

School of Human Movement and Sports

Ik zeg ja, maar voel nee

Effect onderzoek Psychomotorische Therapie Youki Erdkamp 5PMT

Begeleider: Maurits Uijting

Beoordelaar: Mia Scheffers

Datum: 19-01-2011

Jaargang 2010/2011

Voorwoord

Wat u voor u heeft liggen is mijn afstudeeropdracht voor de School of Human Movement and Sports aan de hogeschool Windesheim die ik heb gemaakt naar aanleiding van mijn eindstage bij GGZ Midden Nederland Meerkanten Ermelo.

Voor deze afstudeeropdracht heb ik een module assertiviteit aangeboden tijdens mijn stage bij GGZ Midden Nederland Meerkanten Ermelo om onderzoek te doen naar de mogelijkheden voor cliënten om assertiever te worden. Deze module is aangeboden aan mensen met stemmingsstoornissen van de open afdeling van het Johannesbos. Aan de hand van dit onderzoek is de effectiviteit gemeten van de module en kan met verder onderzoek gekeken worden naar een doorstart van de module.

Mijn dank gaat uit naar de deelnemers van de module omdat zij het mogelijk hebben gemaakt om dit onderzoek uit te voeren en naar mijn stagebegeleiders die mij geholpen hebben bij het ontwikkelen, bedenken en plannen van de module: Linda Biemond, Marieke Hoven en Maaïke Burgwal.

Ook wil ik mijn begeleidende docent Maurits Uijting en beoordelende docent Mia Scheffers bedanken.

Ik wil ook mijn naaste familie, vrienden en geliefde bedanken voor de steun tijdens het schrijven en ontwikkelen.

Ik wens u veel leesplezier!

Zwolle, januari 2011

Youki Erdkamp

Samenvatting

Dit onderzoek gaat over het effect van een assertiviteitsmodule op cliënten van GGZ Midden Nederland, Meerkanten, locatie Ermelo. Het begrip assertiviteit is een complex begrip. Het is beter te begrijpen wanneer je het uiteensplitst in assertief, sub-assertief en agressief. Om hierin duidelijkheid te scheppen heb ik eerst een literatuurstudie gedaan naar begrippen zoals hierboven (assertief, sub-assertief en agressief), maar ook naar de doelgroep en de methode.

Vervolgens is de module aangeboden en zijn de resultaten verwerkt. De resultaten zijn geformuleerd aan de hand van een vragenlijst die is ingevuld door cliënten voor en na de module. Deze vragenlijst bevat verschillende subschalen waarop gescoord kan worden, namelijk: het uiten van negatieve gevoelens, uiten van onzekerheid en eigen ontoereikendheid, jezelf kenbaar maken en het uiten van positieve gevoelens. Over deze vragenlijst is ook meer uitgewerkt in het literatuuronderzoek. Hieruit blijkt dat de tendens is dat de spanning is gedaald met 21,1% bij de vier deelnemende cliënten en de frequentie met 21,1% is gestegen. Situaties worden vaker herkend en leveren minder spanning op.

Dit is een positieve uitkomst van het onderzoek maar de cijfers zijn niet significant te noemen. Dit doordat de onderzoeksgroep te klein is en het onderzoek een pilot is. Er zou verder onderzoek gedaan moeten worden naar het effect om een doorstart te kunnen maken met deze module.

Inhoud

Voorwoord	1
Samenvatting.....	2
Inleiding	6
Hoofdstuk 1 Probleemstelling	7
1.1 Aanleiding:.....	7
1.2 Relevantie van het onderzoek.....	7
1.3 Doel van.....	7
1.4 Doel in:	7
1.5 De vraagstelling:	8
Hoofdstuk 2 Theoretisch kader	9
2.1 Inleiding	9
2.2 Methode van data verzameling.....	9
2.3 Het begrip assertief/assertiviteit.....	9
2.3.1 Assertief.....	10
2.3.2 Sub-assertief.....	11
2.3.3 Agressief	12
2.4 De module	12
2.4.1 Beschrijving module	12
2.4.2 Opbouw module.....	13
2.4.3 Referentiekader.....	13
2.5 Doelgroep stemmingstoornissen	14
2.5.1 Behandeling.....	14
2.6 De vragenlijst.....	15
2.6.1 Keuze voor SIG in plaats van IOA.....	15
2.6.2 SIG vragenlijst.....	15
Hoofdstuk 3 praktijkonderzoek.....	17
3.1 Onderwerp onderzoek	17
3.2 Onderzoeksinstrumenten.....	17
3.3 Beschrijving doelgroep module.....	17
3.4 Methode van data verwerking	17
3.5 Verloop van het onderzoek	18
Hoofdstuk 4 Resultaten.....	19

Hoofdstuk 5 Discussie en conclusie.....	21
5.1 Discussie	21
5.1.1 Reflectie op de methode	21
5.1.2 Reflectie op de resultaten	21
5.1.3 Reflectie op de uitvoering van het onderzoek	21
5.2 Conclusie	22
Hoofdstuk 6 Aanbevelingen	23
Literatuur.....	24
Artikelen	24
Boeken.....	24
Internet.....	24
Bijlagen	25
Bijlage 1 Module assertiviteit.....	25
Inleiding	25
Sessie 1: Bewustwording van eigen grenzen en daarbij opkomende gevoelens, emoties en lichaamsignalen	29
Sessie 2: Bewustwording van eigen grenzen en daarbij opkomende gevoelens, emoties en lichaamsignalen	32
Sessie 3: Herkennen van eigen grenzen en daarbij opkomende gevoelens, emoties en lichaamsignalen	34
Sessie 4: Herkennen van eigen grenzen en daarbij opkomende gevoelens, emoties en lichaamsignalen → eerste stap naar erkennen.....	37
Sessie 5: Het erkennen van eigen grenzen en daarbij opkomende gevoelens, emoties en lichaamsignalen.	40
Sessie 6: Het adequaat omgaan met eigen grenzen en daarbij opkomende gevoelens, emoties en lichaamsignalen.....	43
Bijlage 2 Kenmerken directieve therapie	46
Bijlage 3 Beslisboom stemmingsstoornissen volgens DSM-IV	46
Bijlage 4 Schaal voor Interpersoonlijk Gedrag	49
Bijlage 5 Vragenlijst module assertiviteit	50
Bijlage 6 Vragenlijst module assertiviteit: versie therapeute	51
Bijlage 7 Scoring SIG T0 tabel	52
Bijlage 8 Scoring SIG T1 tabel	53

Bijlage 9 SIG grafiek subschalen T0 en T1 per cliënt	54
Bijlage 10 Staafdiagrammen spanningsverschil en frequentieverschil verschillende subschalen T0 en T1	57
Staafdiagram spanningverschil.....	57
Staafdiagram frequentieverschil	57
Bijlage 11 Vergelijking staafdiagram totaal SIG vragenlijst spanning en frequentie T0 en T1.....	58
Bijlage 12 Scoring eigen vragenlijsten per cliënt per subdoel met staafdiagrammen	58
Bijlage 13 Scoring per subdoel met staafdiagrammen.....	60
Bijlage 14 Scoring eigen vragenlijst totaal per subdoel met staafdiagram	61

Inleiding

Op veel van de afdelingen van mijn stageplaats speelt assertiviteit bij cliënten een rol met betrekking tot het ontstaan of in stand houden van hun problematiek. De vraag is: wat is assertiviteit en wat kan het meer of minder assertief zijn betekenen voor cliënten?

Wat u gaat lezen is een evaluerend rapport over het effect van de interventie “assertiviteitsmodule” bij een groep cliënten met stemmingsstoornissen van een open afdeling van GGZ Midden Nederland locatie Ermelo.

De vraagstelling is als volgt:

Wat zijn de effecten van een PMT assertiviteitsmodule bij cliënten met een stemmingsstoornis op een open opnameafdeling binnen GGZ Midden Nederland, locatie Ermelo?

Ik heb gekeken of door de module de assertiviteit stijgt of daalt. Dit heb ik gedaan met behulp van twee vragenlijsten: ‘de Schaal voor Interpersoonlijk Gedrag’ (Harcourt Test Publishers) en een zelf ontwikkelde vragenlijst.

De directe aanleiding voor het schrijven van dit rapport is mijn afstudeeropdracht van de opleiding Psychomotorische therapie aan de school of Human Movement and Sports van Hogeschool Windesheim te Zwolle. Dit onderzoek is gebaseerd op literatuur, praktijk en op mijn eigen ervaringen. Vanuit deze invalshoeken wil ik conclusies trekken en eventueel aanbevelingen doen voor vervolgonderzoek.

Opbouw onderzoek

In hoofdstuk 1 vindt u een uitwerking van de probleemstelling. In hoofdstuk twee vindt u de theoretische verdieping met betrekking tot assertiviteit, de module en doelgroep. Hierin kunt u ook meer achtergrondinformatie vinden over de gebruikte vragenlijst. In hoofdstuk 3 wordt het onderzoek verder toegelicht. Hoofdstuk 4 bevat de belangrijkste resultaten aan de hand van percentages. In hoofdstuk 5 zal ik de module ter discussie stellen en in hoofdstuk 6 volgen de conclusie en aanbevelingen.

Hoofdstuk 1 Probleemstelling

1.1 Aanleiding:

In het tweede jaar van de School of Human Movements and Sports heb ik de capita selecta trainer weerbaarheid/assertiviteit gevolgd. Het was mijn eerste ervaring met dit thema en het onderwerp sprak mij enorm aan. Door deze positieve ervaring is assertiviteit mij blijven interesseren. De verschillen tussen hoe mensen omgaan met assertiviteit en wat dit kan betekenen in de omgang met anderen maar ook voor henzelf. Door deze interesse ben ik veel over het onderwerp assertiviteit gaan lezen en ontstond het idee te gaan onderzoeken wat het effect hiervan kan zijn met betrekking tot pmt.

Tijdens mijn derdejaarsstage heb ik samen met mijn stagebegeleider Ewout Besselink een weerbaarheidsmodule aangeboden bij Straathoekwerk Nunspeet. Hierop kreeg ik veel positieve reacties wat mij stimuleerde om mij nog meer te verdiepen in dit thema. Deze module hebben wij niet ontwikkeld aan de hand van een bepaalde methode, de module is volledig ontstaan vanuit de hulpvraag van de doelgroep en geschreven en uitgewerkt door mijn stagebegeleider en mij.

Wat in deze scriptie naar voren komt, is de link tussen assertiviteit en weerbaarheid; deze zal ik meer toelichten in de theoretische verdieping.

1.2 Relevantie van het onderzoek

Met mijn afstudeeropdracht wil ik een module ontwikkelen en onderzoeken die praktische handvatten biedt voor het dagelijks leven en die gebruikt kan worden op mijn stageplaats. Bij de doelgroep waar ik stage loop, speelt depressie door overvraging een grote rol. Doordat cliënten hun grens niet kunnen aangeven, raken ze overvraagd en dat leidt tot een sombere stemming. Met deze module wil ik de cliënten bewuster maken van hun grens en wat het voor hen kan betekenen wanneer ze hun grens kunnen aangeven. De module is erop gericht cliënten te ondersteunen in het dagelijks leven.

De focus in het onderzoek ligt op het effect van de ontwikkelde module en niet op de ontwikkeling van de module zelf. De ontwikkeling van de module is in samenwerking gegaan met Linda Biemond, een van mijn stagebegeleiders.

1.3 Doel van

Doel *van* het onderzoek is of deze assertiviteitsmodule bijdraagt aan de assertiviteit van cliënten met een stemmingstoornis op een open opnameafdeling binnen GGZ Midden Nederland, locatie Ermelo.

Het onderzoek laat zien of de assertiviteitsmodule wel of geen effect heeft en als er effect is, hoeveel dat dan is. Er zou een doorstart gemaakt kunnen worden met deze module en wellicht kan na verder onderzoek de module gepubliceerd worden.

1.4 Doel in:

Doel *in* het onderzoek luidt: wat is het effect op de assertiviteit van deze assertiviteitsmodule vanuit de PMT bij cliënten met stemmingsstoornissen van een open afdeling binnen GGZ Midden Nederland, locatie Ermelo.

Binnen de module wordt geoefend met het aangeven en omgaan met situaties die door cliënten als lastig worden ervaren en hier passend bij het gevoel op kunnen reageren. De module biedt handvatten en bevat het aanleren van praktische vaardigheden voor in het dagelijks leven. Voor en na de module wordt een vragenlijst afgenomen om het effect van de module op de assertiviteit te meten.

1.5 De vraagstelling:

Uit deze doelen is een vraagstelling naar voren gekomen:

Wat zijn de effecten van een PMT assertiviteitsmodule bij cliënten met een stemmingstoornis op een open opnameafdeling binnen GGZ Midden Nederland, locatie Ermelo?

Om duidelijker antwoord te kunnen geven op de vraagstelling en om meer verdieping te krijgen is de vraagstelling uiteengezet in verschillende deelvragen:

- Wat houdt assertiviteit in?
- Wat houdt deze module assertiviteit in?
 - Hoe ziet deze eruit?
 - Wat is de opbouw?
- Welke vragenlijst wordt er gebruikt voor het onderzoek?
 - Waarom is deze vragenlijst gekozen?
 - Wat houdt deze vragenlijst in?
 - Eigen ontwikkelde vragenlijst, opbouw.
- Wat zijn stemmingsstoornissen?

Hoofdstuk 2 Theoretisch kader

2.1 Inleiding

Voor het onderzoek heb ik me verdiept in de literatuur. Vanuit de literatuur komen er verschillende theorieën naar voren. Aan de hand van deze theorieën probeer ik antwoord te geven op de vraagstelling. De vraag is: Wat zijn de effecten van een PMT assertiviteitsmodule bij cliënten met een stemmingstoornis op een open opnameafdeling binnen GGZ Midden Nederland, locatie Ermelo? Aan de hand van de achtergrondinformatie hoop ik beter antwoord te kunnen geven op de vraagstelling

2.2 Methode van data verzameling

Nadat ik had vastgesteld wat mijn onderwerp was, ben ik gaan zoeken naar informatie. Eerst heb ik op mijn stageplaats gezocht in de verschillende uitgaven van de NVPMT (Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie). Ook heb ik gezocht naar informatie voor het opzetten van een module.

Op school heb ik in de mediatheek/bibliotheek gezocht naar boeken, artikelen en andere publicaties. Het zoeken naar informatie is best gecompliceerd dus heb ik mijn zoekopdracht verfijnd. Om echt actuele informatie te krijgen heb ik geprobeerd te zoeken naar informatie die na 2000 is gepubliceerd, een uitschieter nagelaten. Ook heb ik gezocht op zowel Nederlands als Engelstalige literatuur.

Daarnaast heb ik boeken gebruikt uit het studiepakket van school en de informatie uit lessen. Veel informatie en hulp heb ik gekregen van mensen om mij heen. Stagebegeleiders, docenten en medestudenten.

2.3 Het begrip assertief/assertiviteit

Er zijn verschillende definities van assertiviteit¹. Volgens de van Dale:

- *as-ser-tief* bn zelfbewust, zelfverzekerd
 - *as-ser-ti-vi-teit* de; v het zichzelf durven zijn
- In staat zijn voor jezelf op te komen, je mening te geven, een plek in te nemen (S. Peeters, K. Klumpers, *PsychoPraxis, Leven met assertiviteitsproblemen*, jaargang 7, nr. 5, oktober 2005)
 - Assertiviteit is 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 inhoudt van verlies of zelfs straf (Fellinger, Maliepaard & Tummers (1999). Deze omschrijving komt uit een pmt module en ondanks het feit dat dit een oudere definitie is, heb ik hem toch gekozen omdat hij naar mijn mening het begrip assertiviteit goed omschrijft.

Dat er zoveel verschillende definities zijn, laat zien dat assertiviteit een complex begrip is. In de module heb ik een definitie geformuleerd die ik zelf passend vind omdat hij de verschillende gebieden omvat namelijk; sociaal, emotioneel en persoonlijk. De volgende definitie heb ik gebruikt:

¹ Hustings (2000, p. 17) "Het begrip assertiviteit werd bekend door de Amerikaan Salter (1949) die dit gedrag voor het eerst omschrijft al een 'adequate uitdrukking van gevoel'.

“Het beter kunnen omgaan met en reageren op situaties, die als lastig worden ervaren en hier op een adequate wijze op kunnen reageren, rekening houdend met eigen gevoel en dat van een ander”.

Om assertiviteit goed te kunnen begrijpen wordt het uiteengesplitst in drie gebieden, namelijk:

- Assertief
- Subassertief
- Agressief

Stel je voor dat je op het station staat en iemand naast je staat te eten en gooit al zijn papiertjes op de grond, terwijl er 10 meter naast jullie een prullenbak staat. Wat zou je doen?

1. Zeg je er niks van en laat je de papiertjes liggen (of je ruimt ze stiekem op als de ander niet kijkt)
2. Fluister je zachtjes “er staat toch een prullenbak”
3. Val je uit tegen de ander met de vraag of hij/zij dat normaal vindt zo maar alles op de grond te gooien
4. Blijf je rustig en vraag je op een vriendelijke toon of de ander de papiertjes misschien in de prullenbak zou willen gooien

De eerste twee reacties zijn sub-assertief. De derde reactie is een voorbeeld van agressief gedrag en de laatste is een voorbeeld van assertief gedrag. Wat zijn de verschillen tussen deze drie gebieden?

2.3.1 Assertief

Wijnberg en Kratochvil (2003, p.15) “Assertief is afkomstig van het woord ‘assertive’. ‘To be assertive’ of ‘jezelf assertief gedragen’ betekend: ‘jezelf kenbaar maken, voor jezelf opkomen’.”

Assertiviteit of assertief zijn is een steeds vaker voorkomend begrip in de psychotherapeutische wereld. De definities van assertiviteit zijn daarom nu groter geworden en omvatten meerdere gebieden zoals; emoties tonen, voor je zelf opkomen, rekening houden met de ander en nee zeggen. Het begrip assertief is daarmee steeds complexer geworden.

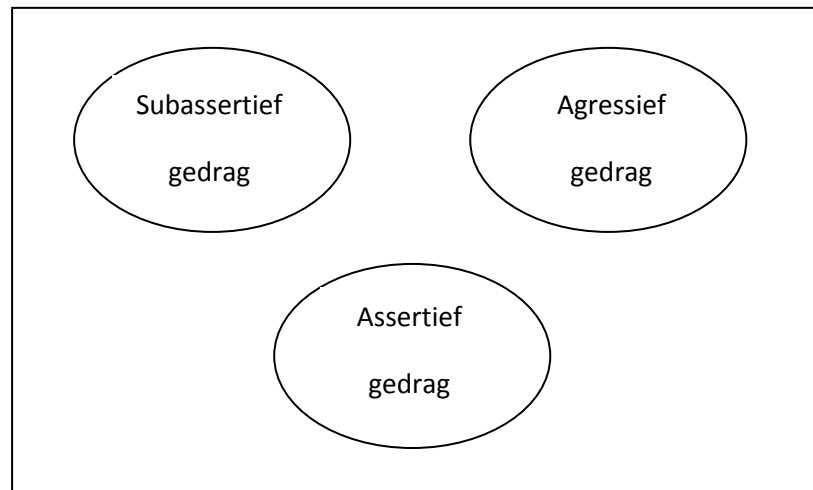
Een aantal kenmerken van assertiviteit volgens F. Peeters en A. Klumpers²

- rustig voor je eigen rechten opkomen;
- gedachten en gevoelens openlijk uiten;
- onafhankelijk zijn;
- jezelf adequaat verdedigen;
- blijf geven van belangstelling en verlangens;
- rekening houden met anderen;
- anderen niet onnodig kwetsen;
- duidelijk praten, goed oogcontact maken;
- een krachtige lichaamshouding hebben.

² PsychoPraxis, *Leven met assertiviteitsproblemen*, jaargang 7, nr. 5, oktober 2005

Een assertieve benadering betekent niet dat je ook direct de reactie krijgt die je verwacht. Het geeft alleen weer dat je rustig en duidelijk kan uitleggen wat jouw standpunt is en zo de kans groter maakt dat de ander reageert zoals jij hoopt.

Om assertiviteit goed te kunnen begrijpen zet je het uiteen in sub-assertiviteit en agressiviteit.



De gedragsvarianten, A. Hustings, assertief gedrag: 'n kunst om te leren, p. 19

2.3.2 Sub-assertief

Volgens Hustings (p. 19) "Subassertief gedrag doet geweld aan de eigen rechten en stelt de rechten en belangen van anderen op de eerste plaats"

Volgens F. Peeters en A. Klumpers³ zijn kenmerken van sub-assertiviteit:

- te weinig zeggen wat je denkt of vindt;
- je gevoelens binnenhouden;
- over je heen laten lopen;
- doen alsof je geen behoeftes hebt;
- je nodeloos verontschuldigen;
- je afhankelijk opstellen;
- voor anderen zorgen, maar niet voor jezelf;
- (te) zacht praten, weinig oogcontact maken;
- een weifelende lichaamshouding hebben.

Ons gedrag (assertief, subassertief of agressief) hangt samen met wat we denken in bepaalde situaties, met ideeën en opvattingen over de werkelijkheid, met verwachtingen die wij van anderen hebben maar ook met onze eigen gevoelens. Er is dus een samenhang tussen ons gedrag, denken en voelen.

³ PsychoPraxis, *Leven met assertiviteitsproblemen*, jaargang 7, nr. 5, oktober 2005

Gedachtes die vaak voorkomen bij subassertiviteit zijn de irreële gedachten. Een gedachte noemen we irreëel (irrationeel):

- als de gedachte niet waar is
- als die gedachte ons niet helpt ons doel te bereiken
- als die gedachte ons in een ongewenst conflict brengt.⁴

Daar tegenover staat de reële gedachte. Subassertieve mensen moeten vaak leren meer inzicht te krijgen in hun denkpatronen, hun irreële gedachten en opvattingen en deze veranderen in reële gedachten. Bij deze gedachtepatronen sluit het negatief zelfbeeld aan. Vaak is het zo dat deze mensen de neiging hebben om in die negatieve gedachten te blijven hangen en de gedachten/opvattingen te gaan geloven. Hierdoor ontstaat een vicieuze cirkel, wat vaak samenhangt of ten grondslag ligt aan het subassertieve gedrag.

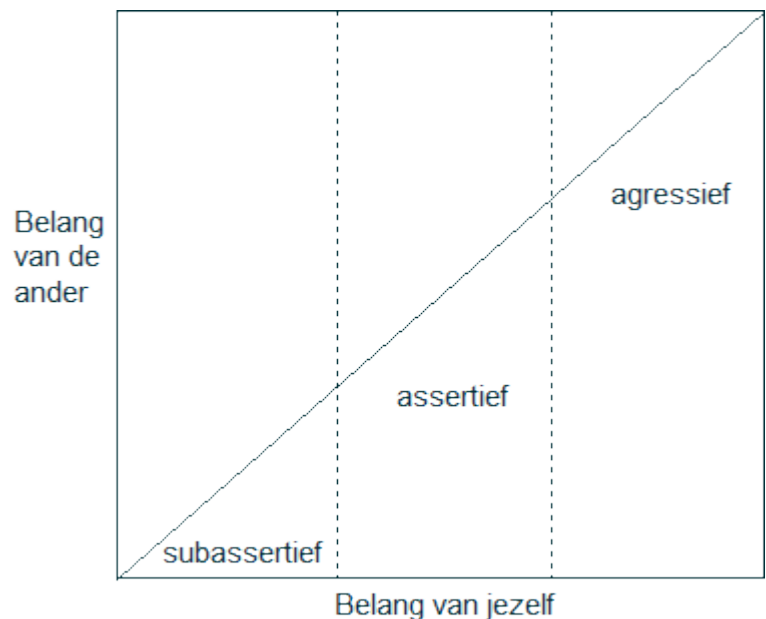
2.3.3 Agressief

Bij agressief gedrag is de boodschap anders, hierin wordt niet onderhandeld of rekening gehouden met de gedachten of gevoelens van de ander, maar er wordt gezegd “dit is wat ik denk, wat jij denkt, maakt me niet uit”. Er wordt gekeken vanuit eigen belangen en de belangen van de ander worden overgeslagen. Vaak komt agressie voort uit het niet willen laten zien van kwetsbaarheid of angst. Agressie levert een gevoel van dominantie op en controle voor even maar verhuult de andere kanten, de kanten van angst en kwetsbaarheid. Een agressieve manier van benaderen geeft duidelijkheid maar is emotioneel niet bevredigend omdat het eenzijdig is.

Agressie is een breed begrip en wordt vanuit de literatuur op verschillende wijzen gedefinieerd. Wat van toepassing is binnen dit onderzoek is de agressieve manier van reageren, het is niet nodig diep op agressie in te gaan omdat dit niet van toepassing is voor dit onderzoek.

Figuur rechts:
Mariëlle de Groot, 28-12-'10, www.carrieretijger.nl

Vanuit assertiviteit kan er gekozen worden voor subassertief of agressief gedrag.



2.4 De module

2.4.1 Beschrijving module

Doel van deze module is het bevorderen van de assertiviteit van de cliënten, zodat ze beter kunnen omgaan met situaties die als lastig worden ervaren en hier passend bij hun gevoel op kunnen reageren. De module biedt handvatten en bevat het aanleren van praktische vaardigheden voor in het dagelijks leven.

In de assertiviteitsmodule wordt beweging (PMT) gebruikt als middel om te werken aan de

assertiviteitsproblematiek van de cliënten met stemmingsstoornissen. In bijlage 1 vindt u de volledige module. Om een duidelijk beeld te krijgen van de theoretische kaders waarbinnen is gewerkt vindt u hieronder meer informatie.

2.4.2 Opbouw module

De module is geschreven volgens de handleiding module ontwikkeling van de Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie. Met behulp van Linda Biemond heb ik de module ontworpen, geschreven en uitgevoerd.

Ik ben begonnen met het opzetten van thema's die aan de orde moesten komen in een module passend bij het thema assertiviteit. De volgende thema's zijn naar voren gekomen:

- Kennismaken/Samenwerken
- Stevig staan/kracht
- Expressie en mimiek
- Stemgebruik
- Vertrouwen
- Grenzen

Vervolgens zijn we gaan kijken naar subdoelen die behaald moeten worden om het algemene doel te bereiken.

1. bewustwording van eigen grenzen en daarbij opkomende gevoelens, emoties en lichaamssignalen.
2. het herkennen van eigen grenzen en daarbij opkomende gevoelens, emoties en lichaamssignalen.
3. het erkennen van eigen grenzen en daarbij opkomende gevoelens, emoties en lichaamssignalen.
4. het adequaat omgaan met eigen grenzen en daarbij opkomende gevoelens, emoties en lichaamssignalen.

De module bestaat uit 6 sessies van 1 uur. De eerste twee sessies hebben als doel punt 1, de derde sessie richt zich op punt 2, de vierde sessie richt zich ook op punt 2 maar maakt een koppeling naar punt 3, sessie vijf is gericht op punt 3 en in de laatste sessie komt punt 4 naar voren.

Voor en na de module wordt de Schaal voor Interpersoonlijk Gedrag vragenlijst afgenomen, hierover vindt u meer informatie in hoofdstuk 2.6.

2.4.3 Referentiekader

Tijdens de module worden de richtlijnen van de directieve therapie gebruikt. Dit omdat de module bedoeld is om handvatten te bieden voor in het dagelijks leven. Hierbij zijn we oefengericht bezig en werkt een directieve houding efficiënt en biedt begeleiding en structuur.

Directieve therapie

Directieve therapie valt binnen het gedragstherapeutisch kader van Pavlov en Skinner. A. Weerman (2006, p. 79) "Gedragstherapie is geënt op het 'behaviorisme', een psychologische stroming die zich rond de jaren vijftig van de vorige eeuw sterk afzette tegen de psychoanalytische

therapieën en zich uitsluitend wilde bezighouden met waarneembaar gedrag.” Volgens gedragstherapeuten moeten cliënten juist die dingen leren die ze niet kunnen. Het is een kortdurende therapie die gericht is op haalbare doelen. In bijlage 2 vind u de kenmerken van directieve therapie.

2.5 Doelgroep stemmingstoornissen

In de praktijk zijn er veel verschillende vormen van stemmingsstoornissen. Stemmingsstoornissen zijn onder te verdelen in twee groepen: éénpolige of unipolaire stoornissen en tweepolige of bipolaire stoornissen. Bij éénpolige of unipolaire stoornissen is er uitsluitend sprake van depressieve syndromen, bij tweepolige of bipolaire stoornissen doen zich zowel depressieve als manische syndromen voor. In bijlage 3 vind u een beslisboom volgens de dsm-IV (American Psychiatric Association, 2007). Onder de twee categorieën vallen meerdere stoornissen:

Éénpolige of unipolaire stoornissen:

- dysthieme stoornis
- depressie
- hypomanie
- manie

Tweepolige of bipolaire stoornissen:

- cyclothyme stoornis
- manisch-depressief of bipolaire stoornis

De meest voorkomende vorm is depressie, dit is ook de vorm die in de onderzoeksgroep aanwezig was. *M.J.M. van Son* (1996) “De kern van depressie wordt gevormd door ‘anhedonia’, de afwezigheid van zin, lust, plezier of interesse, en uit zich vaak in een sombere gemoedstoestand, wanhoop, leegheid, verdriet en schuld.”. Depressie omvat ook somatische-, cognitieve- en gedragsaspecten zoals gewichtsverlies, suïcidegedachten en rusteloosheid. Er wordt gesproken van een depressie/depressiviteit wanneer de toestand van de cliënt het leven aanmerkelijk hindert⁵. Wat bij onze doelgroep leidde tot depressie was overvraging. Doordat cliënten niet konden aangeven wat ze wel en niet wilden, werden ze overvraagd wat leidde tot sombere gedachten en depressie. Dit was dan ook de meest voorkomende vorm.

2.5.1 Behandeling

De belangrijkste biologische therapievorm die wordt aangeboden is het toedienen van antidepressieve medicijnen. Er zijn verschillende behandelvormen mogelijk:

- de zoals hierboven al staat aangegeven medicamenteuze behandeling
- bij winterdepressies: lichttherapie
- slaaponthouding
- electroconvulsietherapie
- bij lichte tot matige depressie is er vaak behandeling door psychotherapie, cliënten krijgen inzicht in de achterliggende oorzaken van hun depressie

- gedragstherapie, volgens Lewinsohn is het belangrijk om de positieve bekrachtiging te vergroten
- cognitieve gedragstherapie volgens Beck cliënten moeten de negatieve onlogische denkpatronen worden afgeleerd
- interpersoonlijke psychotherapie, pakt de tegenstrijdige verwachtingen aan die de cliënten en hun omgeving van elkaar hebben (dit lijkt een combinatie van gedrags- en cognitieve therapie)

Tijdens de behandeling moet er rekening gehouden worden met biologische, psychologische en sociale factoren die gelden voor de individuele cliënt. Bij 80-90% van cliënten met depressie is het vooruitzicht op verbetering binnen twee jaar redelijk tot goed.⁶

2.6 De vragenlijst

Voor dit praktijkonderzoek heb ik een vragenlijst gebruikt. Om tot een keuze te komen voor een vragenlijst ben ik gaan zoeken naar de beschikbaren vragenlijsten met als thema assertiviteit. Met hulp van Lia van der Maas ben ik tot de vragenlijst Schaal voor Interpersoonlijk Gedrag (SIG) gekomen en Inventarisatielijst Omgang met Anderen (IOA).

2.6.1 Keuze voor SIG in plaats van IOA

Ik heb gekozen voor de SIG vragenlijst omdat deze overzichtelijker is dan de IOA vragenlijst in mijn ogen. De verschillende subschalen die naar voren komen zijn hetzelfde alleen de lay-out is anders. Voor de doelgroep waarbij ik de vragenlijst afneem is het belangrijk dat het overzichtelijk is, daarom is de uiteindelijke keuze op de SIG gevallen.

2.6.2 SIG vragenlijst

De SIG vragenlijst bestaat uit 50 zelfbeoordelvragen. Het zijn 50 situaties op een vijfpuntenschaal aangegeven waarbij aangegeven wordt hoe hoog/laag de spanning is en vervolgens hoe frequent de spanning voorkomt. In bijlage 4 vind u de volledige vragenlijst.

De vragenlijst is uitgegeven in het jaar 1984 door Harcourt Test Publishers. De lijst is gemaakt door W.A. Arrindell, P.M. de Groot en J.A. Walburg. De vragenlijst is geschikt voor adolescenten vanaf 14 jaar en volwassenen. De lijst is ontwikkeld omdat de tot dan toe bestaande instrumenten niet meer voldeden aan het huidige beeld. Dat komt doordat het begrip assertiviteit verbreed is, vroeger was er minder aandacht voor sociaal adequaat gedrag en de meeste lijsten zijn vertaald vanuit het Engels en zijn dus niet op de Nederlandse populatie genormeerd en gevalideerd.

De Schaal voor Interpersoonlijk Gedrag bestaat uit 50 situaties die verdeeld zijn over vier schalen:

1. Het uiten van negatieve gevoelens (NEG, 15 situaties)
2. Uiten van onzekerheid en eigen ontoereikendheid (ONZ, 14 situaties)
3. Jezelf kenbaar maken (KEN, 9 situaties)
4. Uiten van positieve gevoelens (POS, 8 situaties)

De vragenlijst wordt twee keer doorgenomen waarbij bij de eerste keer wordt gekeken naar de spanning die de situatie veroorzaakt en de tweede keer naar de frequentie waarin de situatie zich voordoet.⁷

De COTAN heeft de SIG in 1999 als vrij goed beoordeeld.

Hoofdstuk 3 praktijkonderzoek

3.1 Onderwerp onderzoek

Het onderzoek betreft een effectmeting van de module assertiviteit die is ontwikkeld in het kader van mijn afstudeerproject van de School of Human Movement and Sports.

3.2 Onderzoeksinstrumenten

Het praktijkonderzoek bestaat uit het afnemen van de Schaal voor Interpersoonlijk Gedrag van W.A. Arrindell, P.M. de Groot en J.A. Walburg om het effect van de module te meten. Daarnaast heb ik zelf een vragenlijst gemaakt aan de hand van het doel en de subdoelen van de module. Dit is geen gevalideerde vragenlijst maar hij geeft wel inzicht in verandering ten opzichte van de specifieke doelen. In bijlage 5 vind u de vragenlijst voor de cliënten en in bijlage 6 de vragenlijst voor de therapeut, hierin kunt u zien tot welke subdoel elke vraag behoort.

3.3 Beschrijving doelgroep module

De module assertiviteit is specifiek geschreven voor cliënten van de open opname afdeling stemmingsstoornissen binnen GGZ midden Nederland, Meerkanten locatie Ermelo. Vanuit het behandelteam is er gekeken naar welke cliënten baat zouden hebben bij deze module en ook is hierbij gekeken naar de aanwezigheid van contra-indicaties waardoor het volgen van de module onmogelijk zou zijn⁸. Eveneens is er gekeken naar kans op uitval tijdens de module. Om effectiviteit te kunnen meten was het van belang dat de cliënten de volledige module hadden gevolgd. De module is gestart met vier cliënten, volwassenen van ongeveer 30 tot +/- 50 jaar, met stemmingsstoornissen van het Johannesbos open opname afdeling binnen Meerkanten Ermelo. Vervolgens is de module ingepast in het behandelprogramma van de cliënten. De vier cliënten hebben de module allemaal afgemaakt.

3.4 Methode van data verwerking

Bij dit onderzoek is een voor- en nameting gedaan aan de hand van de vragenlijst Schaal voor Interpersoonlijk gedrag van W.A. Arrindell, P.M. de Groot en J.A. Walburg..

Er is een onderzoek gedaan naar de betrouwbaarheid en validiteit door de SIG af te nemen bij 1500 personen uit 8 groepen (twee fobische groepen (n=703, n=119), subassertieve vrouwen (n=34), twee normale groepen (n=250, n=46), twee groepen poliklinisch psychiatrische patiënten (n=29, n=253) en tot slot een groep psychiatrische patiënten van een dagkliniek (n=38). Hieruit heeft de COTAN in 1999 de SIG als vrij goed beoordeeld. De betrouwbaarheid is als goed beoordeeld en de begripsvaliditeit als goed en criteriumvaliditeit als voldoende.

Er zijn normgegevens beschikbaar voor vier groepen (subassertieve vrouwen, fobici, poliklinisch psychiatrische patiënten, normalen), maar de COTAN heeft in 1999 de normen als onvoldoende beoordeeld omdat deze niet representatief zijn of de representativiteit niet te beoordelen is.⁹

Om de effectiviteit te kunnen meten is er gekozen voor een vragenlijst. De vragenlijst bevat gesloten vragen omdat deze betrouwbaarder zijn dan open vragen. De cliënten hebben de vragenlijsten allemaal op hetzelfde tijdstip ingevuld.

⁸ De contra-indicaties kunt u vinden in de bijlage "module assertiviteit"

⁹ <http://www.pearson-nl.com/meerkanten>

De onderzoeksgroep bestaat uit 4 cliënten, dit is een kleine groep voor een onderzoeksgroep. Ook is er sprake geweest van een voor- en nameting direct voor en na de module en niet met een aantal weken er tussen. Dit kon planningsgewijs niet anders. Deze factoren (de kleine onderzoeksgroep en het beperkte aantal deelnemers) maken dat dit een pilot onderzoek is. De uitkomsten moeten hierdoor ook in perspectief gezien worden. Het was niet mogelijk om naast de gewone groep ook een controlegroep te draaien, dit door ruimte/tijdgebrek.

De zelf ontwikkelde vragenlijst is niet onderzocht dus geeft geen valide uitslagen weer. Hij geeft een indicatie van de effecten per subdoel gesteld in de module. Hierbij is net als bij de SIG vragenlijst gebruik gemaakt van een vijfpuntenschaal aan de hand van de volgende gebieden:

- Bewustwording van eigen grenzen en daarbij opkomende gevoelens, emoties en lichaamssignalen
- Het herkennen van eigen grenzen en daarbij opkomende gevoelens, emoties en lichaamssignalen
- Het erkennen van eigen grenzen en daarbij opkomende gevoelens, emoties en lichaamssignalen
- Het adequaat omgaan met eigen grenzen en daarbij opkomende gevoelens, emoties en lichaamssignalen

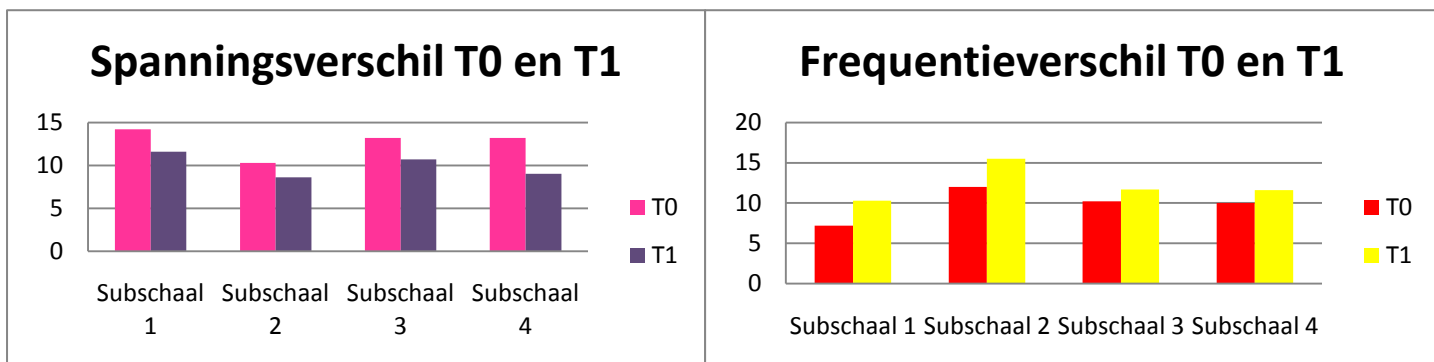
3.5 Verloop van het onderzoek

Voor de module begon, zijn de cliënten op de locatie geweest voor een introductie van de module en het invullen van de vragenlijst. Hierdoor hadden de cliënten een duidelijk beeld van de opzet en was er een gezamenlijk moment om de vragenlijst te introduceren en in te vullen. Tijdens de laatste bijeenkomst hebben we na afloop samen de vragenlijst nogmaals ingevuld.

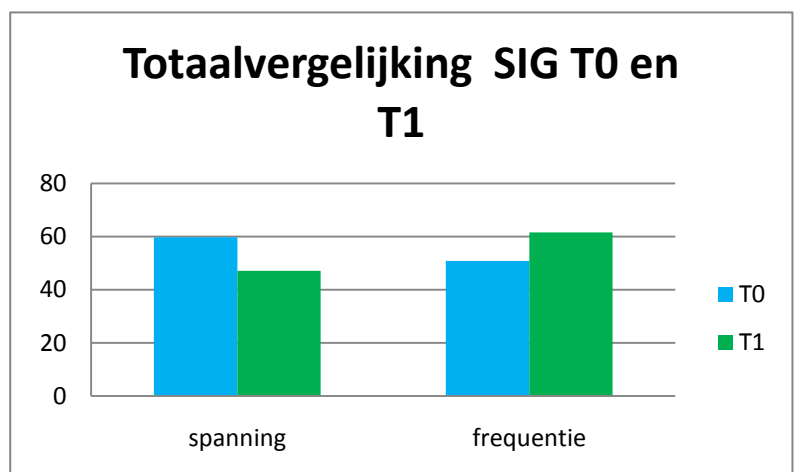
Hoofdstuk 4 Resultaten

De volgende resultaten zijn afkomstig uit de vergelijking tussen de voor- en nameting van de Schaal voor Interpersoonlijk Gedrag. In bijlage 7 t/m 10 vind u de diagrammen en grafieken die hierbij horen. Hieronder de belangrijkste resultaten:

- In totaal is over alle cliënten de spanning met 21,1% gedaald ten opzichte van de eerste meting. De frequentie daarentegen is met 21,1% gestegen ten opzichte van de eerste meting.
- De grootste daling in spanning is te zien in het uiten van positieve gevoelens (schaal 4), deze subschaal is gedaald met 31,8% ten opzichte van de eerste meting.
- De grootste stijging in frequentie is te zien in het uiten van negatieve gevoelens (schaal 1) en het uiten van onzekerheid en eigen ontoereikendheid (schaal 2). Het uiten van negatieve gevoelens is gestegen met 42,1% ten opzichte van de eerste meting en het uiten van onzekerheid en eigen ontoereikendheid is gestegen met 29,2% ten opzichte van de eerste meting.
- Wat ook opvalt is dat bij alle verschillende subschalen er sprake is van afname in spanning en toename in frequentie.
- De minste afname in spanning is op het gebied van het uiten van onzekerheid en eigen ontoereikendheid (schaal 2).
- De minste toename op het gebied van frequentie is op het gebied van jezelf kenbaar maken (schaal 3).



Hier boven ziet u twee diagrammen die de verschillen tussen de nul meting vooraf (T0) en meting achteraf weergeven (T1) op gebied van spanning en frequentie per subschaal. Hieronder ziet u een diagram dat de totaalverandering weergeeft op gebied van spanning en frequentie.



De zelf ontwikkelde vragenlijst is niet onderzocht dus geeft geen valide uitslagen weer. Hij geeft een indicatie van de effecten per subdoel gesteld in de module. In bijlage 12 t/m 14 vindt u de diagrammen hiervan. Uit die indicatie kun je het volgende opmaken:

- De belangrijkste stijging is te zien op de schaal met betrekking tot het adequaat omgaan met eigen grenzen en daarbij opkomende gevoelens, emoties en lichaamssignalen. Hier is een stijging te zien van 40% ten opzichte van de eerste meting.
- Bewustwording van eigen grenzen en daarbij opkomende gevoelens, emoties en lichaamssignalen is gestegen met 19% ten opzichte van de eerste meting.
- Bij 2 van de vier cliënten is er sprake van stijging op de verschillende schalen of blijft het gelijk. Bij de andere 2 cliënten is er op één schaal sprake van afname (één keer op herkenning en één keer op erkenning).

Hoofdstuk 5 Discussie en conclusie

5.1 Discussie

Het onderzoek heeft een aantal beperkingen die zeker aan de orde moeten komen.

5.1.1 Reflectie op de methode

- De duur van de module is maar 6 weken, dit is een korte tijd om veel verschillen te kunnen ontdekken in effectiviteit. We hebben hier bewust voor gekozen omdat deze periode in te passen was in het behandelrooster van de cliënten en omdat er een grote kans was dat de deelnemers de volledige module konden volgen wanneer deze maar 6 weken duurde.
- De eigen ontwikkelde vragenlijst is niet valide en betrouwbaar doordat deze niet goedgekeurd is, de vragenlijst geeft slechts een indicatie van de verschillende subdoelen die aan de orde zijn gekomen tijdens de module.
- Ik heb de module zelf geschreven en aangeboden. Hierdoor bestaat de kans dat ik onbewust invloed heb uitgeoefend op de cliënten. De cliënten waren zich ervan bewust dat deze module onderzocht werd en dat ik er een onderzoek over ging schrijven. Het zou zo kunnen zijn dat de cliënten hierdoor de vragenlijst anders hebben ingevuld dan ze zouden hebben gedaan bij een onafhankelijke therapeut. Daarnaast heb ik zelf ook geen verdere ervaring met deze methode.

5.1.2 Reflectie op de resultaten

- De doelgroep waar deze module zich op richt zijn cliënten met stemmingsstoornissen. Dit is van grote invloed op de resultaten doordat de stemming momentafhankelijk is. Eigenlijk zou er tijdens het afnemen van de vragenlijst ook een indicatie van de stemming op dat moment bij moeten om beter te kunnen meten of de uitslagen representatief zijn.
- Er waren voor de Schaal voor interpersoonlijk gedrag normgegevens beschikbaar voor vier groepen (subassertieve vrouwen, fobici, poliklinische psychiatrische patiënten en normalen) maar deze heb ik niet gebruikt. Dit omdat de COTAN in 1999 de normen als onvoldoende heeft beoordeeld omdat deze niet representatief zijn of de representativiteit niet te beoordelen is. Hierdoor is er geen vergelijking gemaakt met andere gegevens, dit betekent dat de resultaten alleen weergeven hoe de vier cliënten hierop hebben gereageerd.
- In de bijlagen kunt u zien dat de herkenning over het algemeen daalt bij de eigen ontworpen vragenlijst, hier zou verder onderzoek naar gedaan moeten worden.

5.1.3 Reflectie op de uitvoering van het onderzoek

- Twee van de vier cliënten hebben een sessie gemist wat in de korte duur van de module veel invloed kan hebben op de verandering met betrekking tot assertiviteit die gemeten wordt. Om een representatief beeld te geven zouden de cliënten alle sessies aanwezig moeten zijn.
- Er is geen sprake geweest van een controlegroep dus het onderzoek is minder representatief doordat het niet te vergelijken is.
- De onderzoeksgroep bestond maar uit vier personen wat relatief klein is voor een onderzoeksgroep. Hier is wel bewust voor gekozen omdat deze vier personen de module gegarandeerd af zouden kunnen maken en je tijdens de module geen last hebt van uitval van deelnemers wat het onderzoek minder betrouwbaar maakt doordat je minder gegevens hebt om te verwerken. De groep is wel te klein om significantie aan te kunnen tonen.

5.2 Conclusie

Om antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag kijk ik naar de conclusie van het gehele onderzoek.

Uit de onderzoeksresultaten komt naar voren dat de tendens is dat er daling is van spanning in de verschillende situaties die vanuit de vragenlijst naar voren komen. Daling op alle vier de gebieden: het uiten van negatieve gevoelens, uiten van onzekerheid en eigen ontoereikendheid, jezelf kenbaar maken en het uiten van positieve gevoelens. Daar tegenover staat dat de tendens ook laat zien dat de frequentie is gestegen op alle vier de gebieden. Dit is te verklaren doordat de cliënten door de module verschillende situaties beter herkennen.

Doordat de onderzoeksgroep te klein is en het een pilot onderzoek is, kan niet gesteld worden dat de resultaten significant zijn. Hiervoor zou verder onderzoek gedaan moeten worden.

Op de onderzoeksvraag:

Wat zijn de effecten van een PMT assertiviteitsmodule bij cliënten met een stemmingstoornis op een open opnameafdeling binnen GGZ Midden Nederland, locatie Ermelo?

Luidt het antwoord:

Het effect op de vier cliënten die de module hebben gevolgd laat zien dat de spanning is gedaald en de frequentie is gestegen. Deze cijfers zijn echter niet significant te noemen, doordat het een pilot onderzoek is.

Hoofdstuk 6 Aanbevelingen

Uit het onderzoek zijn een aantal aanbevelingen naar voren gekomen:

- Een onafhankelijke therapeut
doordat ik zelf de module heb ontworpen, aangeboden en belang had bij de resultaten zou ik invloed hebben kunnen uitgeoefend op hoe de cliënten de vragenlijst hebben ingevuld. Het zou beter zijn als de module aangeboden zou worden door een onafhankelijk persoon.
- Invloed stemming tijdens meetmomenten
omdat de doelgroep bij dit onderzoek uit cliënten bestond met stemmingsstoornissen zou de stemming tijdens het afnemen van de vragenlijst gemeten moeten worden omdat deze invloed zou kunnen hebben. Hierdoor kan de invloed van de stemming op dat moment gemeten worden en zijn de resultaten representatiever.
- Grotere onderzoeksgroep
doordat het een kleine groep was is het moeilijk om de significantie van het onderzoek weer te geven. Mijn aanbeveling zou zijn om een grotere groep te nemen om meer verschillen naar voren te kunnen laten komen aan de hand van de meetgegevens.
- Controlegroep
er is geen sprake geweest van een controlegroep dus het onderzoek is minder representatief doordat het niet te vergelijken is. Om het onderzoek betrouwbaarder te maken zou er spraken van een controlegroep moeten zijn.
- Kritische kijk op module
deze module is door mij met behulp van mijn stagebegeleidster ontwikkeld. Om het onderzoek betrouwbaarder te maken zou er nogmaals kritisch naar de module gekeken moeten worden.
- Meetmomenten
om een duidelijker beeld te krijgen zou er een maand voor en na de module ook nog een meetmoment moeten zijn en wellicht ook nog een op de helft van de module. Hierdoor kun je een beter beeld krijgen van de assertiviteit verhogende of verlagende effecten.

Literatuur

Artikelen

- S. Peeters, K. Klumpers, PsychoPraxis, *Leven met assertiviteitsproblemen*, jaargang 7, nr. 5, oktober 2005
- Niet meer door het lint, Assertiviteit, [Arno van Dam](#), [Carola van Tilburg](#), [Peter Steenkist](#) and [Margreet Buisman](#)
- R. Haringsma, assertiviteit deel I, Instituut voor Positieve Psychologie, aug 17th
- Stand van zaken in de directieve therapie, Alfred Lange, directieve therapie, volume 16, deel 4, 142-148
- PsychoPraxis, *Leven met assertiviteitsproblemen*, jaargang 7, nr. 5, oktober 2005
- Handleiding: module ontwikkeling voor Psychomotorische therapie (NVPMT 1998)

Boeken

- Schouten, J. (2002). *Ik ben d'r ook nog: een handleiding voor assertiviteitstrainingen*. Meppel, Amsterdam: uitgeverij Boom
- Hustings, A. (2000). *Assertief gedrag: 'n kunst om te leren Een handleiding voor trainers en opleidingsadviseurs*. Uitgeverij thema
- Wijnberg, J. & Kratochvil, T. (11^e druk: 2003). *Wat je denk, dat ben je zelf: introductie tot assertief denken en doen*. Soest: uitgeverij Nelissen
- Gelaen de, T. (2000). *Vaardig in het sociale verkeer: assertiviteit thuis en op kantoor voor volwassenen en adolescenten*. Roeselare: Globe Roularta Books
- Steward, W., *Bouw aan je zelfvertrouwen*, Deltas, 2003
- Depressie: theorie, diagnostiek en behandeling, Door F. A. Albersnagel, P.M.G. Emmelkamp, R.H. van den Hoofdakker
- M.J.M. van Son, Handboek Klinische Psychologie (december 1996)
- Kees van der Velden, 1989, Directieve therapie 3, Deventer, Van Loghum Slaterus
- Harinck, F. (2007). *Basisprincipes praktijkonderzoek*, Antwerpen-Apeldoorn: Garant
- Vandereycken, W & Deth van, R (2004). *Psychiatrie: van diagnose tot behandeling*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum
- Weerman, A. (2006). *Zes psychologische stromingen & één client*. Soest: Uitgeverij Nelissen
- Glassman W.E. & Nederlandse bewerking Geluk, H. (2007). *Stromingen in de psychologie*. Baarn: HBUitgevers
- American Psychiatric Association. DSM IV TR (2001). *Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV TR*, Amsterdam: Harcourt Assessment BV.

Internet

- <http://www.therapiehulp.nl/therapie/psychotherapie/directieve-therapie/>
- <http://www.vandale.nl>
- <http://www.meerkanten.nl>
- <http://www.pearson-nl.com>

Bijlagen

Bijlage 1 Module assertiviteit

Inleiding

Algemene omschrijving:

Doel van deze module is het bevorderen van de assertiviteit van de cliënten zodat ze beter kunnen omgaan met situaties die als lastig worden ervaren en hier passend bij hun gevoel op kunnen reageren. De module biedt handvatten en bevat het aanleren van praktische vaardigheden bruikbaar in het dagelijks leven.

Definitie assertiviteit:

Er zijn meerdere definities van assertiviteit die mij aanspreken, waaronder de volgende:

Riksen (1981)

“het durven uitkomen voor eigen meningen, het durven opkomen voor eigen rechten, het op adequate wijze uiten van positieve en negatieve gevoelens, het zich ontspannen voelen in sociale situaties en het niet vermijden, dan wel ontvluchten van situaties”

Fellinger, Maliepaard & Tummers (1999)

“Assertiviteit is 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 inhoudt van verlies of zelfs straf”.

De volgende definitie is in mijn eigen woorden en is passend voor deze module:

“Het beter kunnen omgaan met en reageren op situaties, die als lastig worden ervaren en hier op een adequate wijze op kunnen reageren, rekening houdend met eigen gevoel en dat van een ander”

Doelgroep:

Volwassenen van ongeveer 30 tot +/- 50 jaar, met stemmingsstoornissen. Dit zijn cliënten van de open opname afdeling Johannesburg Meerkanten Ermelo

Contra-indicaties:

- het niet leerbaar zijn door dementie, hersenletsel of ernstige persoonlijkheidsproblematiek
- het niet kunnen functioneren in een groep door bijvoorbeeld acting-out gedrag
- de aanwezigheid van psychoses waardoor de cliënt niet bij de realiteit is betrokken
- bij deze module horen bewegingsvormen, de persoon moet geen afkeer hebben tegen het uitvoeren van lichamelijke activiteiten

Randvoorwaarden voor de patiënt:

- lichamelijk kunnen functioneren op niveau van de groep, afwezigheid van een zware lichamelijke handicap

- het op cognitief niveau kunnen functioneren binnen de groep, afwezigheid van een zware cognitieve handicap (dementie, hersenletsel, IQ)
- aanwezigheid van motivatie om te leren en dit in de praktijk toe te passen

Doel:

Het beter kunnen omgaan met en reageren op situaties, die als lastig worden ervaren en hier op een adequate wijze op kunnen reageren, rekening houdend met eigen gevoel en dat van een ander.

Subdoelen:

1. bewustworden van eigen grenzen en daarbij opkomende gevoelens, emoties en lichaamssignalen.
2. het herkennen van eigen grenzen en daarbij opkomende gevoelens, emoties en lichaamssignalen.
3. het erkennen van eigen grenzen en daarbij opkomende gevoelens, emoties en lichaamssignalen.
4. het adequaat omgaan met eigen grenzen en daarbij opkomende gevoelens, emoties en lichaamssignalen.

Er komen tijdens de module verschillende thema's naar voren:

- Kennismaken/Samenwerken
- Stevig staan/kracht
- Expressie en mimiek
- Stemgebruik
- Vertrouwen
- Grenzen

Referentiekader:

Tijdens deze therapie gebruiken we de richtlijnen van de directieve therapie omdat de module bedoeld is om handvatten te bieden voor in het dagelijks leven. Hierbij zijn we oefengericht bezig en werkt een directieve houding efficiënt en biedt begeleiding en structuur.

De kenmerken van de directieve therapie:

1. de therapeut geeft (directieve) aanwijzingen;
2. het aantal zittingen wordt beperkt gehouden;
3. er wordt met concreet en welomschreven doelen gewerkt;
4. de klachten worden in een gunstige context geplaatst;
5. directieve therapie is pragmatisch;
6. directieve therapie is gericht op actie;
7. directieve benadering is eclectisch;
8. de omgeving wordt zo veel mogelijk bij de behandeling betrokken;
9. directieve therapie is voor gewonen mensen;
10. directieve therapie is voor mensen met klachten;

11. in directieve therapie worden de zogenaamde non-specifieke therapiefactoren optimaal benut.¹⁰

Behandeling:

Werkwijze:

De module moet handvatten bieden voor in het dagelijks leven. Op grond hiervan wordt vaak gekozen voor oefengerichte situaties. Ten aanzien van het bewustworden en herkennen van eigen grenzen wordt vaak gekozen voor ervaringsgerichte oefenvormen.

Verdeling sessies en onderwerpen

Voor en na de module wordt er een vragenlijst afgenomen die het effect van de module op de assertiviteit meet. Dit is de Schaal voor Interpersoonlijk Gedrag (SIG). Geschreven door W.A. Arrindell, P.M. de Groot en J.A. Walburg.

De module bestaat uit 6 sessies van 1 uur. De eerste twee sessies hebben als doel punt 1 bewustwording, de derde sessie richt zich op punt 2 herkennen, de vierde sessie richt zich ook op punt 2 herkennen maar maakt een koppeling naar punt 3 erkennen, sessie vijf is gericht op punt 3 erkennen en in de laatste sessie komt punt 4 adequaat reageren naar voren.

Therapeutische attitude:

Kenmerken van de therapeutische attitude zijn:

- informierend: psycho-educatie;
- directieve interventies (zie referentiekader: directieve therapie);
- duidelijkheid;
- structuur;
- ondersteunende interventies;
- het aanspreken op eigen verantwoordelijkheden;
- het bekrachtigen van positieve ervaringen/initiatieven;
- stimulerend ten aanzien van initiatieven thuis en in de groep;
- een meevoelende flexibele houding, zonder mee te gaan in al te negatieve gedachten;
- het bieden van handvatten voor in het dagelijks leven

Opbouw sessies:

Elke bijeenkomst gaan we eerst bij elkaar zitten om het thema van die bijeenkomst te bespreken. Vervolgens wordt middels activiteiten rondom bewegen en/of lichaamsbeleving aan de slag gegaan. Gedurende en na elke activiteit wordt deze besproken, ervaringen uitgewisseld en gevoelens uitgesproken.

Organisatie:

De module zal gegeven worden door mij: Youki Erdkamp, pmt student in het 5^e jaar met behulp van Linda Biemond.



Dit effect wordt gemeten omdat deze module wordt gegeven in het kader van mijn afstuderen. Aan de hand van de resultaten uit deze module schrijf ik een onderzoek over het effect van deze module op deze specifieke doelgroep.

Evaluatie:

De evaluatie voor de groep bestaat uit een tevredenheidsonderzoek over de module vanuit de cliënt. Ook wordt de vragenlijst die voor en in de module ingevuld is nog een keer ingevuld om het effect van de module op de assertiviteit te meten.

Sessie 1: Bewustwording van eigen grenzen en daarbij opkomende gevoelens, emoties en lichaamssignalen

Inleiding:

Inleiding over assertiviteit en algemene regels die gelden.

Doelen van de sessie:

- Cliënt is op de hoogte van en begrijpt het thema assertiviteit en de inhoud van de module
- Contact maken met elkaar
- Bewustwording van lichaamssignalen/gevoelens/emoties die worden ervaren

Therapeutische attitude:

- Directief
- Steunend
- Zorgend

Oefening 1: contact maken

Subdoelstelling 1^e oefening: contact maken met elkaar

Rationale

Om een boodschap over te kunnen brengen is er contact nodig. Bij assertiviteit gaat het om het overbrengen van gevoelens/gedachten naar de ander. Daarom gaan we eerst een oefening doen die hiermee te maken heeft. Het is belangrijk om eerst contact te maken omdat je anders langs elkaar heen praat of elkaar niet begrijpt. Het is ook belangrijk om contact te maken zodat de ander weet dat jij er bent. Contact kun je op verschillende manieren maken: door elkaars naam te roepen, oogcontact te maken of door iemand even op de schouder te tikken bijvoorbeeld. In de volgende oefening gaan we contact maken met elkaar. Kijk welke manier jij prettig vindt om contact met de ander te maken. Wat vind jij prettig om te ontvangen van iemand die contact met jou probeert te maken.

Beschrijving activiteit:

Iedereen heeft een bal en loopt door de zaal. Wanneer je contact hebt met iemand anders mag je de ballen overspelen. Wanneer er geen contact is, houd je de bal vast en probeer je contact te krijgen.

Benodigde materialen:

- ballen

Aanpassingen activiteitsniveau:

- de ruimte groter of kleiner maken waarbinnen deelnemers moeten lopen
- grotere of kleinere ballen

Aandachtspunten:

- kijken hoe deelnemers met elkaar in contact zijn, leersituaties creëren
- aangeven dat er niet te hard gegoooid moet worden
- hoe wordt er contact gemaakt (het meest non-verbaal of anders)

Interventies:

- kijk of je kunt variëren in manieren van contact maken
- aangeven dat deelnemers alleen non-verbaal contact mogen maken

Oefening 2: erop af

Subdoelstelling 2^e oefening: bewustwording van lichaamssignalen/gevoelens/emoties die worden ervaren

Rationale

Assertiviteit gaat over het aangeven van je eigen grenzen. De momenten waarop jij denkt, nu is het genoeg en dat je dit dan ook aan durft te geven. Maar voordat je dat aan kunt geven, moet je wel eerst leren ervaren waar jouw grenzen liggen. Dit kan je merken aan signalen in je lichaam, aan spannende gevoelens, of aan gedachtes die opkomen. In deze oefening ga je kijken of je kunt merken wanneer je grens bereikt is. Je gaat onderzoeken hoe je dit merkt.

Beschrijving activiteit:

Er worden tweetallen gemaakt. Eén daarvan zit op de grond/krukje, de ander loopt van een afstandje op de zittende persoon af, aan de voorzijde. Eerst gebeurt het langzaam, om te kijken of je wat merkt en zo ja, waar je dan al wel wat merkt en wanneer niet.

Je kan variëren met verschillende manieren / kanten van aanlopen, enz. (zie 'interventies').

Benodigde materialen:

- krukje/blok

Aandachtspunten:

Zorgen dat dit met zorg gebeurt en dat er niet meteen al over elkaars grens heen wordt gegaan. Rekening houden met de ander/overleggen wat wel en niet te proberen.

Aanpassingen activiteitsniveau:

- Aan komen rennen
- Vanaf de zijkant of achterkant aankomen
- Met geluiden / woorden erbij
- Met meerdere mensen

Interventies:

- Vragen of de deelnemer merkt wanneer het genoeg is en zo ja, waaraan hij dat merkt (L, E of C). Als hij het lichamelijk voelt, waar dan?
- Vragen welke manier meer effect heeft.
- Zelf op een gekke manier aan komen lopen, om de drempel te verlagen om 'rare' dingen te doen

Sessie 2: Bewustwording van eigen grenzen en daarbij opkomende gevoelens, emoties en lichaamssignalen

Inleiding:

Terugkijken op vorige week, hoe hebben de deelnemers dit ervaren? Uitleg van het thema van vandaag.

Doelen van de sessie:

- Bewustwording eigen grenzen
- Uitleg over verkennen/herkennen/erkennen van eigen grenzen
- Bewustwording van lichaamssignalen/gevoelens/emoties die worden ervaren tijdens het opzoeken van de fysieke grens
- Bewustwording van lichaamssignalen/gevoelens en emoties die worden ervaren tijdens het lopen op de muur af

Oefening 1: materialen dragen

Subdoelstelling 2^e oefening: bewustwording van lichaamssignalen/gevoelens/emoties die worden ervaren tijdens het opzoeken van de fysieke grens.

Rationale

Net zoals de vorige keer gaat assertiviteit over het aangeven van grenzen. Om dit aan te kunnen geven moet je wel weten waar je grenzen liggen en hoe dit voelt. Grenzen kun je op verschillende manieren voelen. Grenzen kun je voelen als een gevoel, iets kan gewoon niet goed of fijn voelen, maar grenzen kan ook iets fysieks zijn. Je lijf kan niet meer dragen of je hebt niet meer kracht, dit is ook een belangrijke grens. De volgende activiteit heeft te maken met het verkennen van je lichamelijk grens.

Beschrijving activiteit:

Er worden allemaal materialen aangegeven aan de cliënt, dit gaat net zo lang door totdat de cliënt aangeeft om te stoppen of de spullen niet meer kan dragen. Het is de bedoeling dat de cliënt de spullen vasthoudt.

Benodigde materialen:

Kleine materialen zoals balletjes, pionnen, touwen, pittenzakjes.

Aanpassingen activiteitsniveau:

- lopen met de spullen
- schoppen tegen een bal met deze spullen vast

Aandachtspunten:

Hoe wordt er omgegaan met het vasthouden van de materialen, hoe lang gaat de cliënt door (totdat er iets valt of wordt daarvoor al stop gezegd).

Interventies:

- vragen naar de last
- benoemen van fysieke verschijnselen (trillen)

Oefening 2: op de muur aflopen

Subdoelstelling 2^e oefening: bewustwording van lichaamssignalen/gevoelens en emoties die worden ervaren tijdens het lopen

Rationale

Waar we afgelopen sessies mee bezig zijn geweest zijn de lichaamssignalen die je voelt. Hier hebben we nu al een aantal keer mee geoefend. De volgende oefening gaat over het echt specifiek voelen naar je lichaamssignalen. Lukt dit nu goed en hoe zien die er dan voor jou uit? Lichaamssignalen en het gevoel dat je daarbij hebt, zijn enorm belangrijk voor het aanvoelen van je eigen grens. Soms kan je in gedachten wel veel meer willen, maar kun je in je lijf voelen dat het eigenlijk al wel genoeg is. De volgende oefening kan je hierbij helpen.

Beschrijving activiteit:

De cliënt loopt een aantal keren heen en weer van de ene naar de andere kant in de zaal en probeert gevoel te krijgen voor het lopen van de afstand. Als de cliënt het idee heeft dat hij met de ogen dicht tot een halve meter van de muur kan komen, is het voorstel om dit te gaan proberen. De vraag is om waar te nemen welke lichamelijke signalen de cliënt voelt en dit later te verwoorden naar elkaar.

Benodigde materialen:

Geen

Aanpassingen activiteit niveau

- harder/zachter lopen
- wel/niet beïnvloeden van loop

Aandachtspunten:

Wat zie je in het bewegen; neem je spanning waar, aarzelender lopen, vroeg stoppen, tegen de muur lopen, ect. Hoe wordt er verwoord?

Interventies:

- begeleiding nodig van medecliënt wanneer er niet aangevoeld kan worden wanneer de muur is bereikt
- navraag doen op specifieke lichaamssignalen (buik, hoofd, zweethanden)
- benoemen wat je ziet

Sessie 3: Herkennen van eigen grenzen en daarbij opkomende gevoelens, emoties en lichaamssignalen

Inleiding:

Uitleg over de overgang van verkennen van eigen grenzen en daarbij opkomende gevoelens, emoties en lichaamssignalen, naar herkennen hiervan in individuele activiteit.

Doelen van de sessie:

- herkenning van eigen fysieke grenzen in individuele activiteit
- cliënt laten herkennen van zijn/haar eigen grenzen
- het herkennen van een fysieke grenzen zoals te veel, te zwaar, te lang, en te snel

Therapeutische attitude:

- Directief
- Steunend
- Zorgend

Oefening 1: circuit

Subdoelstelling 1^e oefening: cliënt laten herkennen van zijn/haar eigen grenzen

Rationale

Afgelopen twee weken zijn we bezig geweest met het bewust worden van eigen lichaamssignalen, gevoelens en emoties met betrekking tot grenzen. Nu zijn we bezig met de fysieke grens, hoe ga je daarmee om. In de eerste week hebben we het er over gehad dat dit te maken heeft met assertiviteit, het aangeven van je grenzen en daarbij letten op lichaamssignalen, gevoelens en emoties en daar ook naar luisteren. Nu iedereen zichzelf hiervan bewust geworden is, is de volgende stap om het te herkennen bij jezelf. Bijvoorbeeld die kriebel in je buik die je krijgt wanneer iemand te dichtbij komt, kan voor jou een teken zijn dat het te spannend is. Het herkennen van dat signaal is belangrijk om je grens te kunnen aangeven. In de volgende activiteit kom je je eigen fysieke grens tegen en gaan we kijken hoe je daar mee om gaat.

Beschrijving activiteit:

De cliënt doorloopt een circuit in de zaal. Hierbij is het de bedoeling dat elke oefening afgewerkt wordt, dit betekent dat je niet tussendoor mag stoppen. De cliënt mag wel variëren in het tempo waarmee de oefening wordt gedaan. Het gaat erom dat de cliënt herkent wanneer het te hard gaat en dus minder snel moet werken of wanneer er nog wel iets bij kan.

- touwtje springen
- basketbal tegen de muur gooien (vanaf ongeveer 1m)
- sprintje trekken tussen twee pilonnen (+/- 6m)
- medicine bal optillen
- haasje over → handen op een bank en van de een naar de andere kant springen

Benodigde materialen:

- springtouw
- basketbal
- 3 pionnen
- bank
- medicine bal

Aanpassingen activiteitsniveau:

- afstanden vergroten of verkleinen
- zwaardere gewichten gebruiken
- hoger oppervlak om over te springen of lager oppervlak

Aandachtspunten:

Hoe wordt er omgegaan met het differentiëren in intensiteit tijdens de oefeningen, worden hierin keuzes gemaakt of gaan deelnemers over hun grens heen?

Interventies:

- navragen hoe het gaat (je ziet er rood uit heb je het warm, je hijgt helemaal ben je buiten adem?)
- stopleggen en nogmaals attenderen op de bedoeling van de activiteit

Oefening 2: 90 graden zitten

Subdoelstelling 2^e oefening: het herkennen van een fysieke grenzen zoals te veel, te zwaar, te lang, en te snel.

Rationale

Het gaat vandaag over het herkennen van je eigen fysieke grens. Grenzen kun je op verschillende manieren ervaren. Een grens kan zijn dat iemand te dichtbij je staat en dit onprettig voelt, maar een grens kan ook zijn dat iemand iets zegt wat jij vervelend vindt. Je hebt ook een fysieke grens, iets kan te snel gaan, te veel zijn, te zwaar zijn of te lang. Bij de volgende activiteit gaat het echt over het herkennen van jouw eigen grens. Wat belangrijk is om te zeggen, is dat het gaat om herkennen van je grens en niet het voorbij gaan van je lichamelijke grens want dat komt ook vaak voor.

Beschrijving activiteit:

Iedereen gaat bij de muur staan. Tegelijk gaat iedereen in een zittende houding waar bij de kniehoek 90° is tegen de muur leunen. Het is de bedoeling dat je dit volhoudt net zolang tot je niet meer kunt. Op dit moment ervaar je de grens.

Benodigde materialen:

Geen materialen nodig

Aanpassingen activiteitsniveau:

- Dit zou je ook in een push-up houding kunnen doen i.p.v. 90° zitten.

Aandachtspunten:

Had het oog van de ander invloed op jou? Letten op lichaamsspanningen.

Interventies:

- herhalen van de activiteit, deelnemers hebben het een keer kunnen ervaren en misschien ontdekt dat ze over hun grens heen gingen, nog een keer laten voelen
- benoemen dat deelnemers goed bij zichzelf moeten nagaan wat ze voelen

Sessie 4: Herkennen van eigen grenzen en daarbij opkomende gevoelens, emoties en lichaamssignalen → eerste stap naar erkennen

Inleiding:

Uitleg over de overgang van verkennen van eigen grenzen en daarbij opkomende gevoelens, emoties en lichaamssignalen, naar herkennen hiervan in groepssituaties. Ook een koppeling maken naar erkennen van grenzen.

Doelen van de sessie:

- herkenning van eigen grenzen
- herkennen van grenzen doordat de cliënt een gevoel, lichaamssignaal of emotie ervaart die hij/zij niet prettig vindt
- herkennen van grenzen doordat de cliënt een gevoel, lichaamssignaal of emotie ervaart die hij/zij niet prettig vindt en dit aangeven richting de groep.

Therapeutische attitude:

- Directief
- Steunend
- Zorgend

Oefening 1: ballon op gang houden

Subdoelstelling 1^e oefening: herkennen van grenzen doordat de cliënt een gevoel, lichaamssignaal of emotie ervaart die hij/zij niet prettig vindt.

Rationale

Bij assertiviteit gaat het om het grenzen aangeven wanneer jij een gevoel, lichaamssignaal of emotie ervaart die je niet prettig vindt. Hierbij kan de ander een ander idee hebben. Bijvoorbeeld bij bergbeklimmen; de ander kan nog hoger willen en nog spannender, maar wanneer jij niet meer hoger wilt en dit herkent bij jezelf, moet je zelf deze grens niet over gaan. De volgende activiteit gaat over het herkennen van jou eigen grens en niet wat de ander graag wil.

Beschrijving activiteit:

De cliënt krijgt een badmintonracket en probeert hiermee een ballon in de lucht te houden. De therapeut geeft er elke keer een ballon bij. Het gaat erom dat de cliënt herkent dat het eigenlijk te veel wordt aan lichaamssignalen of emoties die opkomen. Wanneer de cliënt dit gevoel herkent mag hij/zij stoppen.

Benodigde materialen:

- badmintonrackets
- ballonnen

Aandachtspunten:

Hoe gaat de cliënt om met het bijkomen van nieuwe ballonnen, hoe is de lichaamshouding (spanning/ontspanning) en de reactie bij verandering?

Aanpassingen activiteitsniveau:

- meer of minder ballonnen aangeven
- grotere of kleinere ballonnen
- badmintonracket of tennisracket

Interventies:

- navraag doen naar hoe het gaat (je lijkt gespannen, klopt dit?)
- het benoemen van mogelijke lichaamssignalen (spierspanning, adem inhouden)

Oefening 2: materialen naar de overkant

Subdoelstelling 2^e oefening: herkennen van grenzen doordat de cliënt een gevoel, lichaamssignaal of emotie ervaart die hij/zij niet prettig vindt en dit aangeven richting de groep.

Rationale

In de vorige oefeningen hebben we onderzocht en geoefend met de manier waarop je merkt dat je grens bereikt is. Dit kunnen lichaamssignalen zijn, maar het kan ook een gedachte of emotie zijn, die je ervaart. In deze oefening gaan we oefenen met het herkennen van je grens maar dan ook het benoemen hiervan naar de ander. Hierbij komt ook het contact maken kijken.

Beschrijving activiteit:

Er staan een aantal materialen aan één kant van de zaal. Je probeert met deze materialen naar de overkant van de zaal te komen, hierbij mag je de grond niet raken. Jullie moeten samen de overkant bereiken.

Benodigde materialen:

- kast
- matje
- twee ballen (basketballen)
- hoepel

Aandachtspunten:

Lichaamshouding van de cliënten, hoe wordt er overlegd, wordt er rekening gehouden met elkaar en geven ze aan wat ze wel en niet prettig vinden.

Aanpassingen activiteitsniveau:

- meer of minder materialen
- wel of niet de grond aanraken op een bepaalde plek

Interventies:

- hoe vinden jullie dat het nu gaat?
- Welke positie heb je ingenomen, welke positie en zou je deze willen veranderen
- Heb je je eigen grenzen bewaakt in wat je wel en niet kon/wilde?

Eindigen met mikado wanneer de spanning erg hoog is.

Evaluatie sessie

Sessie 5: Het erkennen van eigen grenzen en daarbij opkomende gevoelens, emoties en lichaamssignalen.

Inleiding:

Uitleg over het erkennen van grenzen ten opzichte van assertiviteit.

Doelen van de sessie:

- Cliënt weet wat erkennen van grenzen inhoud en kan deze bij zichzelf toepassen
- acceptatie eigen grens door het visueel maken van eigen kunnen op dit gebied en de communicatie hiervan naar de ander
- cliënt zegt stop wanneer hij/zij het idee heeft dat het te snel gaat en kan accepteren dat dit zijn max. is

Therapeutische attitude:

- Directief
- Steunend
- Zorgend

Oefening 1: vangen voor 2^e stuit

Subdoelstelling 2^e oefening: acceptatie eigen grens door het visueel maken van eigen kunnen op dit gebied en de communicatie hiervan naar de ander.

Rationale

Net als de vorige oefening gaat deze oefening over het erkennen van je eigen grens. Bij de volgende oefening is het ook van belang dat je aan gaat geven wat jou grens is. Je kunt namelijk wel accepteren dat je een grens hebt, maar dit moet ook naar de ander gecommuniceerd worden. Bij de volgende oefening kun je oefenen met het erkennen van je grens, dit kan ik wel of niet en/of dit is te lastig. Hoe ga je het zo aanpassen dat het voor jou goed voelt en goed te doen is?

Beschrijving activiteit:

Je speelt de bal over naar je medespeler met een stuit. Hierbij moet de ander de bal vangen voordat hij voor de tweede keer stuitert. Je mag het elkaar moeilijk maken

Benodigde materialen:

- 1 bal per tweetal (totaal 2 ballen)

Aandachtspunten:

- Lichaamshouding ontvanger (spanning zichtbaar of niet?)
- Manier van communiceren
- Worden er aanpassingen gedaan of is dit lastig om aan te geven
- Hoe wordt er omgegaan met verandering (reactie op elkaar en acceptatie zelf)

Aanpassingen activiteitsniveau:

- harde bal gebruiken of zachte bal
- dichterbij of verderaf van elkaar gaan staan
- kleinere bal gebruiken (tennisbal)

Interventies:

- Voelt dit voor jou goed?
- Moeten er aanpassingen worden gedaan?
- Hoe is het om naar de ander te communiceren dat je het anders wilt?
- Voor de gooier: durf je de grens van de ander op te zoeken?

Oefening 2: ballen aangooien

Subdoelstelling 2^e oefening: cliënt zegt stop wanneer hij/zij het idee heeft dat het te snel gaat en kan accepteren dat dit zijn max. is.

Rationale

Tijdens deze module gaat het over assertief zijn en je eigen grenzen aangeven. Wat hierin meespeelt, maar erg lastig kan zijn, is het erkennen van je grenzen. Het accepteren dat jij sommige dingen als zwaar ervaart en niet wilt doen terwijl een ander hier geen moeite mee heeft. Bij grenzen aangeven gaat het echt om jouw 'persoonlijke' grenzen, als je niet kan erkennen wat jouw grens is, is het ook lastig om deze aan te geven. In de volgende activiteit gaat het echt over 'jouw' grens. Je doet de activiteit met anderen maar het is niet de bedoeling dat je jezelf door hen laat leiden, maar aangeeft wanneer jij zelf niet meer wilt.

Beschrijving activiteit:

Een persoon staat voor de groep die in een rijtje naast elkaar staat. Elke persoon heeft een bal en gooit die naar de persoon, die ervoor staat. De persoon die ervoor staat moet aangeven wanneer er te snel wordt gegooid of wanneer er te langzaam wordt gegooid.

Benodigde materialen:

- ballen

Aandachtspunten:

- lichaamssignalen ontvanger
- wijze van aangooien
- of de gooiers zich wel/niet aanpassen aan de ontvanger
- koppelen naar thuissituaties!

Aanpassingen activiteitsniveau:

- harder of zachter gooien
- kleinere of grotere afstand van aangooien

Interventies:

- hoe is dit voor jou?
- Kun je accepteren dat je bepaalde dingen niet aan kan of wil?

Evaluatie sessie



Sessie 6: Het adequaat omgaan met eigen grenzen en daarbij opkomende gevoelens, emoties en lichaamssignalen

Inleiding:

Toepassen van alle geoefende vaardigheden en afronding van de module.

Doelen van de sessie:

- Cliënt kan adequaat omgaan met eigen grenzen en daarbij opkomende gevoelens, emoties en lichaamssignalen door hierover contact te maken.
- cliënt geeft op een adequate manier aan wanneer zijn grens bereikt is doordat het te druk, te vol, te snel gaat of niet meer wil.

Therapeutische attitude:

- Directief
- Steunend
- Zorgend

Oefening 1: ballenregen

Subdoelstelling 2^e oefening: cliënt geeft op een adequate manier aan wanneer zijn grens bereikt is doordat het te druk, te vol, te snel gaat of niet meer wil.

Rationale

Afgelopen weken hebben we het er vaak over gehad dat wanneer je niet je grens aangeeft andere mensen verwachten dat je dingen gewoon doet. Je wordt dan overvraagd en dit leidt tot vervelende situaties voor jezelf maar misschien ook voor de ander die zich bijvoorbeeld schuldig kan voelen. De volgende oefening heeft hiermee te maken doordat er constant wat aan je gevraagd wordt door anderen. Jij bent de persoon die hierin sturing moet geven door aan te geven wanneer het jou te veel wordt. Dit doe je door aan te geven aan de ander dat jou grens bereikt is, we gaan oefenen hoe je dit op een adequate manier kan aangeven aan de ander.

Beschrijving activiteit:

Een persoon staat in de hoek van de zaal tussen een vierkant van banken met allerlei ballen er in. De persoon in het vierkant probeert alle ballen uit het vierkant te krijgen. De personen er omheen gooien de ballen de hele tijd weer terug in het vierkant.

Benodigde materialen:

- Heel veel ballen grote/kleine

Aandachtspunten:

- Lichaamssignalen persoon in het vak (rood worden, spierspanning)
- Op welk moment wordt stop gezegd? Als het eigenlijk al niet meer haalbaar is en dit ook zichtbaar is (chaos) of wanneer er nog rust is

- Focus serieus houden

Aanpassingen activiteitsniveau:

- Grote/kleine ballen
- Meer of minder ballen
- Vak groter of kleiner

Interventies:

- Hoe ga je om met alles wat op je af komt
- Als het nou te zwaar is, hoe zou je het voor jou kunnen aanpassen (zie aanpassingen activiteitsniveau)
- Op welk moment heb je voor jouw idee stop gezegd?

Oefening 2: rond de tafel

Subdoelstelling 2^e oefening: cliënt geeft op een adequate manier aan wanneer zijn grens bereikt is doordat het te druk, te vol, te snel gaat of niet meer wil.

Rationale

Net als in de vorige oefening gaat het er hier om hoe je omgaat met anderen die druk op jou leggen en hoe je hierop reageert met betrekking tot het aangeven van je eigen grens. Het is de bedoeling dat je jouw grens aangeeft wanneer het je te veel wordt, te snel gaat of wanneer je niet meer wilt. Dit communiceer je naar de ander op een adequate manier. In de volgende oefening gaan we ook oefenen met hoe je aan iemand anders kan vragen of die ander voor jou in wil vallen.

Beschrijving activiteit:

We spelen rond de tafel met tafeltennis. Je loopt in een rondje om de tafel en slaat elke keer om de beurt de bal over naar de andere kant. Als je hem mist, ben je af of verlies je een leven. Cliënten bepalen vooraf hoe het gespeeld wordt, wat de regels zijn. Er zijn twee wissels die ingeschakeld mogen worden als iemand wil wisselen.

Benodigde materialen:

- tafeltennistafel, incl. netje voor in het midden
- tafeltennisbatjes
- tafeltennisballetjes

Aandachtspunten:

- lichaamstaal van de cliënt
- maakt de cliënt gebruik van de wissel
- hoe wordt hierover gecommuniceerd

Aanpassingen activiteitsniveau:

- gewoon tafeltennis zonder lopen wanneer het te zwaar is

- met of zonder wissels
- duo's die samenwerken

Interventies:

- is het makkelijk of moeilijk om iemand te vragen voor je in te vallen?
- op welk moment heb je jouw grens aangegeven (te vroeg, te laat) en op basis waarvan?
- spelen jullie ontspannen of gespannen en wat zegt dit over het spel → aanpassingen doen om het makkelijker te maken

Evaluatie sessie en module, verbeterpunten en positieve punten. Wat heb je geleerd tijdens deze module?

Bijlage 2 Kenmerken directieve therapie

- de therapeut geeft (directieve) aanwijzingen;
- het aantal zittingen wordt beperkt gehouden;
- er wordt met concreet en welomschreven doelen gewerkt;
- de klachten worden in een gunstige context geplaatst;
- directieve therapie is pragmatisch;
- directieve therapie is gericht op actie;
- directieve benadering is eclectisch;
- de omgeving wordt zo veel mogelijk bij de behandeling betrokken;
- directieve therapie is voor gewone mensen;
- directieve therapie is voor mensen met klachten;
- in directieve therapie worden de zogenaamde non-specifieke therapiefactoren optimaal benut.¹¹

Bijlage 3 Beslisboom stemmingsstoornissen volgens DSM-IV

Stemmingsstoornissen		
Er is sprake van een depressieve, verhoogde, expansieve of prikkelbare stemming		
↓		
De stemming is het gevolg van de directe fysiologische effecten van een somatische aandoening	→ ja	Stemmingsstoornis door een somatische aandoening
↓ nee		
De stemming is het gevolg van de directe fysiologische effecten van een middel (bv. drugs, medicijnen, toxinen)	→ ja	Stemmingsstoornis door een middel
↓ nee		
Specificeer de stemming voor de huidige en eerdere episoden		
↓		
Verhoogde, expansieve/prikkelbare stemming gedurende tenminste één week; of elke duur indien opname in een ziekenhuis noodzakelijk is of duidelijke beperkingen in het functioneren	→ ja	Manische episode

↓ nee			
Verhoogde, expansieve/prikkelbare stemming gedurende tenminste vier dagen; de verandering in functioneren kunnen door anderen worden waargenomen, zijn minder ernstig dan gedurende de manische episode		→ ja	Hypomane episode
↓ nee			
Tenminste twee weken van depressieve stemming of verlies van interesse en samenhangende symptomen die niet zijn toe te schrijven aan rouw of verlies		→ ja	Depressieve episode
↓ nee			
Voldoet aan de criteria van een manische episode en een depressieve episode bijna elke dag gedurende tenminste één week		→ ja	Gemengde episode
↓ nee			
Heeft ooit eerder een manische episode of gemengde episode gehad	→ ja	Psychotische symptomen zijn aanwezig op tijden anders dan tijdens de de manische of gemengde episoden	→ nee Bipolaire I stoornis
↓ nee		↓ ja	
		De symptomen komen uitsluitend voor tijdens een schizoaffectieve stoornis	→ ja Schizoaffectieve stoornis Bipolair type
		→ nee	Bipolaire stoornis NAO (gesuperponeerd op een psychotische stoornis)
Heeft ooit een hypomane episode doorgemaakt en tenminste één depressieve episode		→ ja	Bipolaire II stoornis
↓ nee			
Er is sprake van twee jaar of langerdurende hypomane symptomen en perioden van depressieve stemming		→ ja	Cyclothyme stoornis

↓ nee			
Er is sprake van objectieveerbare manische/hypomane symptomen die niet voldoen aan de criteria van een specifieke bipolaire stoornis		→ ja	Bipolaire stoornis NAO
↓ nee			
Heeft ooit een depressieve periode doorgemaakt	→ ja	Psychotische symptomen zijn aanwezig op tijden anders dan tijdens depressieve episoden	→ nee Depressieve stoornis
↓ nee		↓ ja	
		De symptomen zijn uitsluitend aanwezig tijdens een schizoaffectieve stoornis	→ ja Schizoaffectieve stoornis, depressieve type
		→ nee	Depressieve stoornis NAO (gesuperponeerd op een psychotische stoornis)
Depressieve stemming meer dagen wel dan niet gedurende tenminste twee jaar met bijbehorende symptomen		→ ja	Dysthyme stoornis
↓ nee			
Depressieve stemming die niet voldoet aan de criteria voor één van de bovengenoemde stemmingsstoornissen die zich ontwikkelt als reactie op stress veroorzakende factor		→ ja	Aanpassingsstoornis met depressieve stemming
↓ nee			
Op de voorgrond staande depressieve symptomen die niet voldoen aan de criteria voor een specifieke stemmingsstoornis		→ ja	Depressieve stoornis NAO
↓ nee			
Geen stemmingsstoornis (de symptomen voor een stemmingsstoornis zijn niet aantoonbaar)			

Bijlage 4 Schaal voor Interpersoonlijk Gedrag

Bijlage 5 Vragenlijst module assertiviteit

Naam:

Datum:

Meting voor/na module assertiviteit

Hieronder ziet u een lijst met uitspraken. Geef voor elke uitspraak van de lijst aan in hoeverre dit op u van toepassing is door een cirkel te zetten om het cijfer.

U kunt hiervoor de volgende antwoordmogelijkheden gebruiken:

1. nooit
2. soms
3. weet niet
4. vaak
5. altijd

Vragen:

- | | |
|--|-----------|
| 1. Aan mijn lichaamssignalen merk ik dat ik iets wel of niet prettig vind. | 1 2 3 4 5 |
| 2. Aan mijn lichaamssignalen merk ik dat ik iets wel of niet aankan. | 1 2 3 4 5 |
| 3. Aan mijn lichaamssignalen merk ik wanneer iemand anders te dichtbij mij komt. | 1 2 3 4 5 |
| 4. Ik weet wanneer een situatie voor mij spannend is omdat ik dit kan voelen aan lichaamssignalen die ik herken, zoals bijvoorbeeld een kriebel in mijn buik, snellere hartslag benauwdheid. | 1 2 3 4 5 |
| 5. Ik kan benoemen welke signalen ik van mijn eigen lijf krijg, zodra ik iets te veel doe. | 1 2 3 4 5 |
| 6. Ik kan van mezelf accepteren dat ik bepaalde dingen als onprettig ervaar. | 1 2 3 4 5 |
| 7. Ik kan van mezelf accepteren dat ik bepaalde dingen niet aankan. | 1 2 3 4 5 |
| 8. Ik kan in een situatie die ik als onprettig ervaar op tijd aangeven dat ik dit niet prettig vind. | 1 2 3 4 5 |
| 9. Ik kan in een situatie die ik als onprettig ervaar op tijd aangeven dat ik het graag anders wil. | 1 2 3 4 5 |
| 10. Wanneer iemand te dichtbij komt, kan ik op tijd aangeven dat ik wil dat die persoon niet dichterbij komt. | 1 2 3 4 5 |
| 11. Ik vind dat ik assertief ben. | 1 2 3 4 5 |

Bijlage 6 Vragenlijst module assertiviteit: versie therapeute

Bewustwording van eigen grenzen en daarbij opkomende gevoelens, emoties en lichaamssignalen.

1. Aan mijn lichaamssignalen merk ik dat ik iets wel of niet prettig vind. 1 2 3 4 5
2. Aan mijn lichaamssignalen merk ik dat ik iets wel of niet aankan. 1 2 3 4 5
3. Aan mijn lichaamssignalen merk ik wanneer iemand anders te dichtbij mij komt. 1 2 3 4 5

Het herkennen van eigen grenzen en daarbij opkomende gevoelens, emoties en lichaamssignalen.

4. Ik weet wanneer een situatie voor mij spannend is omdat ik dit kan voelen aan lichaamssignalen die ik herken, zoals bijvoorbeeld een kriebel in mijn buik, snellere hartslag benauwdheid. 1 2 3 4 5
5. Ik kan benoemen welke signalen ik van mijn eigen lijf krijg, zodra ik iets te veel doe. 1 2 3 4 5

Het erkennen van eigen grenzen en daarbij opkomende gevoelens, emoties en lichaamssignalen.

6. Ik kan van mezelf accepteren dat ik bepaalde dingen als onprettig ervaar. 1 2 3 4 5
7. Ik kan van mezelf accepteren dat ik bepaalde dingen niet aankan. 1 2 3 4 5

Het adequaat omgaan met eigen grenzen en daarbij opkomende gevoelens, emoties en lichaamssignalen.

8. Ik kan in een situatie die ik als onprettig ervaar op tijd aangeven dat ik dit niet prettig vind. 1 2 3 4 5
9. Ik kan in een situatie die ik als onprettig ervaar op tijd aangeven dat ik het graag anders wil. 1 2 3 4 5
10. Wanneer iemand te dichtbij komt kan ik op tijd aangeven dat ik wil dat die persoon niet dichterbij komt. 1 2 3 4 5
11. Ik vind dat ik assertief ben. 1 2 3 4 5

Bijlage 7 Scoring SIG T0 tabel

	Clïënt 1		Spanning		.	Frequentie	
	Schaal	Nit	Score	M		Score	M
1.	NEG	15	46	3,1		29	1,9
2.	ONZ	14	32	2,3		42	3
3.	KEN	9	29	3,2		26	2,9
4.	POS	8	27	3,4		23	2,9
	RES	4	8	2		13	3,3

	Clïënt 2		Spanning		.	Frequentie	
	Schaal	Nit	Score	M		Score	M
1.	NEG	14	57	4,1		20	1,4
2.	ONZ	14	47	3,4		46	3,3
3.	KEN	8	31	3,9		12	1,5
4.	POS	8	19	2,4		17	2,1
	RES	4	10	2,5		12	3

	Clïënt 3		Spanning		.	Frequentie	
	Schaal	Nit	Score	M		Score	M
1.	NEG	15	35	2,3		37	2,5
2.	ONZ	14	27	1,9		30	2,1
3.	KEN	9	28	3,1		26	2,9
4.	POS	8	30	3,8		24	3
	RES	4	8	2		10	2,5

	Clïënt 4		Spanning		.	Frequentie	
	Schaal	Nit	Score	M		Score	M
1.	NEG	15	71	4,7		23	1,5
2.	ONZ	14	38	2,7		51	3,6
3.	KEN	9	27	3		26	2,9
4.	POS	8	29	3,6		16	2
	RES	4	9	2,3		10	2,5

Totaal	Spanning			Frequentie
	59,7			50,8
Per schaal			Per schaal	
1	14,2		1	7,3
2	10,3		2	12
3	13,2		3	10,2
4	13,2		4	10

Bijlage 8 Scoring SIG T1 tabel

	Clïënt 1		Spanning		Frequentie	
	Schaal	Nit	Score	M	Score	M
1.	NEG	15	31	2,1	36	2,4
2.	ONZ	14	33	2,4	51	3,6
3.	KEN	9	28	3,1	29	3,2
4.	POS	8	24	3	23	2,9
	RES	4	7	1,8	14	3,5

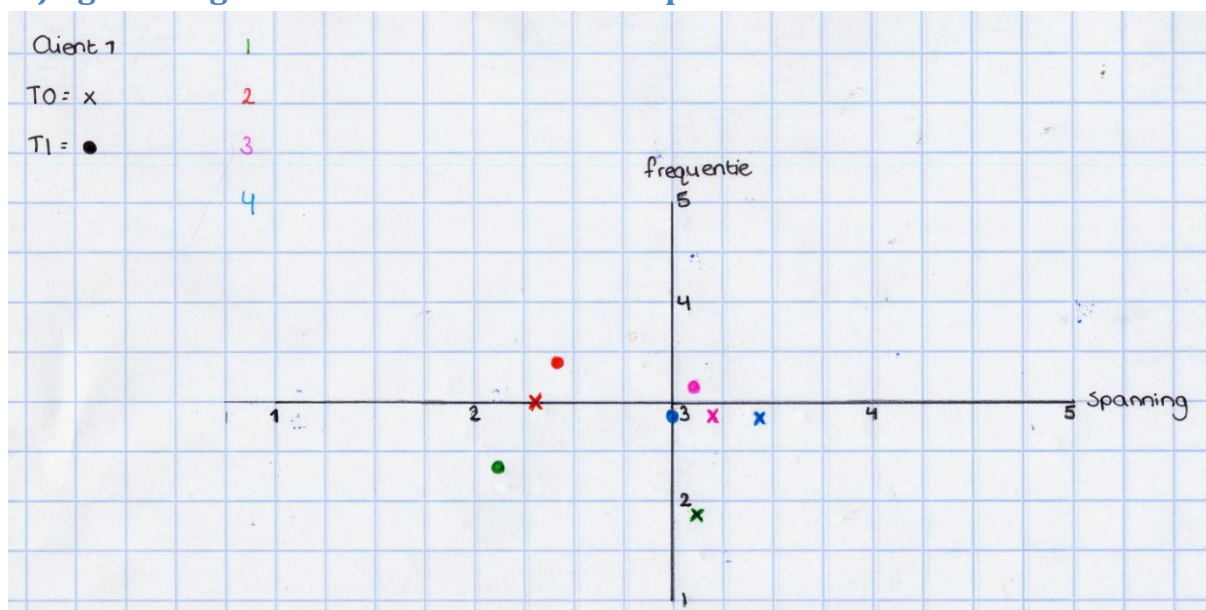
	Clïënt 2		Spanning		Frequentie	
	Schaal	Nit	Score	M	Score	M
1.	NEG	12	28	2,3	18	1,5
2.	ONZ	14	37	2,6	41	2,9
3.	KEN	9	17	1,9	18	2
4.	POS	8	14	1,8	21	2,6
	RES	4	4	1	11	2,8

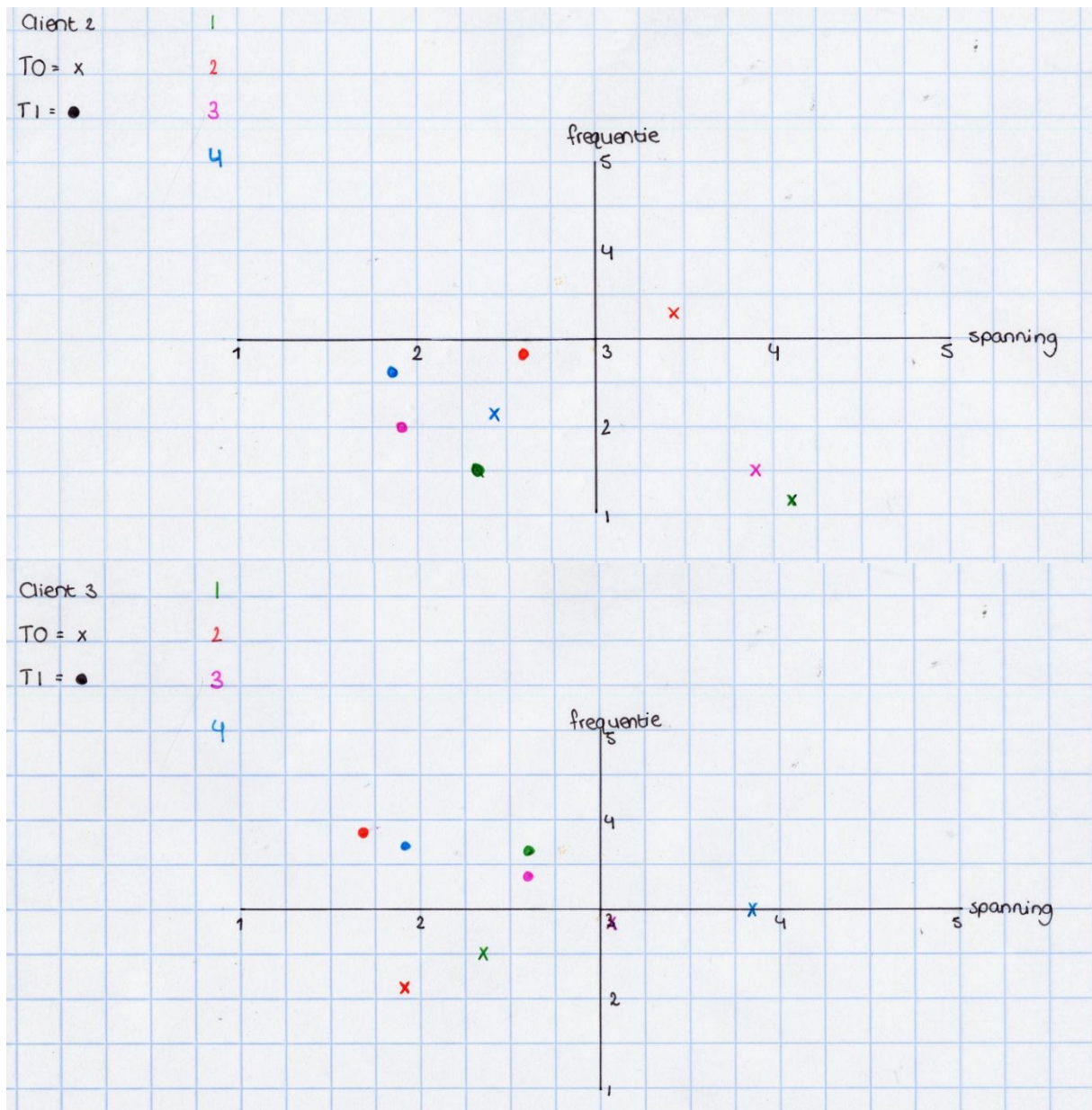
	Clïënt 3		Spanning		Frequentie	
	Schaal	Nit	Score	M	Score	M
1.	NEG	15	39	2,6	55	3,7
2.	ONZ	14	24	1,7	54	3,9
3.	KEN	9	23	2,6	31	3,4
4.	POS	8	14	1,8	30	3,8
	RES	4	7	1,8	17	4,3

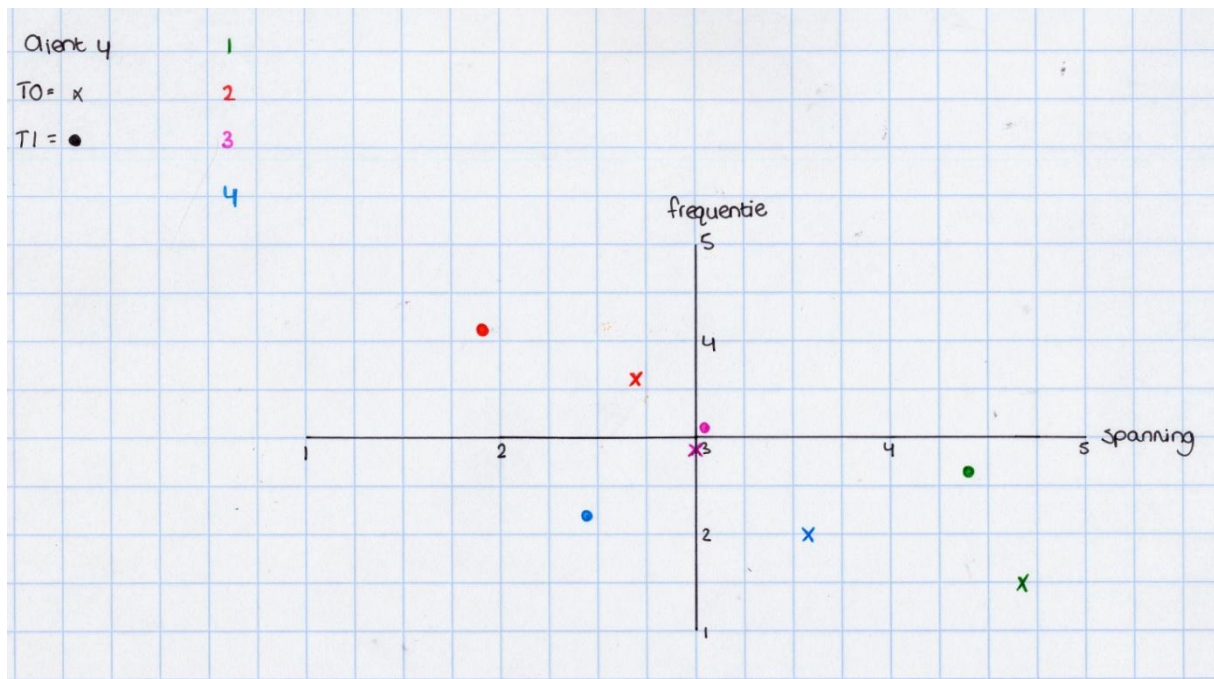
	Clïënt 4		Spanning		Frequentie	
	Schaal	Nit	Score	M	Score	M
1.	NEG	15	66	4,4	40	2,7
2.	ONZ	14	26	1,9	57	4,1
3.	KEN	9	28	3,1	28	3,1
4.	POS	8	19	2,4	18	2,3
	RES	4	11	2,8	11	2,8

Totaal	Spanning			Frequentie
	47,1			61,5
Per schaal			Per schaal	
1	11,4		1	10,3
2	8,6		2	14,5
3	10,7		3	11,7
4	9		4	11,6

Bijlage 9 SIG grafiek subschalen T0 en T1 per cliënt

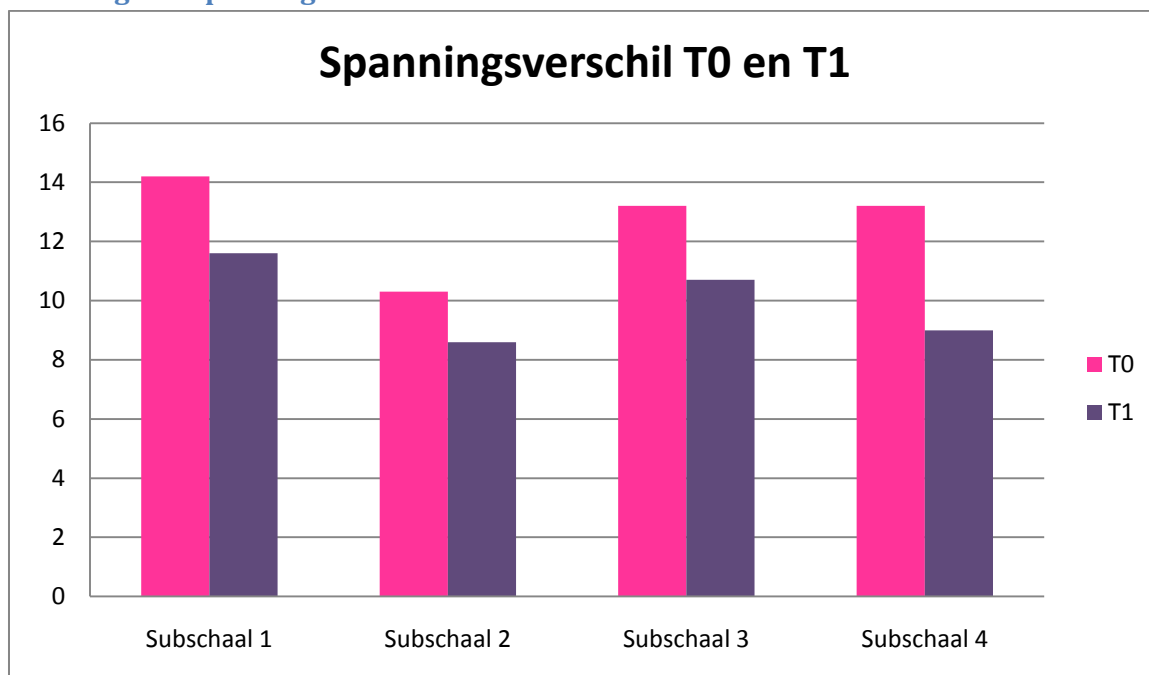




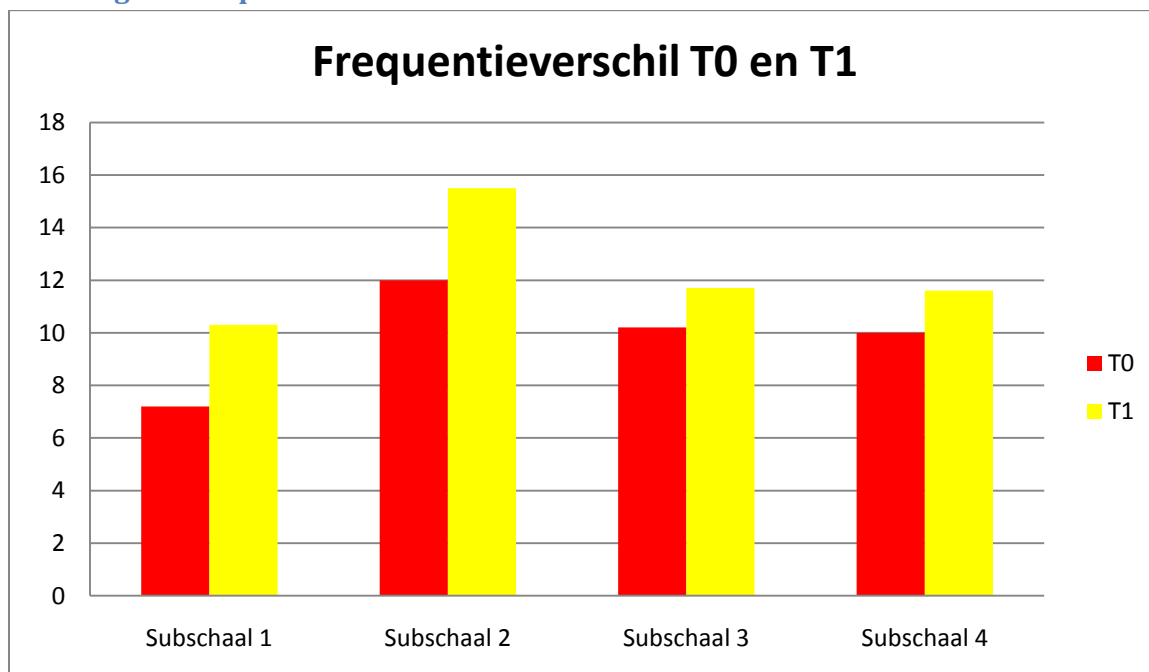


Bijlage 10 Staafdiagrammen spanningsverschil en frequentieverschil verschillende subschalen T0 en T1

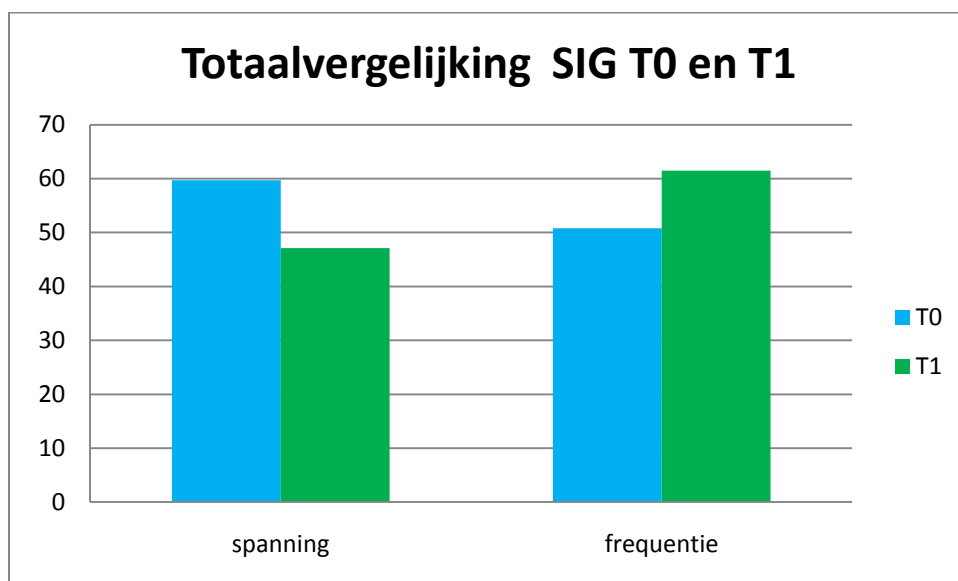
Staafdiagram spanningsverschil



Staafdiagram frequentieverschil



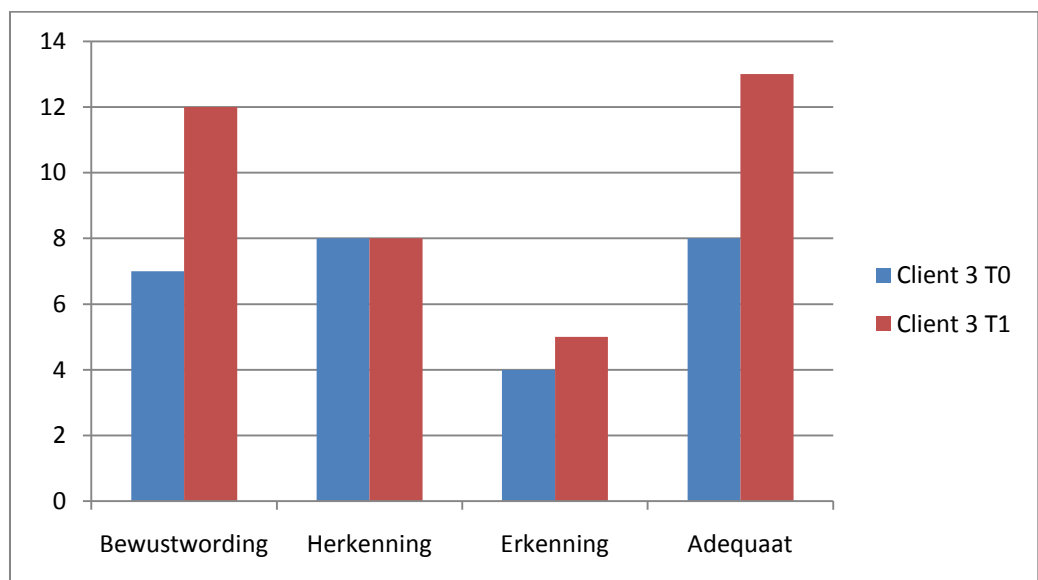
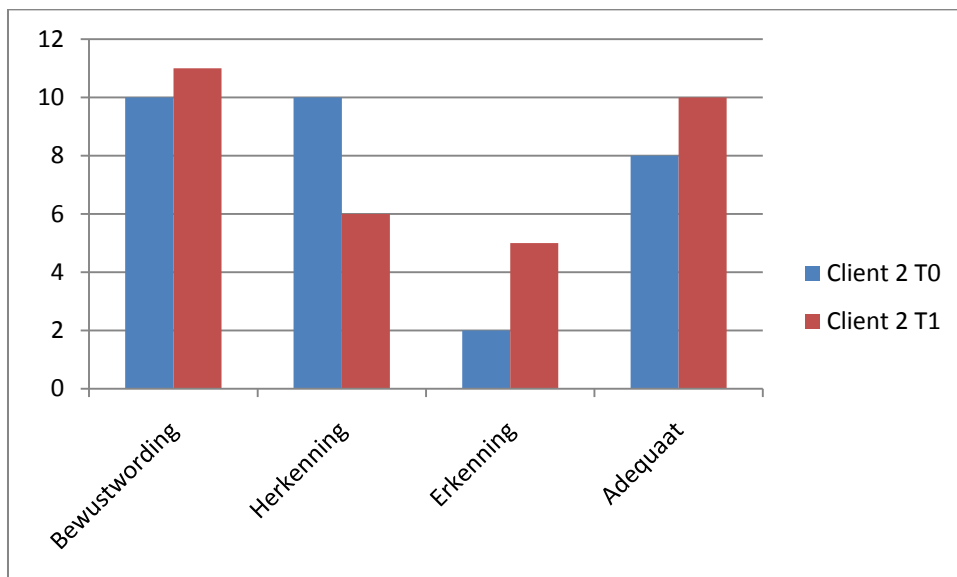
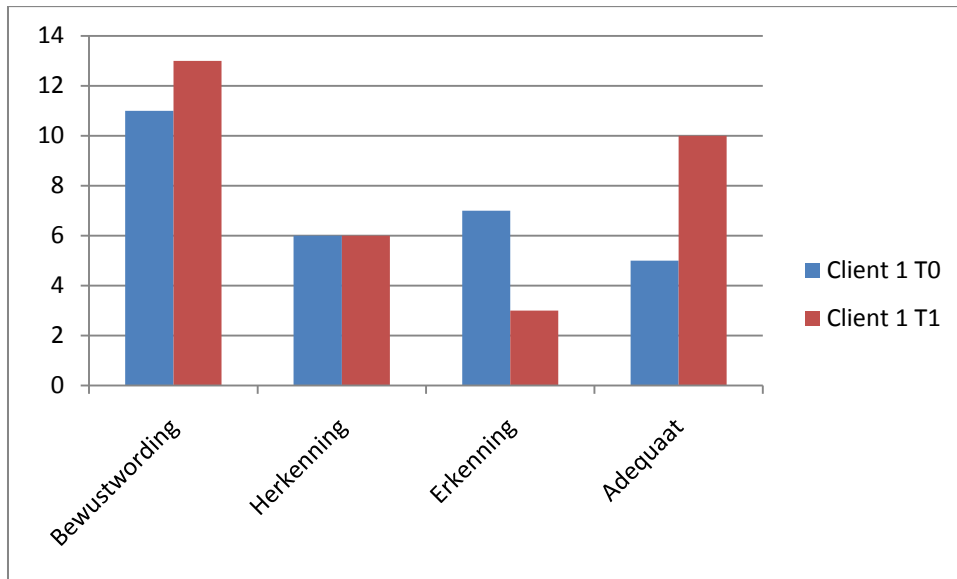
Bijlage 11 Vergelijking staafdiagram totaal SIG vragenlijst spanning en frequentie T0 en T1

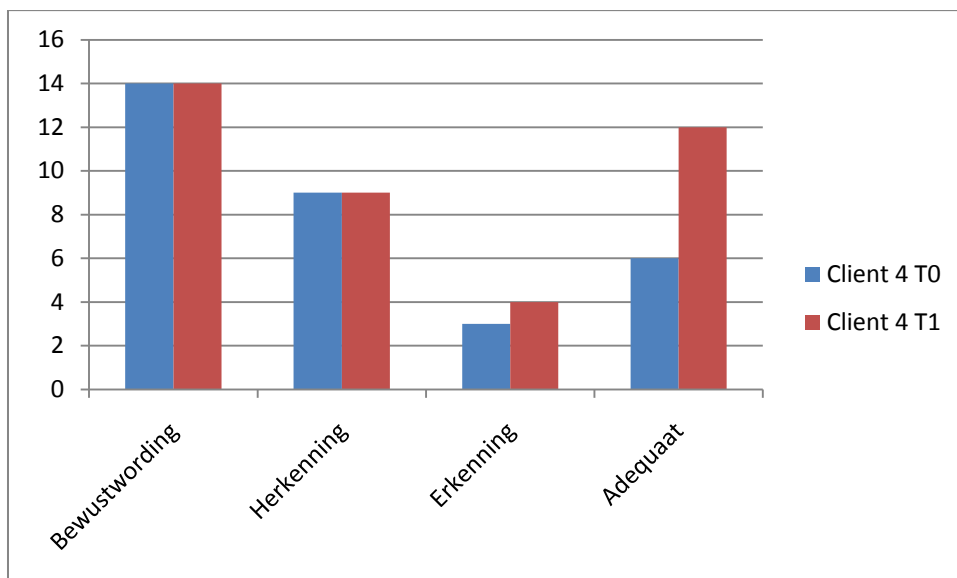


Bijlage 12 Scoring eigen vragenlijsten per cliënt per subdoel met staafdiagrammen

		Bewustwording	Herkenning	Erkenning	Adequaat
Client 1	T0	11	6	7	5
Client 2	T0	10	10	2	8
Client 3	T0	7	8	4	8
Client 4	T0	14	9	3	6

		Bewustwording	Herkenning	Erkenning	Adequaat
Client 1	T1	13	6	3	10
Client 2	T1	11	6	5	10
Client 3	T1	12	8	5	13
Client 4	T1	14	9	4	12

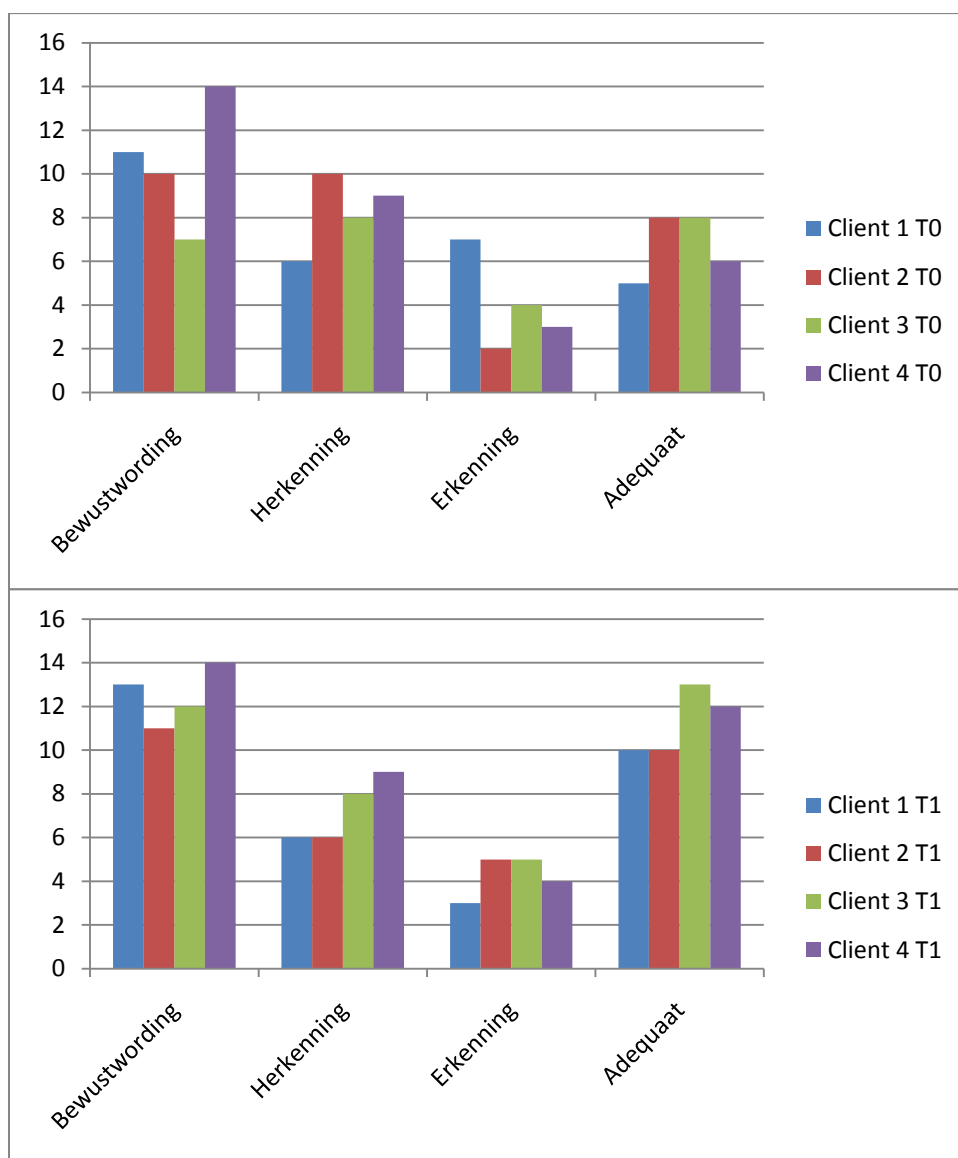




Bijlage 13 Scoring per subdoel met staafdiagrammen

		Bewustwording	Herkenning	Erkenning	Adequaar
Client 1	T0	11	6	7	5
Client 2	T0	10	10	2	8
Client 3	T0	7	8	4	8
Client 4	T0	14	9	3	6

		Bewustwording	Herkenning	Erkenning	Adequaar
Client 1	T1	13	6	3	10
Client 2	T1	11	6	5	10
Client 3	T1	12	8	5	13
Client 4	T1	14	9	4	12



Bijlage 14 Scoring eigen vragenlijst totaal per subdoel met staafdiagram

		Bewustwording	Herkenning	Erkenning	Adequaar
Client 1	T0	11	6	7	5
Client 2	T0	10	10	2	8
Client 3	T0	7	8	4	8
Client 4	T0	14	9	3	6

		Bewustwording	Herkenning	Erkenning	Adequaar
Client 1	T1	13	6	3	10
Client 2	T1	11	6	5	10
Client 3	T1	12	8	5	13
Client 4	T1	14	9	4	12

		<i>Bewustwording</i>	<i>Herkenning</i>	<i>Erkenning</i>	<i>Adequaar</i>
Totaal T0		42	33	16	27
Totaal T1		50	29	17	45
		19%	-12%	6%	40%

