
.....
.....

3. Wat heb je geleerd van de minilezingen over angst?

.....
.....
.....
.....

4. Wat heb je geleerd van de praktische oefeningen, d.m.v. psychomotorische therapie?

.....
.....
.....
.....

5. Heb je het huiswerk gedaan? Zo ja, wat heb je aan het huiswerk gehad en hoeveel tijd heeft het je gekost? Zo nee, wat was de reden dat je het huiswerk niet gedaan hebt?

.....
.....
.....
.....

6. Wat vond je van de opbouw van de training?

.....
.....
.....

7. Waar heb je het meeste aan gehad tijdens de training en waar heb je het minste aan gehad?

.....
.....
.....

8. Wat vond je prettig aan het werken in een groep? En wat vond je minder prettig?

.....
.....
.....

9. Wat vond je van de samenwerking tussen de trainers?

.....
.....
.....

10. Heb je nog onderwerpen gemist in de training die naar voren zouden moeten komen?

.....
.....
.....

11. Heb je naast of tijdens de training op een andere manier hulp gehad bij je problematiek?
Zo ja, zou je daar iets over willen vertellen?

.....
.....
.....

12. Ga je na de training verder met een behandeling of een behandeling starten? Zo ja, zou je daar iets over willen vertellen?

.....
.....
.....

13. Overige tips en opmerkingen:

.....
.....
.....

BEDANKT!

Harm Wijnalda (psycholoog) & Jantienke Kremer (Psychomotorische therapeut i.o.)

Bijlage 5) Voorbeeld dataverwerkingsanalyse van één willekeurige cliënt

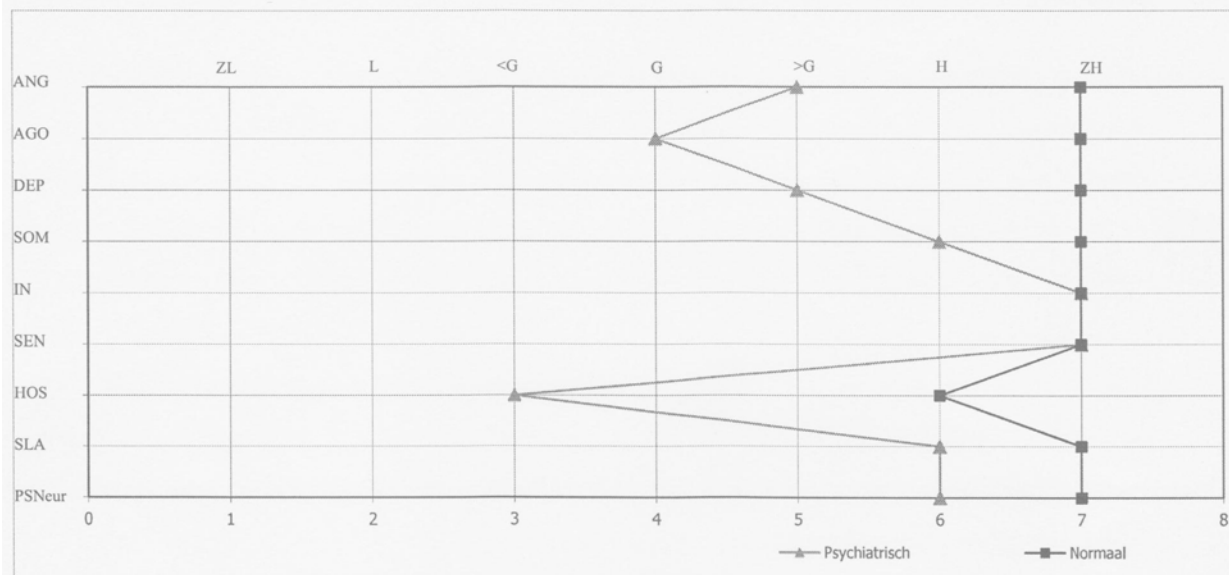
(Normen 2003 /Version 1.05)

SCL-90

Rapportnr	364	Clientnummer	30052082
Opleiding		Naam	
Aanvrager	J. Kremer	Geboorte datum	20-12-1982 (28 jr)
Afdeling	Noord	Geslacht	M
Proefleider		Testdatum	7-12-2011

12- jaar

Schalen	Score	Normaal	Range	Psychiatrisch	Range	Pijnpatiënten	Verslaafden	Eerste lijns-p.	Huisarts-p.
ANG	33	Zeër hoog	22-	BovenGem	29-33	Zeër hoog	Hoog	Hoog	Hoog
AGO	15	Zeër hoog	11-	Gemiddeld	12-16	Hoog	BovenGem	Hoog	Hoog
DEP	51	Zeër hoog	36-	BovenGem	48-55	Hoog	BovenGem	Hoog	Zeër hoog
SOM	35	Zeër hoog	27-	Hoog	34-44	Hoog	Hoog	Hoog	Zeër hoog
IN	39	Zeër hoog	21-	Zeër hoog	36-	Zeër hoog	Zeër hoog	Zeër hoog	Zeër hoog
SEN	74	Zeër hoog	39-	Zeër hoog	67-	Zeër hoog	Zeër hoog	Zeër hoog	Zeër hoog
HOS	9	Hoog	9-10	Bened. Gem	7-9	Gemiddeld	Bened. Gem	Hoog	n.v.t.
SLA	11	Zeër hoog	9-	Hoog	11-14	Hoog	Hoog	Hoog	Gemiddeld
OVER	24								
PSNeur	291	Zeër hoog	183-	Hoog	254-31	Zeër hoog	Hoog	Zeër hoog	Hoog

[illegible]

Symptom Checklist - 90

(Normen 2003 /Version 1.05)

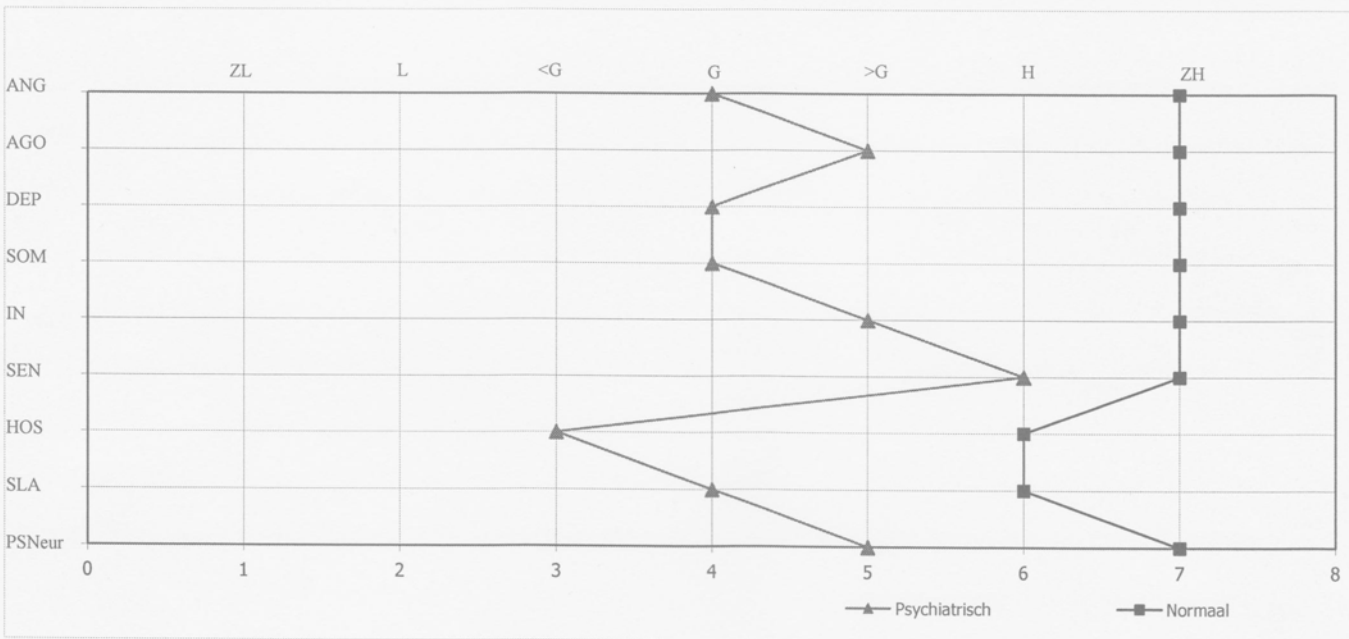
SCL-90

Rapportnr	70	Clientnummer	30052082
Opleiding		Naam	
Aanvrager	J. Kremer	Geboorte datum	20-12-1982 (29 jr)
Afdeling	Noord	Geslacht	M
Proefleider		Testdatum	7-3-2012

Meetpretentie: Klachtenlijst: schatting van ervaren pathologie op 8 dimensies en psychoneuroticisme.

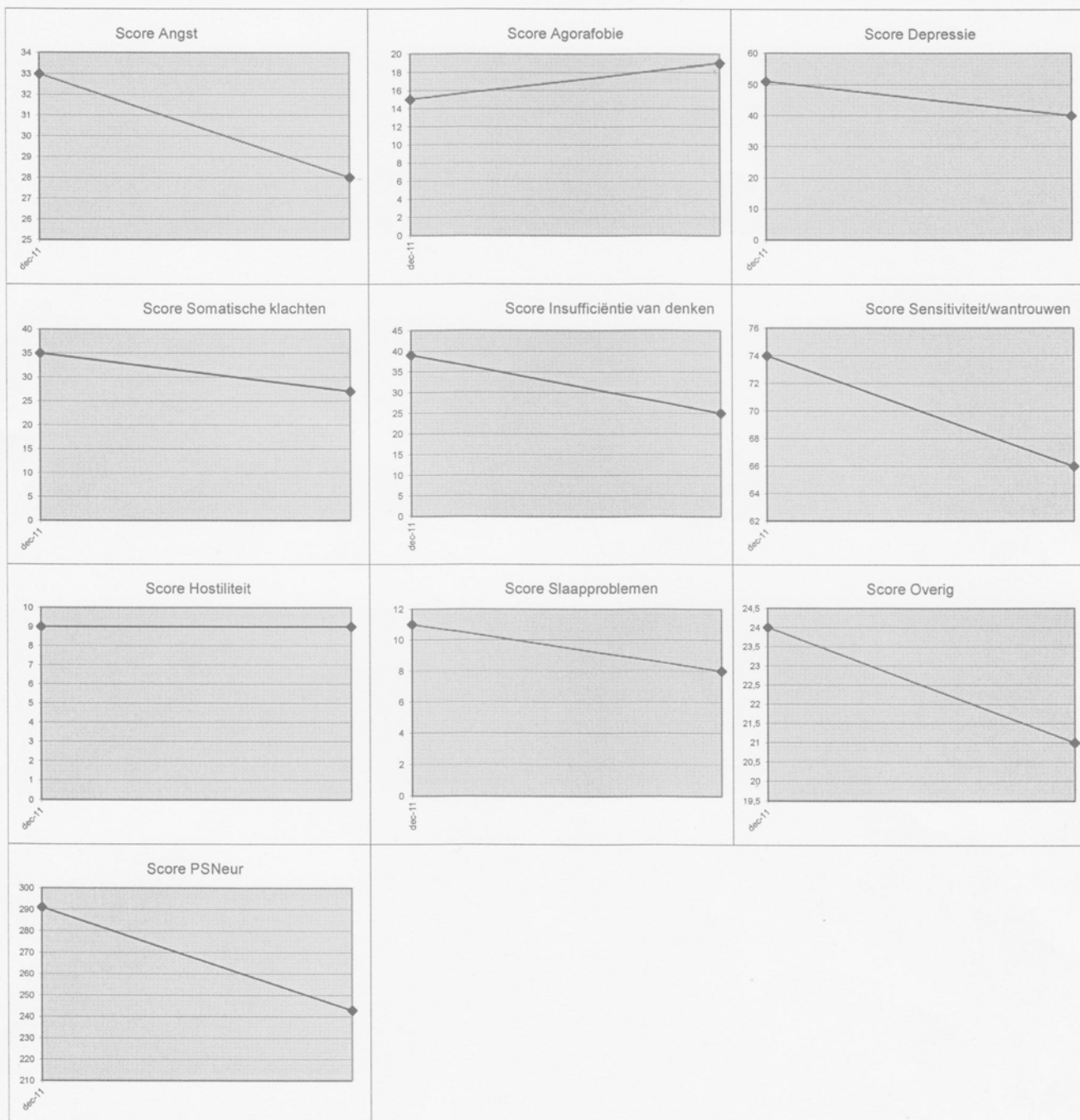
12- jaar

Schalen	Score	Normaal	Range	Psychiatrisch	Range	Pijnpatiënten	Verslaafden	Eerste lijns-p.	Huisarts-p.
ANG	28	Zeer hoog	22-	Gemiddeld	22-28	Hoog	BovenGem	Hoog	Hoog
AGO	19	Zeer hoog	11-	BovenGem	17-19	Zeer hoog	Hoog	Hoog	Hoog
DEP	40	Zeer hoog	36-	Gemiddeld	39-47	Hoog	Gemiddeld	Gemiddeld	Zeer hoog
SOM	27	Zeer hoog	27-	Gemiddeld	23-29	Gemiddeld	BovenGem	BovenGem	Hoog
IN	25	Zeer hoog	21-	BovenGem	25-28	Hoog	BovenGem	Gemiddeld	Hoog
SEN	66	Zeer hoog	39-	Hoog	51-66	Zeer hoog	Zeer hoog	Zeer hoog	Zeer hoog
HOS	9	Hoog	9-10	Bened. Gem	7-9	Gemiddeld	Bened. Gem	Hoog	n.v.t.
SLA	8	Hoog	6-8	Gemiddeld	7-9	Gemiddeld	Gemiddeld	Gemiddeld	n.v.t.
OVER	21								
PSNeur	243	Zeer hoog	183-	BovenGem	215-25	Zeer hoog	Hoog	Hoog	Hoog

[illegible]

Rapportnummer	70	Cliëntnummer	30052082
Opleiding		Naam	
Aanvrager	J. Kremer	Geboorte datum	20-12-1982 (29 jr)
Afdeling	Noord	Geslacht	m
Proefleider		Testdatum	7-3-2012
Meetpretentie: Klachtenlijst: schatting van ervaren pathologie op 8 dimensies en psychoneuroticism.			12- jaar

Resultaat Hertesten



Normtabellen SCL-90

SCL-90-NORMEN VOOR POLIKLINISCHE PSYCHIATRISCHE PATIËNTEN (NORMGROEP I)

	SCL-90-schalen								
	ANG	AGO	DEP	SOM	IN	SEN	HOS	SLA	PSNEUR
Zeer hoog	≥ 43	≥ 29	≥ 67	≥ 45	≥ 36	≥ 67	≥ 22	15	≥ 315
Hoog	34 - 42	20 - 28	56 - 66	34 - 44	29 - 35	51 - 66	15 - 21	11 - 14	254 - 314
Boven gemiddeld	29 - 33	17 - 19	48 - 55	30 - 33	25 - 28	43 - 50	14	10	215 - 253
Gemiddeld	22 - 28	12 - 16	39 - 47	23 - 29	19 - 24	35 - 42	10 - 13	7 - 9	193 - 214
Beneden gemiddeld	16 - 21	8 - 11	29 - 38	17 - 22	14 - 18	25 - 34	7 - 9	4 - 6	148 - 192
Laag	11 - 15	} 7	20 - 28	13 - 16	10 - 13	20 - 24	} 6	} 3	113 - 147
Zeer laag	10		16 - 19	12	9	18 - 19			90 - 112
Aantal items	10	7	16	12	9	18	6	3	90
Gemiddelde	25.02	13.70	42.79	25.82	21.73	38.49	11.26	7.69	203.55
Standaarddeviatie	9.56	7.11	14.55	9.98	7.93	14.57	5.02	3.80	61.60
Standaardmeetfout	3.31	2.56	4.37	3.46	3.17	4.12	2.01	1.61	10.67
Standaardschattingfout	3.11	2.39	4.17	3.25	2.91	3.95	1.84	1.46	10.51
Geobserveerd score-bereik	10 - 50	7 - 35	16 - 80	12 - 60	9 - 45	18 - 90	6 - 30	3 - 15	90 - 427
N	5654	5658	5621	5642	5627	5599	5658	5611	5521