

Weerbaarder naar je werk!

Afstudeer Opdracht

Onderzoek naar de werking van de module 'weerbaarheid' op het aspect zelfwaardering van cliënten met een autismespectrum stoornis die willen re-integreren.

Voorwoord.

Voor U ligt mijn afstudeerscriptie “Weerbaarder naar je werk!”. Aanleiding voor de scriptie was de alsmaar terugkerende vraag naar een interventie methode om de zelfwaardering van de cliënten op mijn stage te vergroten.

Van september 2012 tot en met april 2013 heb ik met veel plezier stage gelopen bij Aksept. Aksept is een re-integratiebureau dat gespecialiseerd is in werken met volwassen cliënten met autisme die willen re-integreren naar de huidige arbeidsmaatschappij. Samen met klasgenote Kimberley Forsyth heb ik bij Aksept de afdeling psychomotorische therapie opgezet. Tijdens de ontwikkeling van de afdeling heb ik in drie maanden tijd een interventiemethode (module) ontwikkeld genaamd “Weerbaarheid”. Deze methode is goedgekeurd door Aksept en door Cor Niks, hogeschool docent aan de Calo. Het doel van de module is de zelfwaardering verhogen van de cliënten.

Na het ontwikkelen van de module kon ik niet wachten om te gaan onderzoeken of de interventiemethode werkt. Immers, de module is ontwikkeld met de verwachting dat de zelfwaardering van de cliënten verhoogd wordt. Door middel van het onderzoek hoopte ik dit aan te kunnen tonen.

Mijn eigen proces is denk ik mooi te omschrijven met een achtbaan. Ups en downs, enorme frustraties wanneer ik vastzat en blijdschap wanneer er progressie kwam in het onderzoek. Het opstellen van de scriptie was een reis die in het teken stond van spanning. Spanning om te beginnen met schrijven, spanning tijdens het aanbieden van de module en spanning tijdens het verwerken van de resultaten. Zou het dan toch kunnen dat ik iets heb ontwikkeld wat aanslaat? Het antwoord is een voorzichtige ja. Ja, er is een kleine groei geconstateerd. Voor de weinige tijd die er gegeven wordt voor de scriptie ben ik daar enorm trots op.

Deze scriptie zou niet tot stand gekomen zijn zonder de goede hulp van diverse mensen:

- Dienneke Jol: hogeschool docent van de Calo en mijn scriptiebegeleidster. Dienneke heeft voor veel inzichten en input heeft gezorgd waar ik verder mee kon tijdens mijn onderzoek;
- Cor Niks: hogeschool docent van de Calo. Tijdens het ontwikkelen van de module heeft hij mij geholpen met het aanreiken van mogelijke oefeningen en met het inkaderen van het doel van de module;
- Lia van der Maas: hogeschool docent van de Calo. Lia heeft een practica in dataverwerking verzorgd, waardoor ik de kennis heb vergaard om de vragenlijsten te verwerken in SPSS.
- Kimberley Forsyth: mijn klasgenote en mede stagegenote. Zij heeft mij geholpen tijdens de uitvoering van de module in de rol van co-therapeut. Met haar input en inzet ben ik van mening dat we samen de module met een mooi resultaat hebben neergezet;
- Mijn ouders, mijn zus en haar man: voor de steun en interesse die ze mij getoond en gegeven hebben tijdens het ontwikkelen van de module en het schrijven van de scriptie.
- Bert Zandvoort: de broer van mijn vriend. Door zijn ervaring met onderzoek doen op bachelor en wetenschappelijk niveau heeft hij mij enorm geholpen tijdens het opstellen van de scriptie met zijn input en kritische blik.
- Hans Zandvoort: mijn vriend. Hij stond voor mij klaar op het moment dat ik mijn arm brak. Hij heeft geholpen met het afmaken van de scriptie. Daarnaast heeft hij me van veel steun voorzien op momenten dat ik het nodig had.

Als laatste rest mij niets anders dan u veel leesplezier toe te wensen!

Abstract.

The motivation for this paper came from the board of Aksept; a re-integration company specialized in working with people with autism. The request contained an intervention method to increase the self-esteem of the clients. Therefore, the intervention method (so called) 'Weerbaarheid' has been developed. During the development came the hypothesis forward:

Will the low self-esteem of the clients, in the age of 18 to 55 with autism who are willing to re-integrate, increase during to the intervention method 'Weerbaarheid'?

The hypothesis has been examined by using the Self-Esteem Scale of Rosenberg (1965). All 10 clients filled in the questionnaire twice, once at the start of the intervention method en once at the end of it. The results have been analyzed afterwards. Overall the results showed an increasing of the self-esteem of the clients (a small growth of 0.22; scale 1-4). However the growth of +0.22 is not enough to statistically proof that the growth of self-esteem is the result of the intervention method. It could also have been the result of other causes besides the intervention method. If further research will be undertaken one of the most important recommendation is to create more research groups.

Inhoudsopgave.

1 - Inleiding.....	4
1.1: Aanleiding	4
1.2: Probleemstelling.....	4
1.3: Doelstelling	5
1.4: Vraagstelling	5
1.5: Aanpak onderzoek.....	5
1.6: Leeswijzer.....	6
Theoretisch kader	7
2 - Autisme spectrum stoornissen	7
2.1: Autisme Spectrum Stoornis (autisme)	7
2.2: Autisme en re-integreren.....	7
3 - Zelfwaardering	9
3.1: Zelfwaardering (self-esteem)	9
3.2: Zelfwaardering en re-integratie.	9
4 - Zelfwaardering en Autisme	10
4.1: Lage zelfwaardering en autisme.....	10
5 - Psychomotorische therapie	11
5.1: Psychomotorische therapie	11
5.2: Psychomotorische therapie bij Aksept.	11
6 - Methode	12
6.1 Onderzoeksgroep	12
6.2 Onderzoeksinstrument	12
6.3 Onderzoeksdesign	12
6.4 Methode van dataverwerking.....	13
7 - Resultaten.....	14
8 - Discussie	16
9 - Conclusie.....	18
10 - Aanbevelingen	20
Literatuurlijst	22
Bijlage 1 Zelfwaarderingsschaal van Rosenberg.....	24

Hoofdstuk 1: Inleiding.

1.1. Aanleiding

Bij Aksept, een re-integratiebureau gespecialiseerd in werken met cliënten met een stoornis in het autistisch spectrum, is recentelijk een nieuwe afdeling opgezet: de afdeling psychomotorische therapie. De directie uitte de wens om het bedrijf uit te breiden met een afdeling psychomotorische therapie om zodoende het aanbod uit te breiden voor de cliënten.

Doel van de psychomotorische therapie bij Aksept is inzicht verkrijgen in eigen niet-werkende patronen en deze om te zetten naar werkende patronen middels de aangereikte handvaten die geboden worden tijdens de therapeutische sessies.

Wat Aksept onderscheidt van (veel) andere re-integratiebureaus is dat er niet protocollair wordt gewerkt, maar dat de inbreng van de cliënten in sterke mate richting geeft aan de inhoud van de toe te passen behandelmethodiek. De cliënten hebben inspraak op de inhoud van het door hen te volgen behandeltraject. Vanuit Aksept bestaat de visie dat de inspraak van de cliënten veelal leidt tot betere resultaten, grotere betrokkenheid van de cliënt en een betere motivatie. Bij de intake van de cliënt wordt met de cliënt besproken wat de hulpvraag is, welke lichamelijke en/of psychosociale problematieken er spelen en wat de persoonlijke wensen zijn van de cliënt. Er wordt bekeken naar de mogelijke behandelmethoden die daarvoor geschikt zijn en in overeenstemming met de cliënt wordt de invulling van het behandeltraject samengesteld.

Uit onderzoek is gebleken dat mensen met een stoornis in het autistisch spectrum vaker een lagere zelfwaardering hebben dan mensen die hier niet aan lijden (Ronsse, 2008). Daarnaast is in recentelijk onderzoek aangetoond dat een lagere zelfwaardering de kans op re-integreren negatief beïnvloedt (Schuring, Burdorf, Carlier & Reijenga, 2011). Ook is het verband tussen autisme en re-integreren onderzocht en daarbij is aangetoond dat het moeilijk is voor mensen met autisme om terug te keren in de arbeidsmaatschappij (Visser, 2009).

Vanuit de inbreng van de cliënt en de samenhang van de onderzoeken is de aanleiding voor dit onderzoek voort gekomen. De aanleiding was de steeds meer opkomende vraag naar een interventie om lage zelfwaardering (Rosenberg, 1979) van cliënten met een stoornis in het autistisch spectrum (Delfos, 2002) te verhogen. De wens naar een interventie op dit gebied kwam veelvuldig naar boven tijdens de gevoerde intake gesprekken met de cliënten.

Daarop is er een module (de zogenoemde module “Weerbaarheid”) ontwikkeld met als doel de zelfwaardering van cliënten te verhogen. De module is ontwikkeld in samenwerking met Aksept en Hogeschool Windesheim.

1.2. Probleemstelling

Vanuit Aksept is de behoefte geuit om inzicht te verkrijgen in welke mate de module Weerbaarheid bijdraagt aan het vergroten van de zelfwaardering van cliënten met een stoornis in het autistisch spectrum. Hierbij is de wens geuit om specifiek inzicht te hebben in de groep die potentieel arbeidsgeschikt is en willen re-integreren op de reguliere arbeidsmarkt. Om deze reden richt deze studie zich op personen in de leeftijdscategorie van 18 tot 55 jaar.

1.3. Doelstelling

Voortvloeiende uit de bovenstaande probleemstelling, luidt de doelstelling van voorliggend onderzoek als volgt:

Het bepalen van het effect van de interventiemethode Weerbaarheid op de hoogte van de zelfwaardering van een cliënt met een stoornis in het autistisch spectrum.

Het effect wordt bepaald door de hoogte van zelfwaardering bij aanvang van de interventiemethode te vergelijken met de hoogte van zelfwaardering na afronding van de interventiemethode.

1.4. Vraagstelling

Op basis van de hierboven beschreven probleem- en doelstelling is de volgende vraagstelling geformuleerd:

Vergroot de ontworpen interventie methode voor weerbaarheid de zelfwaardering van cliënten tussen de 18 en 55 jaar met een stoornis in het autistisch spectrum, die willen re-integreren in de reguliere arbeidsmaatschappij?

Om de probleemstelling te kunnen beantwoorden en invulling te geven aan de doelstelling zal er voorafgaand antwoord worden gezocht op een aantal deelvragen. Het betreffen de volgende deelvragen:

- In welke mate hebben mensen met een stoornis in het autistisch spectrum last van een lage zelfwaardering?
- Is er sprake van een negatieve correlatie tussen cliënten met een lage zelfwaardering en het re-integreren in de huidige arbeidsmarkt?
- In welke mate heeft er verandering plaats gevonden in de zelfwaardering van de cliënten naar aanleiding van het volgen van de module Weerbaarheid?

1.5. Aanpak onderzoek

Voor dit onderzoek heeft er een procedure plaats gevonden met een aantal inclusiecriteria om de gewenste doelgroep samen te stellen voor de interventiemethode module Weerbaarheid.

De doelgroep van deze training zijn cliënten die een lage zelfwaardering hebben en/of waarvan de cliënt op eigen verzoek de zelfwaardering wil verhogen. Daarnaast zijn ze gediagnosticeerd met een stoornis in het autistisch spectrum. Cliënten met het subtype Asperger binnen het autistisch spectrum zijn uitgesloten van dit onderzoek. Recentelijk onderzoek heeft aangetoond dat mensen met Asperger een normale tot hoge zelfwaardering hebben waardoor deze interventie niet nodig geacht wordt (Ronsse, 2008).

In de module Weerbaarheid worden cliënten handvaten aangereikt vanuit tien thema's. Deze thema's beslaan aspecten als communicatie, samenwerken, oplossingsgericht leren denken, grenzen en sollicitatie training. Door middel van de aangeboden activiteiten wordt er getracht de zelfwaardering van de cliënten te verhogen.

Voordat de module start zal een meting plaats vinden om de hoogte van de zelfwaardering te bepalen. Deze meting vindt tevens plaats na afloop van de module. Op deze wijze kan op kwalitatieve wijze inzichtelijk worden gemaakt wat het effect van de module Weerbaarheid op de betreffende cliënt is op gebied van zelfwaardering. De metingen zullen plaatsvinden met behulp van de Nederlandse versie van de Rosenberg Self-Esteem Scale (Franck, De Raedt, Barbez & Rosseel, 2008). De validiteit en betrouwbaarheid van de Rosenberg Self-Esteem Scale is wetenschappelijk aangetoond (Robins, Hendin & Trzesniewski, 2001).

Aan de cliënten wordt gevraagd de Nederlandse versie van de vragenlijst in te vullen. De gehanteerde vragenlijst is als bijlage 1 bij dit rapport bijgevoegd.

Het is een pre-experimenteel onderzoeksdesign (Bakker & Van Buuren, 2009, p.49), met een longitudinaal onderzoek (Bakker & Van Buuren, 2009, p.46). Het onderzoek is longitudinaal vanwege de meerdere meetmomenten die in dit onderzoek plaats vinden. Er is geen controle groep vandaar dat het onderzoek een pre-experimenteel karakter heeft.

1.6. Leeswijzer

In hoofdstuk 2, 3, 4 en 5 is het theoretisch kader beschreven. In hoofdstuk 2 wordt uiteengezet wat autisme spectrum stoornissen inhouden en wat het verband is met re-integreren in de huidige arbeidsmarkt. In hoofdstuk 3 wordt het begrip zelfwaardering verder toegelicht en het verband tussen zelfwaardering en re-integreren in de huidige arbeidsmarkt uiteengezet. Het theoretisch kader wordt vervolgd met hoofdstuk 4 waarin het verband tussen autisme en zelfwaardering verder wordt toegelicht. Het theoretisch kader wordt afgesloten met hoofdstuk 5 waarin het begrip psychomotorische therapie wordt verhelderd. Daarnaast wordt beschreven hoe psychomotorische therapie binnen Aksept opgezet is.

In hoofdstuk 6 wordt de gehanteerde methode uiteengezet. Bij de methode wordt de onderzoeksgroep beschreven met daarnaast beschrijvingen van de onderzoeksinstrumenten, de onderzoeksmethode en de procedure van het onderzoek. Na de methode worden in hoofdstuk 7 de resultaten gepresenteerd. De resultaten worden in hoofdstuk 8 bediscussieerd, er vindt reflectie plaats op de verschillende fasen van het onderzoek. Vervolgens worden er conclusies getrokken in hoofdstuk 9 en worden in hoofdstuk 10 de aanbevelingen gedaan.

Theoretisch kader

Hoofdstuk 2: Autisme Spectrum Stoornissen.

2.1 Autisme spectrum stoornis (autisme).

‘Een stoornis in het sociale contact’ (Delfos, 2002).

Autisme is een stoornis in de informatieverwerking van de hersenen. Bij mensen met autisme wordt de informatie die via de zintuigen binnenkomt anders verwerkt. Details die waargenomen worden zijn moeilijk om te verwerken tot een samenhangend geheel (Nederlandse Vereniging voor Autisme[NVA], 2013).

Mensen met autisme hebben een aantal vaardigheden minder ontwikkeld, zoals een verminderd vermogen tot sociaal contact, een verminderd vermogen tot communiceren en een verminderd gebruik van fantasie. Daarnaast zitten mensen met autisme vaak in een star patroon van steeds terugkerende stereotiepe bezigheden (Trimbos Instituut, 2013).

Autisme is een pervasieve ontwikkelingsstoornis. Pervasief houdt in dat het een *in alles doordringende* stoornis is die al op jonge leeftijd te diagnosticeren is (Psycon, 2007).

Autisme heeft invloed op alle contexten in alle levensfasen. De meeste mensen met autisme hebben in meer of mindere mate hun hele leven deskundige begeleiding nodig. Er zijn factoren die van positieve invloed zijn op de mate van begeleiding. Dit zijn factoren als begrip van de omgeving, een stabiele relatie en het gevoel hebben bij de maatschappij te horen (NVA, 2013).

Autistische stoornissen vallen onder de psychiatrische stoornissen. Zodoende worden ze geclassificeerd volgens de criteria van de DSM-IV-TR. Binnen deze criteria worden drie subgroepen van autisme onderscheiden (American Psychiatric Association [DSM-IV-TR], 2000):

- (Klassiek) Autisme
- Stoornis van Asperger
- PDD-nos

‘Ruim één procent van de Nederlanders - circa. 190.000 mensen – heeft een vorm van autisme’ (NVA, 2013).

2.2 Autisme en re-integreren.

‘26% van de mensen met ASS verricht reguliere arbeid’ (Visser, 2009).

Veel diagnoses voor ASS worden pas op latere leeftijd gesteld. Uit onderzoek van Visser (2009) is gebleken dat veel mensen met ASS moeite hebben met het vinden en behouden van werk. Uit het onderzoek zijn de volgende belemmeringen naar voren gekomen:

- Het sollicitatiegesprek; communicatie problemen tijdens het gesprek. Mensen met ASS begrijpen veelal de gebruikelijke omgangsvormen niet;
- Banen die mensen met ASS aangeboden worden zijn te laag gekwalificeerd ten opzichte van de genoten opleiding van de desbetreffende persoon;
- Tijdens het verrichten van de arbeid wordt er te weinig tijd geboden om nieuwe taken zich eigen te maken om nieuwe werkrouines aan te kunnen leren;
- Gebrek aan tolerantie vanuit de werkgever voor het feit dat je ‘anders’ bent;
- Inter-persoonlijke problemen met leidinggevenden en collega’s;
- Het onvermogen om tegemoet te kunnen komen aan de sociale eisen van het werk.

Mensen met ASS worden relatief snel ontslagen, met name als gevolg van het onvermogen om tegemoet te kunnen komen aan de sociale eisen die het werk en hun werkomgeving aan hen stelt. Er wordt niet goed gefunctioneerd of er is sprake van misverstanden in de communicatie. Dit is vaak zichtbaar in het niet begrijpen van de opdrachten die de werkgever geeft of de sociale omgang met collega's. Daarnaast zijn mensen met ASS overgevoelig voor prikkels. Een prikkelrijke omgeving zal voor iemand met ASS het zeer bemoeilijken om goed te kunnen functioneren op de werkvloer.

Daarnaast komt uitval bij het werk regelmatig voor. Dit kan dikwijls verweten worden aan een te hoge werkdruk waardoor de belasting uiteindelijk te hoog blijkt te zijn. Dit kan vervolgens resulteren in een burn-out of chronische vermoeidheid.

Bij mensen met ASS zijn de verschillende levensgebieden onderling sterk met elkaar verbonden (Gezondheidsraad, 2009, p.69). Er is vaak sprake van een fragiel evenwicht waardoor het snel uit balans kan raken. Als er binnen één van de levensgebieden spanningen zijn werkt dit door in het gehele functioneren van iemand met ASS (Visser, 2009). Dit bemoeilijkt het functioneren in het werk sterk en zorgt ervoor dat het voor iemand met ASS moeilijk is om constant te kunnen functioneren in een normale werkomgeving.

Hoofdstuk 3: zelfwaardering.

3.1 Zelfwaardering (self-esteem).

'One's overall sense of worthiness as a person'

(Rosenberg, 1979).

'Het begrip zelfwaardering zegt iets over hoe tevreden men met zichzelf is. De zelfwaardering uit zich onder meer in de "afstand" tussen ideaal zelf en zelfconcept. Als er een groot verschil is tussen hoe men zou willen zijn en hoe men denkt dat men is, is er sprake van geringe zelfwaardering' (Samson & Willink, 1990).

Zelfwaardering is afhankelijk van verschillende factoren zoals uiterlijke verschijning, prestaties of goedkeuring door anderen. Mensen hebben behoefte aan een positieve eigenwaardering en zijn gemotiveerd deze hoog te houden. Immers, mensen met een hoge zelfwaardering worden vaker als aantrekkelijk en succesvol gezien (Vinken et al, 2005).

Mensen met een lage zelfwaardering ervaren het gevoel te hebben dat ze niet geliefd zijn bij anderen of dat ze niet belangrijk zijn. Er is sprake van een negatieve houding ten opzichte van de eigen persoon. Ze ervaren dat ze onaantrekkelijk zijn en denken anderen tot last te zijn. Negatieve gedachten op gebied van intelligentie, uiterlijk en manier van overkomen gaan veelvuldig door hun hoofd. Een hoog piekergehalte over hun eigen functioneren is continu aanwezig. Zaken die fout lopen worden toegeschreven aan interne oorzaken, successen worden toegeschreven aan externe oorzaken. Zodoende worden er geen succeservaringen opgedaan wat resulteert in een continue lage zelfwaardering (Ronsse, 2008).

Mensen met een lage zelfwaardering kunnen complimenten van anderen moeilijk aanvaren. De complimenten worden niet geloofd en/of niet serieus genomen. Dit is toe te schrijven aan dat de persoon zelf een dusdanig ander (negatief) beeld heeft over zijn eigen functioneren en overkomen, dat het compliment van de andere een uiterste is, waardoor het compliment vaak niet geloofwaardig overkomt (Ronsse, 2008).

3.2 Lage zelfwaardering en re-integreren

De relatie tussen werkeloosheid en een negatieve gezondheidsbeleving is veelvuldig aangetoond (Bartley, Clarke & Sacker, 2004; Janlert, 1997). Een groot onderdeel van een negatieve gezondheidsbeleving is een lage zelfwaardering.

Uit het artikel over onderzoek naar de gezondheidsbeleving van werkelozen (Schuring, Burdorf, Carlier & Reijnga, 2011) komt naar voren dat lage zelfwaardering een matige samenhang ($0.3 < \text{correlatie} < 0.5$) heeft met een negatieve gezondheidsbeleving. Deze matige samenhang zegt iets over de mate waarin een lage zelfwaardering het re-integreren bemoeilijkt. De negatieve correlatie toont aan dat een negatieve zelfwaardering niet positief bijdraagt aan het re-integreren. Zodoende is een lage zelfwaardering een negatieve factor wat re-integreren sterk (kan) bemoeilijken.

Hoofdstuk 4: Zelfwaardering & Autisme

4.1 Lage zelfwaardering en autisme.

“Een aantal mensen met autisme scoort opvallend vaker hoger afwijkend betreffende lage zelfwaardering” (Ronsse, 2010).

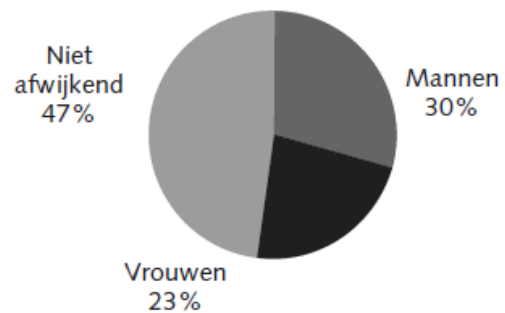
In diverse materie van literatuur komt naar voren dat ondanks dat men dit niet verwacht, mensen met autisme ook graag sociale contacten hebben (Dumortier, 2008; Leguit, 2006). Zoals beschreven in hoofdstuk 2 is het voor mensen met autisme moeilijk om sociale contacten aan te gaan. Voor mensen met autisme is het moeilijk om zich te verplaatsen in de ander. Het ontbreken van de sociale contacten levert frustratie en angst op. Uit onderzoek van Baard, Van der Elst & Van Leijenhorst (2006) is gebleken dat het steeds weer mislukken van het aangaan van sociale contacten veel verdriet en stress oplevert. Als gevolg hiervan ontwikkelen veel personen met autisme een lage zelfwaardering. Zoals omschreven in hoofdstuk 3 spelen sociale factoren zoals omgang met leeftijdsgenoten, een grote rol in de mate van ervaren zelfwaardering.

In het onderzoek van Ronsse (2008) zijn metingen gedaan naar de correlatie tussen lage zelfwaardering en autisme (zie afbeelding 4.1). Daaruit blijkt dat mensen met autisme opvallend vaker hoger scoren op een lage zelfwaardering. Deze score geeft aan hoeveel procent van de mensen met autisme een lage zelfwaardering hebben. Hierbij is ook een onderverdeling gemaakt tussen mannen, vrouwen en niet afwijkend. Met niet afwijkend wordt bedoeld dat dit percentage van mensen met autisme geen afwijkende zelfwaardering hebben ten opzichte van mensen zonder autisme.

Lee & Hobson (1998) leggen in hun onderzoek de link tussen een lage zelfwaardering en de diagnostiek van autisme zoals vermeld in de DSM IV. In de DSM IV worden deze kenmerken gekarakteriseerd als tekortkomingen in de sociale wisselwerking:

- Het er niet in slagen om met leeftijdsgenoten tot relaties te komen die passend zijn bij het ontwikkelingsniveau
- Een (ervaren) tekort in het spontaan proberen met anderen dingen te delen op gebied van plezier, bezigheden en/of prestaties.

Inhoudsschaal: Lage zelfwaardering



Afbeelding 4.1: de correlatie tussen autisme en zelfwaardering onderverdeelt in vrouwen, mannen en niet afwijkend (Ronsse, 2008).

Hoofdstuk 5: psychomotorische therapie.

5.1 Psychomotorische therapie

‘Psychomotorische therapie is een behandelvorm voor mensen met psychische problematiek, waarbij op methodische wijze gebruik wordt gemaakt van interventies gericht op lichaamservaring en het handelen in bewegingssituaties’ (Beroepsprofiel psychomotorisch therapeut, maart 2008).

Onder psychische problematiek worden zowel lichte psychosociale of ontwikkelingspsychosociale problemen als ernstiger psychiatrische stoornissen verstaan onder. Ook psychosomatische klachten en (secundaire) psychische reacties op chronische ziekten en handicaps vallen onder psychische problematiek.

Op basis van diagnostische procedures komt de therapeut tot een (verantwoord) behandelplan. In het behandelplan worden zowel de doelstellingen als de wijze waarop deze bereikt zullen worden helder omschreven. Daarnaast wordt het behandelplan regelmatig geëvalueerd en zodanig bijgesteld. Deze werkwijze impliceert het methodisch werken van de therapeut.

Psychomotorisch therapeuten beschikken over een diversiteit aan werkvormen waarbij de cliënt letterlijk en figuurlijk in beweging kan komen. Deze interventies zijn gericht op lichaamsbeleving en het bewegingsgedrag. Daarnaast zorgen de interventies ervoor dat de cliënt stil kan staan bij de betekenis van interactioneel bewegingsgedrag en/of zich kan richten op de beleving van het eigen lichaam.

Zoals hierboven beschreven bestaat de doelgroep uit mensen met psychische problematiek in de ruimste zin van het woord. Hierbij gaat het dus ook om mensen die incapabel zijn om hun problemen te beamen en verantwoorden. Hierbij wordt bijvoorbeeld gedoeld op dementerende ouderen, verstandelijk gehandicapten of psychotische stoornissen (Beroepsprofiel psychomotorisch therapeut, maart 2008).

5.2 Psychomotorische therapie bij Aksept

Psychomotorische therapie bij Aksept wordt ingezet als een behandelvorm aanvullend op een interventie op arbeidsgelateerd gebied. Bij Aksept wordt er gewerkt met volwassen cliënten die willen re-integreren in de huidige arbeidsmarkt. De cliënten zijn door diverse problematieken op lichamelijk en/of psychisch gebied uit de arbeidsmarkt geraakt. Door het UWV worden zij doorverwezen naar Aksept om een re-integratietraject te gaan volgen.

Doel van de psychomotorische therapie bij Aksept is inzicht verkrijgen in eigen niet-werkende patronen en deze om te zetten naar werkende patronen middels de aangereikte handvaten die geboden worden tijdens de therapeutische sessies.

De afdeling bestaat sinds september 2011. De afdeling is opgezet vanuit een projectstage door twee studenten van opleiding psychomotorische therapie en bewegingsagogie. De psychomotorische afdeling biedt een aanvullend programma aan cliënten die in een traject zitten om te re-integreren op de arbeidsmarkt. Het programma wordt individueel afgestemd op de cliënt. Hierbij wordt rekening gehouden met de doelen van de cliënt, de persoonlijke wensen en de lichamelijke en/of psychische problematiek van de cliënt. Hierbij wordt ook gedifferentieerd tussen groepsprogramma's en/of individueel afgestemde sessies op de cliënt.

Het aanbod bestaat momenteel uit: runningtherapie, zwemmen, wandelcoaching, schaatsen, mountainbiken en de weerbaarheidstraining.

Hoofdstuk 6: Methode

6.1 Onderzoeksgroep

Voor dit onderzoek heeft er een procedure plaats gevonden met een aantal inclusie criteria om de gewenste doelgroep samen te stellen voor de interventie. Tijdens een overleg zijn alle cliënten besproken om te beslissen welke cliënten in aanmerking komen om de interventie (weerbaarheidstraining) te gaan volgen. Voor dit overleg is een team samengesteld waarbij de jobcoach, de arbeidspsycholoog en de psychomotorisch therapeut (in opleiding) aanwezig waren.

De psychomotorisch therapeut (pmt'er) in opleiding heeft een aantal criteria opgesteld waar de cliënt aan moet voldoen om in aanmerking te komen voor het volgen van de interventie. De criteria waren als volgt:

- de cliënt moet door het team worden ingeschat als zijnde een cliënt met een (zeer) lage zelfwaardering;
- de cliënt moet door het team worden ingeschat als iemand die open staat voor het aan leren van nieuw gedrag en het verkrijgen van inzichten op het gebied van zelfwaardering;
- de cliënt moet gediagnosticeerd zijn met een stoornis in het autistisch spectrum. Hierbij worden cliënten met het syndroom van Asperger uitgesloten aangezien deze cliënten veelal een goede tot hoge zelfwaardering hebben doordat zij over het algemeen een hogere zelfredzaamheid hebben (NVA, 2013).

Daarop zijn de cliënten die geselecteerd zijn persoonlijk benaderd met het aanbod om deel te gaan nemen aan de module Weerbaarheid. De deelname was op vrijwillige basis. In overleg met de cliënt is de deelname onderdeel gemaakt van het overall behandeltraject van de cliënt. Na akkoord werd de cliënt op de deelnamelijst geplaatst en werd de uitnodiging voor de eerste sessie opgestuurd tezamen met informatie over de werkwijze, het beoogde effect van de module en informatie over het onderzoek dat wordt uitgevoerd tijdens de module.

6.2 Onderzoeksinstrument

De Rosenberg Self-Esteem Scale (Rosenberg, 1965) meet zelfwaardering bij adolescenten. Bij deze vragenlijst horen tien beknopte vragen waarmee de zelfwaardering van de cliënten gemeten worden. De cliënten vullen in in hoeverre zij het eens zijn met de tien uitspraken op basis van een 4-punt Likertschaal (1 = “helemaal akkoord” tot 4 = “helemaal niet akkoord”). Scores onder de 2.5 staat gelijk aan een lage zelfwaardering. Scores boven de 3.5 staat voor een goede zelfwaardering. De scores er tussen geven aan dat de desbetreffende cliënt geen (zeer) lage zelfwaardering heeft maar dat er nog wel ruimte is voor verbetering voordat de cliënt een 3.5 kan scoren.

Tijdens dit onderzoek is er gebruik gemaakt van de Nederlandse versie van de Rosenberg Self-Esteem Scale. Van de Nederlandse versie is door middel van wetenschappelijk onderzoek aangetoond dat deze versie betrouwbaar en valide is (Franck, De Raedt, Barbez & Rosseel, 2008).

6.3 Onderzoeksdesign

Het is een pre-experimenteel onderzoeksdesign (Bakken & Van Buuren, 2009, p.49) met een longitudinaal onderzoek (Bakker & Van Buuren, 2009, p.46). Het onderzoek heeft een longitudinaal karakter vanwege de meerdere meetmomenten die plaats vinden tijdens dit onderzoek. Er is geen controle groep, wat maakt dat het onderzoek pre-experimenteel is.

Voor aanvang van het onderzoek betrof de onderzoeksgroep 14 cliënten, waarvan vier mannen (n=4) en 12 vrouwen (n=12) in de leeftijd van 18 tot 55 jaar, met een stoornis in het autistisch spectrum zoals omschreven in DSM-IV(2000). Vijf personen zijn om verschillende redenen uiteindelijk niet gestart met de interventie. Één persoon is uitgesloten van het onderzoek vanwege uitval na de eerste sessie.

Zodoende bestond de uiteindelijke onderzoeksgroep uit tien vrouwen (n=10) bij de start van het onderzoek (T1). Tijdens het verloop van de module heeft er geen verdere uitval plaats gevonden, zodoende bestond de onderzoeksgroep aan het eind (bij T2) uit dezelfde samenstelling (n=10) als bij T1.

Tijdens dit onderzoek hebben er twee meetmomenten plaats gevonden (T1 & T2). Het eerste meetmoment vond plaats bij aanvang van de eerste sessie op 30 januari 2013. Het tweede en tevens laatste meetmoment vond plaats na afloop van de laatste sessie op 10 april 2013.

6.4 Methode van dataverwerking.

De ingevulde vragenlijsten zijn verwerkt door middel van het programma SPSS Statistics (Statistical Package for the Social Sciences). De ingevulde antwoorden zijn omgezet in getallen om zodoende te kunnen meten of er progressie heeft plaats gevonden in de mate van zelfwaardering bij de cliënten. Daarbij is ingestoken op de positieve benadering ("Helemaal Akkoord" = 4, "Akkoord" = 3, "Niet Akkoord" = 2 en "Helemaal niet Akkoord" = 1). Vijf van de tien gestelde uitspraken zijn negatief geformuleerd. Zodoende zijn de vragen die negatief geformuleerd zijn in het programma gehercodeerd om één uitkomst te kunnen verkrijgen. (4 =1, 3=2, 2=3 en 1=4).

Door in te steken op de positieve benadering is er beter te meten of er vooruitgang is geboekt, immers bij deze manier van omzetting wordt er gekeken naar het gemiddelde van de ingevulde vragenlijsten bij T1 en naar het gemiddelde van de vragenlijsten bij T2. Het verschil tussen T1 en T2 geeft een indicatie over de uitkomst van de gegeven module op gebied van mate van zelfwaardering. Wanneer het gemiddelde getal hoger is, geeft dat een indicatie over een verbetering in de mate van zelfwaardering. Wanneer het getal lager is, geeft dat een indicatie dat er een verslechtering is in de mate van zelfwaardering.

Door middel van de Wilcoxon Signed Rank Test wordt er berekend wat het significantie level (P) is van het onderzoek. Wanneer deze $P \leq 0.05$ is, betekent dit dat er met 95% (of meer) zekerheid gesteld kan worden dat het resultaat een gevolg is van de gegeven interventiemethode Weerbaarheid. Wanneer dit getal lager is, worden de percentages hoger, bijvoorbeeld $P \leq 0.04$ is 96%. Wanneer de getallen hoger worden kan er algemeen gesteld worden dan 0.05, kan er algemeen gesteld worden dat de resultaten dan niet significant genoeg zijn om te kunnen stellen dat deze door de interventie komt. Het valt dan buiten de 95% betrouwbaarheid. De mate (toe- of afname) van zelfwaardering kan dan ook door andere externe omstandigheden veranderd zijn.

Hoofdstuk 7: Resultaten

Onderstaande tabel 7.1, bevat opvallende resultaten die naar aanleiding van het onderzoek naar voren zijn gekomen.

In meting 1 (RSE T1) komt naar voren dat de laagste score op zelfwaardering 1.7 is (cliënt 10). De hoogste score bedraagt 3.4 (cliënt 8). Het gemiddelde van de scores bedraagt 2.76. Deze score geeft aan dat het gemiddelde van de groep tussen een lage zelfwaardering (≤ 2.5) en een goede zelfwaardering in zit (≥ 3.5). Zes van de tien personen scoren boven de 2.76, respectievelijk van 2.8 tot 3.3. Dit geeft aan dat deze zes cliënten bovengemiddeld scoren bij de eerste meting in verhouding met de hele onderzoeksgroep. Het valt op dat de scores relatief ver uit elkaar liggen (breed verdeeld zijn), de zogenoemde standaarddeviatie (SD). Deze standaarddeviatie bedraagt 0.51.

Tabel 7.1 Resultaten T1 & T2.				
Cliënten	RSE T1	RSE T2	Vershil	Aanwezigheid
Cliënt 1	2.6	2.8	+0.2	9 maal van 10 keer aanwezig
Cliënt 2	2.8	3.35	+0.55	10 maal van 10 keer aanwezig
Cliënt 3	2.7	2.9	+0.2	8 maal van 10 keer aanwezig
Cliënt 4	3.3	3.7	+0.4	9 maal van 10 keer aanwezig
Cliënt 5	2.9	3.4	+0.5	10 maal van 10 keer aanwezig
Cliënt 6	3.0	3.0	0	7 maal van 10 keer aanwezig
Cliënt 7	3.0	2.8	-0.2	8 maal van 10 keer aanwezig
Cliënt 8	3.4	2.8	-0.6	7 maal van 10 keer aanwezig
Cliënt 9	2.2	2.5	+0.3	9 maal van 10 keer aanwezig
Cliënt 10	1.7	2.5	+0.8	10 maal van 10 keer aanwezig
Groepsgemiddelde (SD)	2.76 (0.51)	2.98 (0.39)	+0.22	

Legenda:

- RSE T1: Rosenberg Self-Esteem meting 1
- RSE T2: Rosenberg Self-Esteem meting 2
- SD: Standaarddeviatie
- Verschil: betreft het verschil tussen meting RSE T1 en RSE T2.

Bij meting 2 (RSE T2) liggen de scores dicht bij het elkaar. De laagste score bedraagt 2.5, de hoogste 3.7. Daaruit is op te maken dat de marges in de scores tussen de cliënten kleiner zijn geworden. De standaarddeviatie bij T2 bedraagt 0.39. De gemiddelde score bedraagt 2.98. Dit geeft aan dat de onderzoeksgroep ook bij deze meting tussen een lage zelfwaardering (≤ 2.5) en een goede zelfwaardering in zit (≥ 3.5). Vier van de tien personen scoren met scores tussen de 3.0 en 3.7. boven de 2.98, respectievelijk van 3.0 tot 3.7. Één cliënt (cliënt 4) scoort een 3.7. Dit geeft aan dat deze cliënt na het volgen van de interventiemethode een goede zelfwaardering heeft (score ≥ 3.5).

De gemiddelde score bij T1 bedraagt 2.76. Bij T2 is deze gemiddelde score hoger, namelijk 2.98. Dit geeft aan dat de groep gemiddeld is gegroeid in de hoogte van zelfwaardering. Het verschil bedraagt +0.22. In het verschil komt naar voren dat zeven personen (licht) zijn gegroeid (tussen 0.2 en 0.8 groei) in de mate van zelfwaardering. Één persoon is gelijk gebleven in haar scores en twee personen zijn lager geëindigd op gebied van zelfwaardering, met een daling van respectievelijk 0.2 en 0.6.

Enkele cliënten (cliënt 6, 7 en 8) zijn enkele malen afwezig geweest. Er lijkt een verband te bestaan tussen aanwezigheid en de (negatieve) scores. Het is namelijk opvallend dat juist de cliënten die diverse malen afwezig waren, negatief of neutraal scoren, terwijl de cliënten die vaker aanwezig waren allen een verbetering van de zelfwaardering laten zien.

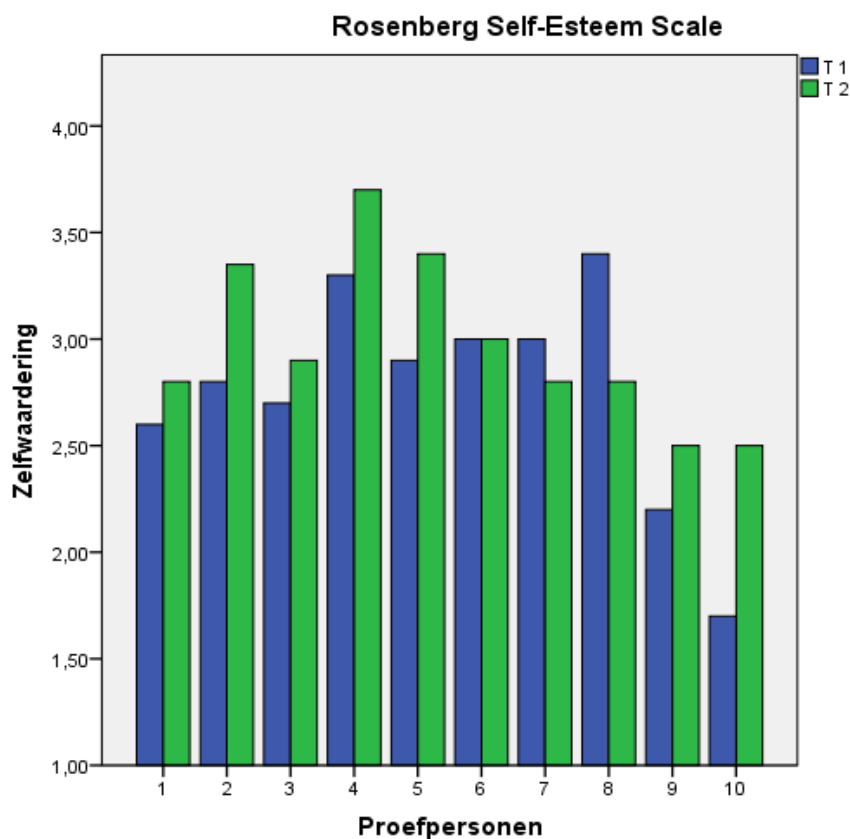
Met de Wilcoxon Signed Rank test is een berekening uitgevoerd om het significantie level vast te stellen. Het getal dat daaruit naar voren komt geeft aan wat de mate van zekerheid is dat het effect toe te schrijven is aan de interventiemethode Weerbaarheid.

Uit de Wilcoxon Signed Rank test komt naar voren dat het significantie level $P=0.192$ is. Dit geeft aan dat het verschil in de mate van zelfwaardering van de gehele groep tussen de voor- (T1) en de nameting (T2) niet significant is.

Dit betekent dat de verandering van de mate van zelfwaardering niet per definitie door de gestelde interventie komt als wel (mede) door andere randoorzaken.

In onderstaande afbeelding (afbeelding 7.1) zijn de resultaten uit tabel 7.1 in grafiekvorm vertaald.

Afbeelding 7.1. Overzicht in grafiekvorm met resultaten van T1 en T2.



De Y-as bevat zelfwaarderingsscores. De scores liggen tussen 1 en 4. Dit komt overeen met de eerdere uitleg (hoofdstuk 6) in de methode over de geschaalde scores (1 = lage zelfwaardering tot 4 = hoge zelfwaardering). Op de X-as zijn de proefpersonen gerangschikt. In dit overzicht is af te lezen wat de verandering in score van zelfwaardering per persoon tussen meting T1 en T2. Hierbinnen zijn een aantal cliënten die opvallen doordat zij uitschieten naar boven (cliënt 2, 4, 5 en 10). Één cliënt valt op in de mate waarop haar score gezakt is tussen T1 en T2 (cliënt 8).

Hoofdstuk 8: Discussie

Tijdens dit onderzoek is er gebruik gemaakt van één vragenlijst waarbij er twee meetmomenten zijn gehanteerd. Met de meetmomenten wordt vastgelegd hoe het op een specifiek moment gesteld is met de zelfwaardering. Kortom, dit betreft een momentopname.

De observaties gedurende de tien sessies laten echter meer zien dan uit de twee meetmethoden met de bijbehorende twee vragenlijsten te destilleren is. Het onderzoek zou breder getrokken kunnen worden door bijvoorbeeld:

- een aanvullende methode in te zetten die andere gedragsaspecten vastlegt. Hierbij kan gedacht worden aan aspecten op gebied van zelfbeeld en assertiviteit;
- het hanteren van meer meetmomenten. Door meer meetmomenten kan aanvullende informatie gegenereerd worden. Gedacht kan worden aan een tussentijdse meting tussen T1 en T2, maar ook een nameting na (bijvoorbeeld een maand na) T2. Ook kan dit bijdragen aan meer nuance (minder extremen) in de resultaten;
- naast meerdere meetmomenten een controlegroep in te stellen, zodat de metingen van beide groepen vergeleken kunnen worden.

Mogelijk dat indien het onderzoek met bovenstaande aanvullingen uitgebreid was, het met meer zekerheid vast te stellen zou zijn geweest dat de geconstateerde (kleinschalige) groei aan de gegeven interventiemethode toe te schrijven is.

De interventiemethode is toegepast op een relatief kleine onderzoeksgroep. Uit dit onderzoek blijkt dat een kleine groeiontwikkeling. Het kleinschalige karakter van dit onderzoek maakt dat hard statistisch bewijs voor groei als gevolg van de interventiemethode niet te leveren is. Formatie van meerdere onderzoeksgroepen (drie of meer) vergroot de kans op het vast kunnen stellen van (hard) statische significant bewijs.

De resultaten tonen overall een lichte groei. Maar het beeld is gemengd, want uit de resultaten blijkt dat bij twee cliënten sprake is van daling in de mate van zelfwaardering. Het is niet eenvoudig om vast te stellen wat de oorzaak hiervan is. De twee cliënten hebben respectievelijk twee (sessie 6 en 8) en drie sessies (sessie 6, 7 en 8) gemist. Dit waren relatief belangrijke sessies. Het missen hiervan betekent dat belangrijke onderdelen gemist zijn. Het is daardoor mogelijk dat betreffende cliënten hierdoor minder hebben kunnen profiteren van de aangereikte handvaten. Dit kan bij hebben gedragen aan de geconstateerde daling.

Verder valt op dat cliënt 6 en 7 ten opzichte van de rest van de groep relatief jong zijn, respectievelijk 18 en 19 jaar, en dat bij beide cliënten tevens sprake is van een ontwikkelingsachterstand (IQ lager dan 80 en laag reflectievermogen). Ook deze factoren kunnen er aan bijgedragen hebben dat de interventiemethode minder succesvol is geweest, bijvoorbeeld omdat het begrijpen van de meegegeven theoretische kaders een bepaald intellect vereist en de methode het meeste effect sorteert indien de cliënt beschikt over een bepaalde mate van zelfreflectie.

Een andere opvallende constatering is dat zowel de cliënten als de therapeuten van het vrouwelijk geslacht zijn. Dit kan van invloed zijn geweest op de sfeer en de omgangsvormen en -normen gedurende het onderzoek. Het feit dat alleen vrouwen deelnamen, kan bij de cliënten tot een veiliger gevoelde omgeving hebben geleid dan in de situatie dat er ook mannen aanwezig geweest waren.

Anderzijds kan betoogd worden dat deelname van één of meer mannen juist ook voordelig had kunnen zijn op het effect van de interventiemethode op de vrouwelijke cliënten. Inzien dat mannen ook kunnen lijden aan een lage zelfwaardering, kan ook herkenning geven en het gevoel geven dat dit niet slechts een 'vrouwelijk' probleem is en daarmee tot een minder negatief zelfwaardering.

Een laatste noemenswaardig aspect betreft het feit dat beide therapeuten van het vrouwelijke geslacht waren. Dit kan hebben bijgedragen aan de geringe hoeveelheid mannelijke aanmeldingen (vier) en het daarop volgende onaangekondigd afwezig blijven deze vier aangemelde mannelijke cliënten. Een mogelijke verklaring zou kunnen zijn dat mannelijke cliënten een vrouwelijke omgeving vrezen en daarmee hun mannelijkheid aangetast voelen doordat (het uitkomen voor) een lage zelfwaardering (mogelijk) niet appelleert aan het ideaalbeeld van de 'sterke man'.

Hoofdstuk 9: Conclusie

In de theoretische kaders (hoofdstuk 2, 3, 4 en 5) zijn de theoretische begrippen die relevant zijn voor het onderzoek toegelicht. Teruggrijpend op de inleiding kan er gesteld worden dat er antwoord is gezocht op de deelvragen zoals vermeld in de vraagstelling. Uit deze beantwoording komt het verband naar voren tussen autisme, lage zelfwaardering en re-integratie. In wetenschappelijk onderzoek van Schuring, et al (2011) is aangetoond dat een lage zelfwaardering re-integratie bemoeilijkt. Daarnaast is in wetenschappelijk onderzoek van Visser (2009) aangetoond dat het hebben van een vorm van een autisme spectrum stoornis re-integreren bemoeilijkt. Als laatste heeft recentelijk onderzoek van Ronsse (2008) aangetoond dat mensen met een autisme spectrum stoornis opvallend vaker leiden aan een lage zelfwaardering.

Concluderend komt er naar voren dat het hebben van een autisme spectrum stoornis tezamen met een lage zelfwaardering re-integratie sterk bemoeilijkt. Vanuit dit verband is de interventiemethode Weerbaarheid ontwikkeld en onderzocht.

De interventiemethode Weerbaarheid is in een 10 weken durend traject aangeboden aan 10 cliënten met autisme, die leiden aan een lage zelfwaardering. De interventiemethode is op het aspect van zelfwaardering onderzocht door middel van de Nederlandse versie van de Rosenberg Self-Esteem Scale, waarbij er twee metingen hebben plaats gevonden (T1 en T2).

De resultaten van de metingen zijn vermeld in hoofdstuk 7. De resultaten geven samenvattend aan dat er gemiddeld in de gehele onderzoeksgroep een kleine groei heeft plaatsgevonden in de mate van zelfwaardering van de cliënten (+0.22 op schaal van 1 tot 4). Uit de Wilcoxon Signed Rank Test is naar voren gekomen dat het significantie level $P=0.192$ is. Deze score geeft aan dat het verschil in de mate van zelfwaardering van de onderzoeksgroep tussen de voor- (T1) en de nameting (T2) niet significant is. Er is daardoor niet met zekerheid te stellen dat de kleine groei die plaats heeft gevonden toe te schrijven is aan de interventiemethode Weerbaarheid.

Als er specifiek wordt gekeken naar de individuele scores van de cliënten dan is er zichtbaar dat 7 van de 10 cliënten gegroeid zijn in de mate van zelfwaardering. Hierbij moet de kanttekening geplaatst worden dat deze groei volgens de statistieken niet binnen het vastgestelde significantie level van $P \leq 0.05$ valt. De groei van de 7 cliënten lijkt in verband te staan met de mate van aanwezigheid. Deze 7 cliënten waren (vrijwel) elke bijeenkomst aanwezig. Cliënten met twee of meer malen afwezigheid scoren lager dan de overige cliënten.

Teruggrijpend op de inleiding komen we nu aan bij de vraagstelling zoals gesteld bij aanvang van deze studie:

Vergroot de ontworpen interventie methode voor weerbaarheid de zelfwaardering van cliënten tussen de 18 en 55 jaar met een stoornis in het autistisch spectrum, die willen re-integreren in de reguliere arbeidsmaatschappij?

Het antwoord op de hier boven genoemde vraagstelling is te beantwoorden met een voorzichtig 'ja'. Er is een gemiddelde groei vastgesteld van 0.22 in de mate van zelfwaardering van de onderzoeksgroep. Deze groei heeft plaats gevonden tussen de aanvang en het einde van de aangeboden interventiemethode. De groei is echter niet significant (genoeg) om statistisch te kunnen aantonen dat de groei toe te schrijven is aan de aangeboden interventiemethode. Het zou ook door andere of meerdere gelijkoptredende (rand)oorzaken veroorzaakt kunnen worden.

Conclusie: op basis van de ingevulde vragenlijsten is er een kleine groei gemeten in de mate van zelfwaardering. Echter is niet statistisch te onderbouwen dat dit het gevolg is van de aangeboden interventiemethode.

De doelstelling is bij de start van het onderzoek is als volgt geformuleerd:

Het bepalen van het effect van de interventiemethode Weerbaarheid op de hoogte van de zelfwaardering van een cliënt met een stoornis in het autistisch spectrum.

Tijdens het onderzoek is het effect van de interventiemethode bepaald door middel van de vragenlijst die afgenomen is bij beide meetmomenten (T1 en T2). Uit de vragenlijsten zijn scores berekend die aangeven op een schaal van 1 tot 4 hoe hoog de zelfwaardering op dat exacte moment is. Uit de scores is de gemiddelde groei berekend van de onderzoeksgroep.

Het effect van de interventiemethode voor de onderzoeksgroep bedraagt +0.22 groei in de mate van zelfwaardering. Daarmee is invulling gegeven aan de doelstelling. De kanttekening blijft echter dat niet statistisch vast te stellen is of dit het gevolg is van de interventiemethode.

Hoofdstuk 10: Aanbevelingen

Om het effect van de interventiemethode Weerbaarheid nauwkeuriger te kunnen meten en statistisch harde conclusies te kunnen trekken gelden de volgende aanbevelingen:

1. Formatie meer onderzoeksgroepen (drie of meer). Dit vergroot de kans op het vast kunnen stellen van (hard) statisch bewijs;
2. Hanteer meer meetmomenten. Door meer meetmomenten kan aanvullende informatie gegenereerd worden. Gedacht kan worden aan een tussentijdse meting tussen T1 en T2, maar ook een nameting na (bijvoorbeeld een maand na) T2. Ook kan dit bijdragen aan meer nuance (minder extremen) in de resultaten;
3. Stel naast meerdere meetmomenten een controlegroep in, zodat de metingen van beide groepen vergeleken kunnen worden;
4. Zet een aanvullende methode in die andere gedragsaspecten vastlegt;
5. Denk bij de samenstelling van de groepen goed na over de homogeniteit dan wel heterogeniteit van de groep;
6. Hanteer vaste therapeut of therapeutenkoppel om consistentie in de gehanteerde werkwijze te borgen.

Ad 1 Formeer meer onderzoeksgroepen

De interventiemethode is toegepast op een relatief kleine onderzoeksgroep. Uit dit onderzoek blijkt dat een kleine groeiontwikkeling. Het kleinschalige karakter van dit onderzoek maakt dat hard statistisch bewijs voor groei als gevolg van de interventiemethode niet te leveren is. Uit deze constatering volgt de aanbeveling om meerdere onderzoeksgroepen samen te stellen. Zodoende zijn er meer cliënten die dezelfde methode aangeboden krijgen waardoor het effect van de interventie nauwkeuriger te meten is. Gezien het feit dat de huidige onderzoeksgroep uit slechts 10 cliënten bestond is er niet statistisch vast te stellen dat de kleine groei op gebied van zelfwaardering die gemeten is toe te schrijven aan de aangeboden interventiemethode. Wanneer er een grootschaliger onderzoek plaatsvindt met meerdere onderzoeksgroepen is er statistisch beter meetbaar of het effect door de aangeboden interventiemethode komt.

Ad 2 en 3 Hanteer een nameting en stel een controlegroep in

Bij dit kleinschalige onderzoek heeft er geen nameting plaatsgevonden. Bij een volgend onderzoek wordt dit sterk aanbevolen. De uitkomst van de nameting zal breder zicht geven op het effect van de interventiemethode. Bij dit onderzoek was er geen controlegroep. Er wordt aanbevolen om een controlegroep samen te stellen. Deze controlegroep volgt hetzelfde traject als de onderzoeksgroep met uitzondering van de interventiemethode. Waarbij de controlegroep op dezelfde momenten de vragenlijst invult als de onderzoeksgroep. Zodoende is er nauwkeuriger te meten of het verschil in de mate van zelfwaardering van de mensen in de onderzoeksgroep specifiek is toe te schrijven aan de aangeboden interventiemethode.

Ad 4 Zet aanvullende methode in die andere gedragsaspecten vastlegt

Bij dit onderzoek is het specifieke aspect zelfwaardering gemeten. Bij verder onderzoek wordt er aanbevolen op meerdere aspecten onderzoek te doen. Hierbij kan gedacht worden aan aspecten op gebied van zelfbeeld, assertiviteit, et cetera. Als er op meer aspecten onderzoek plaatsvindt is de verwachting dat er grootschaliger vast te stellen is of de interventiemethode een succesvolle methode is voor cliënten met een stoornis in het autistisch spectrum die willen re-integreren.

Ad 5 Maak een bewuste keuze over de samenstelling van de groepen

De samenstelling van de groepen heeft mogelijk invloed op de groepsdynamiek en de uiteindelijke resultaten van het onderzoek. Het maakt naar verwachting verschil of een groep homogeen of juist heterogeen is als het gaat om leeftijd, geslacht of intelligentie. Zowel het onderzoeken van heterogene en homogene groepen kan interessante resultaten opleveren, alleen – zo luidt het pleidooi hier – moet dit wel het gevolg zijn van een welbewuste overweging.

Ad 6 Hanteer vaste therapeut of therapeutenkoppel

Om de resultaten zo zuiver mogelijk te kunnen meten wordt er aanbevolen om een vast koppel van therapeuten samen te stellen. Zodoende wordt geborgd dat de interventiemethode op vrijwel dezelfde manier wordt aangeboden bij de verschillende onderzoeksgroepen.

Wanneer bovenstaande aanbevelingen worden toegepast in een vervolgonderzoek is de verwachting dat beter invulling kan worden gegeven aan de vraag- en doelstelling zoals verwoord in hoofdstuk 1. De verwachting is dat indien bij vervolgonderzoek bovenstaande aanbevelingen in acht worden genomen, met meer zekerheid vast te stellen is of de geconstateerde (kleinschalige) groei aan de gegeven interventiemethode toe te schrijven is.

Literatuurlijst

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders [DSM-IV-TR]*. Washington, DC: Author.

Bartley M., Sacker A., & Clarke P. (2004). Employment status, employment conditions, and limiting illness: prospective evidence from the British household panel survey. *J Epidemiol Commun Health* 2004; 58: 501-6.

Wat is autisme? (2013). Brochure Nederlandse Vereniging voor Autisme [NVA].

Baard, M., Van der Elst, D. & Van Leijenhorst, M. (2006). *Ongewild lastig in de puberteit en adolescentie. Inzicht in veelvoorkomende (ontwikkelings)stoornissen*. Huizen: Uitgeverij Pica.

Bakker., E. & Van Buuren, H. (2009). *Onderzoek in de gezondheidszorg*. Houten, Nederland: Noordhoff .

Delfos, E. (2002). *Een vreemde wereld: Over autisme, het syndroom van Asperger en PDD-Nos. Voor ouders, partners, hulpverleners, en de mensen zelf*. Amsterdam, Nederland: SWP.

Dumortier, D. (2008). *Van een andere planeet. Autisme van binnen uit*. Antwerpen: Uitgeverij Houtekiet.

Franck, E., De Raedt, R., Barbez, C., & Rosseel, Y. (2008). Psychometric properties of the Dutch Rosenberg self-esteem scale. *Psychologica Belgica*, 48-1, 25 – 35.

Harmen-Jones, E., Greenberg, J., McGregor, H., Pysczynski, T., Simon, L., & Solomon, S. (1997). Terror Management theory and self-esteem: evidence that increases self-esteem reduces mortality salience effects. *Journal of Personality and Social Psychology*, vol 72 No 1, 24 – 36.

Janlert, U.,(1997). Unemployment as a disease and diseases of the unemployed. *Scand J Work Environ Health*;23 (Suppl 3):79-83.

Koopmanschap, B. (2013). *Autismespectrumstoornissen: een leven lang anders: aanvullende reactie op het rapport van de gezondheidsraad, vanuit volwassen perspectief*. R95: Groningen.

Lee, A. & Hobson, R. P. (1998) On Developing Self-concepts: A Controlled Study of Children and Adolescents with Autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39: 1131-1144

Leguijt, J. (2006). *Mijn eigen wereld. Het verhaal van een 16-jarige jongen met autisme*. Zoetermeer: Uitgeverij Boekencentrum

Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie(2008). *Beroepsprofiel psychomotorisch therapeut*.

Robins, R.W., Hendin, H.M., & Trzesniewski, K.H. (2001). Measuring global self-esteem: construct validation of a single-item measure and the Rosenberg self-esteem scale. *PSPB, Vol 2 NO. 2. 151 – 161*.

Ronsse, E. (2008). Helpt de MMPI-2 een stoornis opsporen? *Wetenschappelijk tijdschrift Autisme, NO 1 april 2008*.

Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. New York: Basic Books.

Psycon (2007). *Pervasieve Ontwikkelingsstoornissen (PDD)*. Verkregen op 18 maart 2013 van <http://www.psycon.nl/data/pervasiev.html>

Samson, H.D. & Willink, T. (1990). *Handboek Studie- en Beroepskeuze begeleiding*. Alphen a/d Rijn.

Schuring, M., Burdorf, A., Carlier, B., & Reijenga, F.A. (2011). *Gezondheidsbeleving van werkelozen: wat is bekend en wat zijn witte vlekken?* UWV Kenniscentrum: Leiden.

Trimbos Instituut (2013). *Autisme spectrum stoornissen*. Verkregen op 18 maart 2013 van <http://www.trimbos.nl/onderwerpen/psychische-gezondheid/autismespectrum-stoornissen>

Van der Graag, R.J. (2009). *Autisme spectrum stoornissen*. Nederlandse vereniging voor Psychiatrie: Secrass Vleuten.

Vermeulen, P. (1999). *Brein Bedriegt: Als autisme niet op autisme lijkt*. Antwerpen, België: EPO.

Vinken, M., Bos, A.E.R., Bolman, C., & Van der Plas, J. Stigmatisering van psychiatrische cliënten: de invloed van sociale vergelijking op zelfwaardering. *Gedrag en gezondheid, vol 33 NO.2 34 -41*.

Visser de, M. (2009). *Autismespectrumstoornissen: een leven anders*. Gezondheidsraad: Den Haag.

Bijlage 1: Zelfwaarderingschaal van Rosenberg.



FACULTEIT PSYCHOLOGIE EN
PEDAGOGISCHE WETENSCHAPPEN

Vakgroep Experimenteel-Klinische
en Gezondheidspsychologie

ROSENBERG ZELFWAARDESCHAAL

Instructies: Hierna volgen 10 beweringen over je algemene gevoelens ten opzichte van jezelf. Als je helemaal akkoord gaat, omcirkel je HA. Als je akkoord gaat met de uitspraak, omcirkel dan A. Als je niet akkoord gaat, omcirkel dan NA. Als je helemaal niet akkoord gaat, omcirkel dan HNA.

	Helemaal Akkoord	Akkoord	Niet Akkoord	Helemaal Niet Akkoord
1. Over het algemeen ben ik tevreden met mezelf	HA	A	NA	HNA
2. Bij momenten denk ik dat ik helemaal niet deug	HA	A	NA	HNA
3. Ik heb het gevoel dat ik een aantal goede kwaliteiten heb	HA	A	NA	HNA
4. Ik ben in staat dingen even goed te doen als de meeste andere mensen	HA	A	NA	HNA
5. Ik heb het gevoel dat ik niet veel heb om trots op te zijn	HA	A	NA	HNA
6. Het is ongetwijfeld zo dat ik me bij momenten nutteloos voel	HA	A	NA	HNA
7. Ik heb het gevoel dat ik een waardevol iemand ben, minstens evenwaardig aan anderen	HA	A	NA	HNA
8. Ik wou dat ik meer respect voor mezelf kon opbrengen	HA	A	NA	HNA
9. Al bij al ben ik geneigd mezelf een mislukkeling te voelen	HA	A	NA	HNA
10. Ik neem een positieve houding aan ten opzichte van mezelf	HA	A	NA	HNA

Nederlandse vertaling door Erik Franck & Rudi De Raedt
Contactgegevens: Erik.Franck@UGent.be; Rudi.DeRaedt@UGent.be

www.UGent.be

24 | Afstudeer scriptie: 'Weerbaarder naar je werk'

©Stéphanie Vos