

Angst- en Dwangstoornissen

“Verander muren in deuren”

*Afstudeeropdracht
School of Human Movements en
Sports te Zwolle*



*Kwalitatief onderzoek
Psychomotorische Therapie
Bianca Willemse 5PMT*

Voorwoord

Voor u heeft u liggen mijn afstudeeropdracht voor de school Human Movement and Sports aan de hogeschool Windesheim . Voor deze afstudeeropdracht heb ik een kwalitatief onderzoek uitgevoerd bij Het Vincent van Gogh instituut voor geestelijke gezondheidszorg in de regio Noord- en Midden-Limburg en een deel van Brabant.

De therapeut die werkzaam is bij het Centrum voor Angst- of Dwangstoornissen heeft een groeps-PMT module ontwikkeld gebaseerd op de cognitieve gedragstherapie voor cliënten met een angst- of dwangstoornis. Aan de hand van dit onderzoek heb ik gekeken in hoeverre er veranderingen zijn ontstaan bij cliënten met angst- of dwangstoornissen na het volgen van de groeps-PMT module.

Mijn dank gaat uit naar de deelnemers van het interview omdat zij het mogelijk hebben gemaakt om dit onderzoek uit te voeren en naar de therapeut van de PMT-module die mij heeft geholpen bij het ontwikkelen van het kwalitatief onderzoek. Hiernaast wil ik mijn begeleidende docent Lia van der Maas en beoordelende docent Paul verschuur bedanken. Ook wil ik mijn vrienden en naaste familie bedanken voor de steun tijdens het schrijven.

Ik wens u veel leesplezier!

Zwolle, mei 2013

Bianca Willemse

Abstract

This thesis is a qualitative research into the extent to which subsequent experience changes correspond to the described goals of the group PMT module. This is done with clients that have anxiety and obsessive-compulsive disorders of the age 15-65 years at the Vincent van Gogh Institute. Four clients who are at the end of their treatment phase were interviewed by the Client Change Interview. The interview is conducted by telephone and a semi-structured way to provide as much information as possible. The interview is recorded on a audiotape and worked out on paper afterwards. The interview is analyzed based on the objectives of the group PMT module and thereafter the separate statements are linked to the targets of the group PMT module. Resulting conclusions are drawn to what extent the changes that subsequently are experienced match the described goals of the group PMT module.

The investigation has shown that there is no clear and concrete evidence that the module has helped. However, there may be interpreted to mean that two of the five targets match on the basis of the separate statements of the clients.

The group PMT module can be more effectively when there are changes applied in the module.

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Abstract	3
1. Inleiding	5
2. Theoretisch kader	7
2.1 Angststoornissen.....	7
2.2 Bestaande behandelingen en de doelen daarbinnen.....	9
2.3 Groeps-PMT module inhoudelijk.....	9
2.4 Wat zijn de doelen van de groeps-PMT module en hoe sluiten deze aan bij de doelen van de bestaan behandelingen en de kenmerken van angst- en dwangstoornissen.....	10
3. Methode	123
4. Resultaten.....	166
4.1 Losse uitspraken gekoppeld aan de doelen van de groeps-PMT module.....	17
5. Discussie	20
6. Conclusie	21
7. Aanbevelingen	22
Referenties	23
Bijlage.....	23

1. Inleiding

Volgens de [de Graaf, ten Have, van Gool & van Dosselaer \(2010\)](#) is de prevalentie schatting van mensen met angst tussen de 18-64 jaar in Nederland 19,6%. Kenmerkend voor mensen met angst- en dwangstoornissen is dat er angst optreedt terwijl er objectief gezien geen gevaar dreigt ([Doomen, 2005](#)). Er zijn veel verschillende behandelingen voor mensen met angst- en dwangstoornissen, de groeps-PMT module¹ die in dit onderzoek wordt gebruikt is gericht op cognitieve gedragstherapie. Cognitieve gedragstherapie is gericht op het leren opsporen van negatieve, automatische en disfunctionele gedachten. De therapeut daagt de gedachten uit om zo de disfunctionele gedachten te ontdekken en nodigt de cliënt uit tot meer realistischere gedachten ([Emmelkamp, Bouman, & Visser, 2009](#)).

De aanleiding van dit afstudeeronderzoek is dat binnen het Vincent van Gogh instituut het RAAK-project aangevraagd is om vaktherapeuten te ondersteunen bij het ontwikkelen van nieuwe interventies voor zorgprogramma's.

Dit afstudeeronderzoek sluit aan bij het RAAK-project in de vorm van een kwalitatief onderzoek. Dit onderzoek vindt plaats binnen het Centrum van Angst en Dwangstoornissen (CvAD) te Venray. Binnen het CvAD is een groeps-PMT module ontwikkeld gebaseerd op de cognitieve gedragstherapie voor cliënten met angst- en dwangstoornissen. De module bestaat uit 3 fases, de eerste fase is een observatie fase van 4 weken, de tweede fase is een behandel fase van 8 tot 18 weken en de derde fase is de afrondingsfase van een duur van twee weken. Het leren herkennen van vermijdend gedrag, ontdekken van niet-reële gedachten, toetsen van helpende gedachten, leren evalueren op gedrag, blootstellen aan angstverwekkende prikkels en daarbij onrust leren verdragen zijn doelen die centraal staan in deze module.

De therapeut die de groeps-PMT module aanbiedt vraagt zich af of de doelen, die de groeps-PMT module beschrijft, overeenkomen met de veranderingen die achteraf worden ervaren door de cliënten die de module hebben gevolgd. De therapeut wilt dit weten zodat er eventueel veranderingen in de module kunnen worden toegepast. Met antwoord op deze vraag wil we bereiken dat de module effectiever wordt.

De probleemstelling die in mijn scriptie centraal staat is: Het is onbekend of de doelen die in de PMT module worden beschreven, overeenkomen met de ervaringen van de cliënten die de therapie hebben gevolgd binnen het CvAD.

De relevantie van het onderzoek is om te kijken of er eventueel aanpassingen in de module kunnen worden toegepast. Dit wordt gedaan door de doelen van de groeps-PMT module en de veranderingen die achteraf ervaren worden door de cliënten, naast elkaar te leggen. Om te kijken of er veranderingen hebben plaatsgevonden, zijn er interviews volgens het protocol van Interview Cliëntverandering van [Franssen & Stinckens \(2005\)](#) afgenomen bij cliënten die de groeps-PMT module hebben gevolgd.

De vraagstelling luidt als volgt:

Komt de verandering, die achteraf wordt ervaren door de cliënten met angst- of dwangstoornissen tussen de leeftijd 15-65 jaar die de groeps-PMT module hebben gevolgd binnen het Vincent van Gogh instituut, overeen met de beschreven doelen van de module?

Het onderzoek bestaat uit 7 hoofdstukken. Het begint met een inleiding, hierna volgt hoofdstuk 2 waarin het theoretisch kader staat beschreven met onder andere een beschrijving van de verschillende angststoornissen, doelen van de bestaande behandelingen, een beschrijving van de

¹ Bijlage 1: Groeps-PMT module

doelen van de groeps-PMT module en hoe sluiten deze aan bij de kenmerken van angst- en dwangstoornissen. In hoofdstuk 3 is de methode van het onderzoek beschreven en hoofdstuk 4 bevat de resultaten van het onderzoek. In hoofdstuk 5 zal het onderzoek ter discussie worden gesteld en in hoofdstuk 6 en 7 volgen de conclusie en aanbevelingen.

2. Theoretisch kader

In dit theoretische kader wordt uitgelegd wat de verschillende angststoornissen inhouden. Vervolgens wordt er uitgelegd welke behandelingen er bestaan voor angst- en dwangstoornissen met de daarbij behorende doelen. Daarnaast wordt de groeps-PMT module beschreven en hierna wordt gekeken hoe de doelen van groeps-PMT module aansluiten bij de doelen van de bestaande behandelingen en de kenmerken van angst- en dwangstoornissen.

2.1 Angststoornissen

Het beleven van angst is een normale reactie wanneer we een bedreigende situatie waarnemen (Scholte, 1993). Typisch voor angststoornissen is dat cliënten abnormale angst ervaren. Kenmerkend voor abnormale angst is dat de persoon in kwestie angst vertoont terwijl er objectief gezien geen gevaar dreigt of wanneer de mate van angst niet reëel is. De abnormale angst moet dermate hinderen dat de persoon wordt belemmerd in zijn sociaal of beroepsmatig functioneren (Doomen, 2005).

Volgens Klinisch Psycholoog, drs. M. Kaarsemaker kan de acute stress-stoornis niet voorkomen binnen het CvAD. Hieronder vind je een beschrijving van de verschillende angststoornissen die kunnen voorkomen binnen de groeps-PMT module.

Kenmerkend voor een paniekstoornis zijn paniekaanvallen die plotseling optreden. Wanneer deze paniekaanvallen meerdere malen voorkomen dan spreekt men van een paniekstoornis. Er zijn verschillende oorzaken te noemen voor paniekstoornissen. Zo is er onderzoek gedaan naar de samenhang van traumatische ervaringen in de jeugd de ontwikkeling van een paniekstoornis. Dit geldt ook voor erfelijke factoren en stress. Of dit daadwerkelijk tot uiting komt, hangt af van omgevingsfactoren (Emmelkamp et al., 2009). De paniekstoornis kan voorkomen met of zonder agorafobie. Agorafobie houdt in dat je angst hebt voor publieke gelegenheden. Een persoon met een paniekstoornis in combinatie met agorafobie, is bang om in publieke situaties niet te kunnen ontsnappen of geen hulp te ontvangen tijdens een paniekaanval (Trimbos, 2003).

Volgens Emmelkamp et al. (2009) “Een specifieke fobie wordt gekenmerkt door een opvallende en aanhoudende angst, die wordt uitgelokt door de aanwezigheid van – of het anticiperen op – een specifiek object of een specifieke situatie” (p.21). Daarnaast ervaart de cliënt last in het dagelijkse functioneren en hebben ze de neiging om de specifieke object of situatie te vermijden. In de DSM-IV zijn verschillende vormen van specifieke fobie beschreven, namelijk dierfobie, natuurgeweldfobie, bloed-/injectie-/letsselfobie, situatiebepaalde fobie en situaties die kunnen leiden tot stikken, overgeven of een specifieke ziekte opdoen (Emmelkamp et al., 2009).

De sociale fobie wordt ook wel de sociale angststoornis genoemd. Deze wordt omschreven als een aanhoudende angst voor één of meerdere situaties waarin de persoon sociaal moet functioneren en is blootgesteld aan de kritische beoordeling van anderen. Daarnaast is hij bang dat hij zich op een beschamende manier zal gedragen (Emmelkamp et al., 2009). Er zijn twee verschillende soorten sociale fobieën, de specifieke sociale fobie die wordt gekenmerkt door fobie voor slechts één bepaalde situatie en de gegeneraliseerde sociale fobie die wordt gekenmerkt door fobie voor ten minste twee verschillende situaties (Trimbos, 2003).

Voor cliënten met een gegeneraliseerde angststoornis staat centraal dat ze veel piekeren en tobben over kleine dagelijkse gebeurtenissen. De cliënt heeft weinig controle over het overmatig piekeren en tobben. Andere klachten die voorkomen bij cliënten met een gegeneraliseerde angststoornis zijn rusteloosheid, vermoeidheid, concentratieproblemen, prikkelbaarheid, spierspanningklachten en slaapproblemen. De overdreven angst en het tobben moeten minstens zes maanden voorkomen en dagen met klachten zijn in de meerderheid bij de cliënt (Emmelkamp et al., 2009).

De obsessief-compulsieve stoornis wordt ook wel de dwangstoornis genoemd. Kenmerkend voor deze stoornis zijn de dwanggedachten en dwanghandelingen. De dwanggedachten roepen spanning en angst op omdat ze steeds plotseling terugkeren en zinloos zijn. De dwanghandelingen zijn een antwoord op de dwanggedachten en houden herhaalde en doelgerichte gedragingen in. De dwanghandelingen moeten volgens typische regels worden verricht. Het doel van de dwanghandelingen is om spanning te verminderen of het voorkomen van bedreigende situaties. De dwanggedachten en dwanghandelingen van een cliënt nemen veel tijd in beslag en heeft invloed op het kwaliteit van het leven (van der Pas & Klopper, 2008).

Bij een posttraumatische stressstoornis heeft de persoon angst of hulpeloosheid ervaren tijdens een ernstig traumatische gebeurtenis. Er kunnen drie verschillende symptomen voorkomen als herbeleving, vermijding en een verhoogde arousal. Voorbeelden hiervan zijn herbelevingen bijvoorbeeld in de vorm van herhalende, angstige dromen die betrekking hebben op het trauma. Een verdooving van de responsiviteit of vermijding voor de angstverwekkende prikkel en verhoogde spanning als overdreven schikreacties, woede-uitbarstingen en prikkelbaarheid. Er is sprake van PTSS wanneer bovengenoemde symptomen langer dan één maand duren en de stoornis leidt tot spanning of het dagelijkse functioneren beperkt (Trimbos, 2003).

Formeel gesproken is hypochondrie geen angststoornis, wel wordt deze stoornis beschreven omdat er cliënten met hypochondrie deelnemen aan de module vanwege de grote overlap met de angststoornissen. De angst of het idee hebben dat ze lijden aan een ernstige ziekte staat bij mensen met hypochondrie centraal. Deze angst of ideeën komen voort uit op zich onschuldige lichamelijke gewaarwordingen en zorgen voor aanzienlijk lijden of beperkingen in het dagelijks functioneren. Ze hebben verschillende manieren om hun angst te reduceren zoals geruststelling zoeken bij het medische circuit of zoeken naar geruststellende informatie, het lichaam controleren en angstopwekkende situaties vermijden. Wanneer de symptomen 6 maanden aanhouden en na medische beoordeling en geruststelling blijven bestaan, dan spreken we van hypochondrie (Trimbos, 2003).

Het meest opvallende symptoom van angststoornissen vanwege medische condities zijn de dwanggedachten of dwanghandelingen, daarnaast zijn de paniekaanvallen en de opvallende angst ook symptomen die voor komen. Er is een indicatie uit onderzoek dat de stoornis de directe fysiologische consequentie is van een somatische aandoening. Iemand met een huidziekte kan bijvoorbeeld een sociale fobie ontwikkelen omdat hij zich schaamt voor zijn uiterlijk en daardoor sociale gebeurtenissen gaat ontwijk en. De stoornis beperkt het sociaal of beroepsmatig functioneren van de cliënt (DSM-IV-TR, 2001).

Verschiedende symptomen van de angststoornissen vanwege middelenmisbruik zijn opvallende angst, paniekaanvallen, dwanggedachten of dwanghandelingen. Er zijn tekenen uit onderzoek dat er symptomen ontstaan tijdens gebruik of binnen 1 maand gebruik van middelen of onthouding van middelen. Of er is uit onderzoek gebleken dat het gebruik van een geneesmiddel een stoornis kan veroorzaken. Verder kan de stoornis niet worden toegeschreven aan een stoornis die niet veroorzaakt wordt door een middel. De stoornis beperkt het sociaal en beroepsmatig functioneren van de cliënt (DSM-IV-TR, 2001).

Deze omvat een aantal angstsymptomen, maar voldoen niet aan het complete beeld van een van de angststoornissen. Hij wordt gekenmerkt door opvallende angst of fobische vermijding die niet te plaatsen valt onder de kenmerken van een andere angststoornis. Wanneer de stoornis niet kan worden geplaatst onder een specifieke stemmingsstoornis of een specifieke angststoornis maar wel hinderlijk angst veroorzaakt, wordt hij geplaatst onder angststoornissen NAO. Ook wanneer het niet duidelijk is of de angststoornis is ontstaan door een middel of door een lichamelijk aandoening (DSM-

IV-TR,2001).

2.2 Bestaande behandelingen en de doelen daarbinnen

Voor de behandeling van angst- en dwangstoornissen bestaan verschillende interventies. De volledige beschrijving van de verschillende interventies is terug te vinden in de Multidisciplinaire Richtlijn voor Angststoornissen (Trimbos, 2003).

De groeps-PMT module is gebaseerd op de cognitieve gedragstherapie. Daarom worden hieronder de meest voorkomende vaktherapieën, cognitieve interventies en gedragsinterventies benoemd. Ook zullen de lichamelijke interventies hieronder worden benoemd omdat binnen vaktherapie hier veel gebruik van wordt gemaakt.

Onder vaktherapie vallen onder andere de psychomotorische therapie, creatieve/beeldende therapie en dramatherapie. Psychomotorische therapie is voor cliënten met psychische problematiek waarin we gericht zijn op de lichaamsbeleving en het bewegingsgedrag. Het doel van psychomotorische therapie is om een gedragsverandering te creëren door middel van op maat gemaakte bewegingssituaties waarin de cliënt kan oefenen, ervaren en betekenis kan verlenen aan zijn of haar gedachten, gevoelens en gedrag.

Bij creatieve/beeldende therapie worden de cliënten uitgenodigd om met materialen een persoonlijk werkstuk te maken. De creatieve/beeldende therapie kan een actieve vorm zijn om nieuwe ervaring op te doen (Trimbos, 2003).

Volgens Trimbos (2003) is dramatherapie bij angststoornissen een middel om in te zetten bij het leren van sociale vaardigheden; van positieve cognities, en het verminderen van negatieve cognities, het leren (her)kennen van kleinerende of zelfinperkende gedachten en leren deze te vervangen door gedachten gestoeld op reële inschatting van de eigen capaciteiten.

Binnen vaktherapie wordt veel gebruik gemaakt van lichamelijke interventies. Applied relaxation/behavioural stress management is een voorbeeld van een lichamelijke interventie en hierbinnen worden ontspanningsoefeningen toegepast. Cliënten leren cliënten fysiologische signalen van stress herkennen en wanneer deze zich voordoen passen zij de aangeleerde ontspanningsoefeningen toe (Emmelkamp et al., 2009).

Gedragsinterventies zijn onder andere de verschillende vormen van exposure, namelijk exposure in vivo, exposure met responspreventie en imaginaire exposure. Over het algemeen is het doel van exposure het gedrag laten toenemen dat wordt vermeden of het toenemen van gedrag dat te weinig wordt laten zien. Dus het leren omgaan met angst, paniekaanvallen en het verminderen van fobisch vermijdingsgedrag. Dit wordt gedaan door middel van blootstellen aan de angstverwekkende prikkel (Trimbos, 2003).

Verschiedende cognitieve interventies zijn; cognitieve herstructurering, cognitieve therapie en cognitieve gedragstherapie. De doelen hierbinnen zijn vooral gericht op het herstructureren van negatieve en versturende cognities, bij cognitieve gedragstherapie leert men dit ook toe te passen in het gedrag (Trimbos, 2003).

2.3 Groeps-PMT module inhoudelijk

In de groeps-PMT module² staat beschreven dat de cliënten elke week psychomotorische therapie met hun werkgroep krijgen en één keer zwemmen met alle cliënten van het CvAD. De groep is een open groep wat betekent dat zowel pas opgenomen cliënten, als cliënten die midden in de behandeling staan, als cliënten die in de afrondingsfase zitten een groep van 9 personen vormen. Vooraf aan elke sessie wordt er in een rondje begonnen waarin cliënten kunnen aangeven hoe zij erbij zitten, wat zij met de voorgestelde activiteit denken te kunnen gaan doen en aan welke

² Bijlage 1: Groeps-PMT module

werkpunten zij denken te kunnen gaan werken. Vervolgens gaat men een activiteit doen en de cliënt gaat zelfstandig op zoek naar die momenten waarin hij (stapsgewijs) aan zijn eigen werkpunten kan werken. In de nabespreking word gekeken naar de stappen die zij hebben gezet en de voordelen op korte en- of lange termijn. De transfer naar het dagelijks leven is hierin belangrijk.

2.4 Wat zijn de doelen van de groeps-PMT module en hoe sluiten deze aan bij de doelen van de bestaande behandelingen en de kenmerken van angst- en dwangstoornissen?

- Situaties leren herkennen waarin vermijding of het gebruik van allerlei veiligheidsgedrag t.a.v. de angstverwekkende prikkel, zich aandient.

Binnen de vaktherapie, cognitieve interventies en gedragsinterventies is het noodzakelijk dat de cliënt situaties leert herkennen waarin vermijding of veiligheidsgedrag zich aandient. De cognitieve gedragstherapie heeft onder andere als doel om vermijdingsgedrag te leren herkennen (Verheij, Verhulst & Ferdinand, 2007). Bij de verschillende vormen van exposure kan er gebruik gemaakt worden van een hiërarchie in de vorm van een angstthermometer. Hierbij is het belangrijk dat er wordt beschreven wanneer angst of vermijding zich voordoet.

Bij de gegeneraliseerde angststoornis wordt de voorkeur gegeven aan cognitieve gedragstherapie of relaxatie therapie en bij een specifieke fobie wordt de voorkeur gegeven aan exposure in vivo, maar alle verschillende angst- en dwangstoornissen richten zich op dit doel voordat zij een therapie starten. Voordat wordt deelgenomen aan een therapie, wil de therapeut eerst weten waardoor er angst of vermijding optreedt en in welke situaties. Dit kan de therapeut doen aan de hand van een gesprek of huiswerk in bijvoorbeeld de vorm van een hiërarchie. Om bijvoorbeeld een hiërarchie op te kunnen stellen dient er gekeken te worden naar hoe het probleem gedrag eruit ziet, door welke prikkels en in welke situaties de angst wordt opgewekt, wat de gevolgen hiervan zijn voor het alledaags functioneren en hoe het vermijdingsgedrag eruit ziet. De mate van angst of wanneer men gaat vermijden in de verschillende situaties worden geclassificeerd in de hiërarchie, op deze manier leren cliënten situaties kennen waarin vermijding of veiligheidsgedrag zich voordoet (Emmelkamp et al., 2009).

- Ontdekken welke hinderlijke (niet-reële), vaak automatische, niet meer op de voorgrond staande gedachten daarbij optreden.

Cognitieve interventies zijn gericht op het herstructureren van negatieve en verstorende cognities. De cognitieve therapie en cognitieve herstructurering leert cliënten de hinderlijke (niet-reële) automatisch gedachten herkennen en te corrigeren tot meer realistische en functionele gedachten (Trimbos, 2003). Cognitieve gedragstherapie richt zich hier ook op maar heeft onder andere ook nog het doel om vermijdingsgedrag te leren herkennen (Emmelkamp et al., 2009).

Bij alle verschillende angst- en dwangstoornissen wordt tijdens de behandeling de focus op dit doel gelegd. De gegeneraliseerde angststoornis is juist gericht is op het herstructureren van de negatieve en verstorende cognities en bij de paniekstoornis wordt de behandeling in tweeën gesplitst. De ene is gericht op het vermijdingsgedrag en de andere gericht op het op de misinterpretaties van lichamelijke prikkels (De Lange & Bosscher, 2008). Terwijl bij de specifieke fobie de concentratie wordt gelegd op het vermijdingsgedrag en minder op de cognities over de fobische stimulus (Emmelkamp et al., 2009). Bij cliënten met een paniekstoornis worden misinterpretaties van lichamelijke

- Experimenteren en oefenen met meer wenselijk gedrag met behulp van de helpende gedachten.

De cognitieve interventies zijn gericht op het herstructureren van negatieve en verstorende cognities. Binnen cognitieve gedragstherapie wordt er ook geoefend met gedrag dat wordt vermeden of dat men te weinig laat zien (Emmelkamp et al., 2009).

Bij alle angst- en dwangstoornissen wordt de nadruk gelegd op dit doel, bij de ene stoornis wordt

mee geoefend met wenselijk gedrag en bij de andere stoornis wordt er meer gewerkt aan de helpende gedachten. Bij de specifieke fobie wordt er geoefend met meer wenselijk gedrag maar is het niet specifiek gericht op de cognities die daarbij moeten helpen. De behandeling van bijvoorbeeld obsessief compulsieve stoornis en sociale fobie werken met zowel een cognitie- als een gedragsinterventie en sluit daarom goed aan op dit doel. De behandelingen zijn gericht op cognitieve herstructurering (helpende gedachten) en gedragsveranderingen (meer wenselijk gedrag). (Emmelkamp et al., 2009).

- Toetsen van de helpende gedachten en zichzelf leren evalueren naar gedrag i.p.v. op gevoel. Cognitieve herstructurering richt zich op het uitdagen van de negatieve en verstorende cognities en evalueren deze op hun feitelijkheid. Hierna worden deze cognities gevormd tot meer realistische en functionele gedachten en worden deze cognities getoetst in de realiteit door middel van gedragsexperimenten (Trimbos, 2003). Bij cognitieve therapie voor de behandeling van paniekstoornis, specifieke fobie, sociale fobie, gegeneraliseerde angststoornis, posttraumatische stressstoornis, hypochondrie, angststoornis vanwege medische condities, angststoornissen vanwege middelenmisbruik en angststoornis NAO kunnen gebruikt gemaakt worden van die gedragsexperimenten. Bij de evaluatie van deze gedragsexperimenten wordt de cliënt gevraagd of de ervaringen overeenkomen met de misinterpretaties. Ervaringen zijn zowel gericht op gedrag als gevoel. Er wordt dus niet expliciet geëvalueerd naar gedrag. Bijvoorbeeld bij de evaluatie van de behandeling van specifieke fobie wordt er geëvalueerd naar de mate van angst in bepaalde situaties en dat is gericht op gevoel. Voor de behandeling van de obsessief-compulsieve stoornis wordt er ook geëvalueerd naar gedrag én gevoel. Een cliënt mag bijvoorbeeld na het besmetten van haar handen, haar handen niet wassen. Ze verteld in de evaluatie dat na een half uur de spanning daalde en dat ze na een uur volkomen ontspannen was. Er wordt hier geëvalueerd op gedrag en gevoel (Emmelkamp et al., 2009).

- Zich in toenemende mate blootstellen aan de angstverwekkende prikkels (angsthierarchie) en daarbij de onrust leren verdragen.

Over het algemeen is het doel van exposure, dat onderdeel is van de gedragsinterventies, het gedrag laten toenemen dat wordt vermeden of het toenemen van gedrag dat te weinig wordt laten zien. Dus het leren omgaan met angst, paniekaanvallen en het verminderen van fobisch vermijdingsgedrag. Dit wordt gedaan door middel van blootstellen aan de angstverwekkende prikkel. (Emmelkamp et al., 2009).

Bij alle verschillende angststoornissen leren cliënten door middel van zich in toenemende mate bloot te stellen aan de angstverwekkende prikkels, de onrust te verdragen. Bij de gegeneraliseerde angststoornis staat dit doel minder centraal dan bij de overige angststoornissen. Bijvoorbeeld een cliënt met een specifieke fobie heeft erge angst voor spinnen. De eerste stap die de cliënt kan zetten is door naar plaatjes te kijken van spinnen. Belangrijk is dat de cliënt in het dagelijkse leven zichzelf probeert te confronteren met de angstverwekkende prikkel. Voor mensen met een sociale fobie is het belangrijk dat zij stapsgewijs worden blootgesteld aan de angstverwekkende sociale situatie. Door gewenning zal de angst verminderen en krijgt de persoon steeds meer het gevoel van dat hij controle heeft over de sociale situatie. (Emmelkamp et al., 2009).

De conclusie of de doelen van de groeps-PMT module passend zijn voor angst- en dwangstoornissen en het referentiekader van cognitieve gedragstherapie wordt hier als volgt beschreven. Vier van de vijf doelen van de groeps-PMT module zijn passend voor alle verschillende angst- en dwangstoornissen en het referentiekader van cognitieve gedragstherapie. Het doel “toetsen van de helpende gedachten en zichzelf leren evalueren naar gedrag i.p.v. op gevoel” past niet binnen de doelgroep en het referentiekader van cognitieve gedragstherapie. Voor cliënten met angst- en dwangstoornissen is het wel van belang dat zij de helpende gedachten toetsen, ook gezien vanuit cognitieve gedragstherapie. Het evalueren op gedrag in plaats van gevoel wordt bij de behandeling

van cliënten met angst- en dwangstoornissen en bij cognitieve gedragstherapie tegen gesproken.
(Emmelkamp et al., 2009).

3. Methode

In de methode wordt eerst een beschrijving van de doelgroep gegeven, waarna het design en de procedure van het onderzoek wordt uitgelegd. Hierna zullen de interventie en onderzoeksinstrumenten worden benoemd en als laatste wordt de manier van dataverwerking beschreven.

De diagnose van de vier cliënten die hebben deelgenomen aan het Interview Cliëntverandering staan in onderstaand schema 1.0 benoemd. De namen van de cliënten zijn achterwege gelaten en hebben een nummer gekregen, zodat het op deze manier volledig geanonimiseerd is. In dit onderzoek maak ik gebruik van fictieve namen.

In de doelgroep beschrijving is gebruik gemaakt van de DSM-IV, de beknopte handleiding van de diagnostische criteria. De DSM-IV is een classificatie van psychische stoornissen (DSM-IV-TR, 2001).

Schema 1.0 Diagnose cliënten

Client: Herman Het betreft een man, geboren op 27-12-1974. As I: 300.3 - Obsessief-compulsieve stoornis 312.34 - Periodieke explosieve stoornis 305.00 - Misbruik van alcohol As2: 799.9 - Diagnose op As II uitgesteld *GAF 45	Client: Danny Het betreft een man, geboren op 26-04-1985. As I: 300.30 - Obsessief-compulsieve stoornis 300.23 - Sociale fobie As II: 301.90 - Persoonlijkheidsstoornis NAO *GAF 40
Client: Jochem Het betreft een man, geboren op 22-12-1985. As I: 300.30 - Obsessief-compulsieve stoornis 300.40 - Dysthyme stoornis As II : 301.82 - Ontwijkende persoonlijkheidsstoornis *GAF 50	Client: Erik Het betreft een man, geboren op 22-01-1982. As I: 300.30 - Obsessief-compulsieve stoornis As II: 799.9 - Diagnose op As II uitgesteld *GAF 55

*GAF staat ook wel voor Global Assessment of Functioning en is een maat voor de algemene beoordeling van het psychische, sociale en beroepsmatige functioneren (DSM-IV-TR, 2001).

Het design van het onderzoek valt onder een verklarend onderzoek in de vorm van een kwalitatief onderzoek. Er is onderzoek gedaan naar de achteraf ervaren verandering bij de groeps-PMT module middels interviews. Aan de hand van de vraagstelling wordt beschreven en geïnterpreteerd in hoeverre de ervaringen overeenkomen met de beschreven doelen van de groeps-PMT module.

Bij de procedure van het onderzoek is er begonnen om toestemming te krijgen voor het onderzoek. Er heeft een gesprek plaats gevonden met het hoofd van het CvAD en Klinisch Psycholoog, drs. M. Kaarsemaker. Uit dit gesprek is voortgekomen dat het vooral belangrijk is dat de privacy van de cliënten moet worden gewaarborgd. In overleg met drs. M. Kaarsemaker zijn de cliënten middels een informatie brief op de hoogte gebracht over het bestaan van het interview en werden zij middels de informatie brief uitgenodigd om deel te nemen aan het interview³. Ook de therapeut van de groeps-PMT module heeft cliënten mondeling gemotiveerd en uitgenodigd voor deelname aan het onderzoek. Wanneer cliënten toestemmen om deel te nemen aan het interview, moeten zij het

³ Bijlage 4: Informatie brief cliënten

toestemmingsformulier invullen waardoor het interview informed consent is⁴. De ingevulde toestemmingformulieren worden ingeleverd bij de Psychiatrisch medewerker van het CvAD. De medewerker mailt mij de gegevens als, geboorte datum, man/vrouw, leeftijd en diagnose naar mij door en de naam van de cliënt wordt aangeduid met een cijfer. Op deze manier wordt de anonimiteit van de deelnemer gewaarborgd.

Het Interview Cliëntverandering kan op twee verschillende manieren worden afgenomen, zowel in de schriftelijke vorm als in de mondelinge vorm (Stinckens, 2010). Voor het onderzoek is gekozen voor een mondelinge (telefonische) en semigestructureerde vorm van het interview.

Aan het einde van de behandel fase van de groeps-PMT module wordt het 45 minuten durende telefonisch interview afgenomen. Er was een algemeen tijdstip afgesproken waarin de cliënten gebeld konden worden. De cliënten werden gebeld in de keuken van het CvAD, zodat zij eventueel konden worden opgevangen na het interview.

De groeps-PMT module is één onderdeel van de klinische of vierdaagse deeltijdbehandeling die de cliënten krijgen aangeboden. De module wordt minimaal 12 en maximaal 24 weken aangeboden aan cliënten tussen de 15-65 jaar oud met angst- en dwangstoornissen. De behandeling bestaat uit drie fases namelijk een observatiefase, een behandelingsfase en een afrondingsfase. De psychomotorische therapie is gericht op zowel bewegingsgerichte als lichaamsgerichte methodieken. De psychomotorisch therapeut in de groeps-PMT module werkt volgens de principes van cognitieve gedragstherapie. De verschillende doelstellingen binnen de groeps-PMT module zijn gericht op het sociale vlak, emotionele vlak, fysieke vlak en de dwang.

De vijf contra-indicaties voor opname in het CvAD zijn; Dreigend suïcide, anti sociale persoonlijkheid, automutilatie, middelengebruik en actuele psychose. Voor de groeps-PMT module hebben zich een enkele keer uitzonderlijke contra-indicaties voorgedaan, namelijk ver gevorderd stadium van zwangerschap, ernstige fysieke problemen, het deelnemen aan de PMT staat het accepteren van een fysieke handicap in de weg, zoals ook ondergewicht en extreme vermoeidheid. In bijlage 1 staat de volledige beschrijving van de groeps-PMT module.

Andere behandelingen die cliënten aangeboden kunnen krijgen binnen Het Vincent van Gogh instituut naast de psychomotorische therapie zijn; Contacten met de gedragstherapeut, contacten met de verpleegkundig co-therapeut, contacten met de relatie/gezinstherapeut, contacten met psychiater, werkgroepsbijeenkomsten, PMT in werkgroepsverband, PMT-ademmodule, PMT-inspanningsmodule, PMT-individueel, zwemmen, creatieve therapie – module, creatieve therapie – groep, muziektherapie, dramatherapie, paniekmodule, cognitieve therapie, module omgangsstijlen, anticipatie training, module “ik en mijn lijf”, exposure groep, inleiding leertheorie, huisoverleg, vrouwengroep en/of mannengroep, angsthiërarchie, toepassingslijsten, aandachtskeuze training en boosheid/agressie module.

De Nederlandse versie van het Interview Cliëntverandering⁵ is het onderzoeksinstrument wat is gebruikt binnen dit onderzoek. Niet alle vragen van het interview zijn gebruikt omdat deze niet relevant waren voor het onderzoek. De vragen die gericht zijn op het ervaren van veranderingen zijn gebruikt in de aangepaste versie van het Interview cliëntverandering⁶. Alleen cliënten die de groeps-PMT module gebaseerd op de cognitieve gedragstherapie hebben gevolgd, konden in aanmerking komen voor het interview.

Het Interview Cliëntverandering is gericht op verschillende onderwerpen namelijk op de

⁴ Bijlage 5: Toestemmingsformulier

⁵ Bijlage 2: Interview Cliëntverandering

⁶ Bijlage 3: Aangepaste versie Interview Cliëntverandering

veranderingen die zijn ontstaan na het starten van de psychomotorische therapie, eventuele oorzaak van deze veranderingen en wat nuttige en minder nuttige aspecten zijn van de psychomotorische therapie (Franssen & Stinckens, 2005).

Om data te verzamelen is er gebruikt gemaakt van interviews. Van de interviews zijn audio opnames gemaakt en deze audio opnames zijn vervolgens uitgetypt in tekst. Er is een samenvatting gemaakt van de achteraf ervaren veranderingen en de redenen van deze veranderingen. Vervolgens is de interview tekst aan de hand van de doelen van de groeps-PMT module geanalyseerd en worden losse uitspraken gekoppeld aan de doelen van de groeps-PMT module. Hieruit worden conclusies getrokken in hoeverre de veranderingen die achteraf worden ervaren overeenkomen met de beschreven doelen van de groeps-PMT module.

4. Resultaten

De resultaten betreffen twee samenvattingen van de antwoorden uit het Interview Cliëntverandering. Het eerste deel is een algehele samenvatting van de antwoorden die gericht zijn op de veranderingen die de cliënten achteraf hebben ervaren en het tweede deel is een samenvatting van de redenen van deze veranderingen. Hierna volgt een overzicht van de losse uitspraken gekoppeld aan de doelen van de groeps-PMT module

De uitwerkingen van de interviews zijn gebruikt om tot een korte samenvatting te komen over welke veranderingen de cliënt achteraf heeft ervaren.

Herman

De cliënt heeft in de therapie geleerd om dingen los te laten en daarmee bedoelt hij dat hij de regie uit handen heeft kunnen geven door zich meer op de achtergrond te houden. Hierdoor heeft hij ook andere mensen de kans en de ruimte gegeven. Door de psychomotorische therapie heeft de cliënt het idee gekregen om meer te gaan plannen. Hij heeft gemerkt dat plannen hem rust en structuur geeft. Daarnaast heeft de therapie ervoor gezorgd dat hij een stukje perfectionisme kan loslaten. Tijdens de therapie werd de cliënt op zijn perfectionisme gewezen en aangesproken zodat hij er op dat moment iets aan kon doen. Hij heeft leren inzien dat niet alles perfect hoeft te zijn en dat het ook wat minder mag. De cliënt is minder dwingend gaan handelen. Door het anders handelen heeft de cliënt meer overzicht gekregen.

Volgens andere cliënten uit zijn therapie groep is hij veranderd in zijn gedrag, ze vinden hem meer relaxt. Hij kan ook meer de meningen van andere mensen respecteren.

Over het algemeen heeft de cliënt tijdens de psychomotorische therapie geleerd om keuzes te maken, meer op de achtergrond aanwezig te zijn en minder perfectionistisch te zijn.

Danny

De cliënt heeft tijdens de psychomotorische therapie geleerd om zichzelf meer te laten zien. Dit heeft hij gedaan door meer en duidelijker van zichzelf te laten horen. Het heeft de cliënt zelfverzekerder gemaakt. Ook heeft de cliënt geleerd om meer door te bijten en door te zetten om dingen te bereiken. De cliënt is zich ervan bewust geworden dat “onbeschoft vetmesten”, zoals hij het noemt, niet meer de bedoeling is en is op zijn eetpatroon gaan letten. De cliënt durft door de psychomotorische therapie weer mensen aan te raken en op de grond van de gymzaal te zitten. Over het algemeen heeft de cliënt geleerd om meer voor zichzelf op te komen en meer zijn eigen mening te laten horen.

Jochem

De cliënt is door middel van de psychomotorische therapie gegroeid op het vlak communiceren, samenwerken en grenzen verleggen. De cliënt is door de therapie minder angstig geworden en heeft het besef gekregen dat hij meer kan en meer durft dan hij zelf dacht. De cliënt heeft geleerd om dingen minder uit te stellen door meer en sneller te doen en meer te durven. Daarnaast heeft hij ook geleerd dat dingen niet eng hoeven te zijn maar ook leuk kunnen zijn, zoals hij in het begin erg tegen de psychomotorische therapie op zag is hij het nu leuk gaan vinden. De cliënt heeft het besef gekregen dat anderen vaak begripvoller zijn dan dat hij oorspronkelijk dacht.

Volgens andere cliënten uit de psychomotorische therapie groep doet de cliënt eerder zijn mond open, laat meer van zich horen, laat meer van zich zien en is duidelijker aanwezig. Over het algemeen heeft de cliënt meer zelfinzicht gekregen vooral over eigen prestaties en eigen kunnen, dat je ook fouten mag maken en dat niet alles perfect hoeft te zijn.

Erik

De stemming van deze cliënt is in het algemeen iets beter geworden door de psychomotorische therapie. Daarnaast is ook zijn conditie beter geworden. De cliënt heeft tijdens de therapie ervaren dat het fijn en prettig is om iets in groepsverband te doen. Door het groepsaspect voelt hij zich

anders tijdens de therapie, het doet hem erg goed. Hij leeft, bloeit ervan op en is optimistischer gestemd. Ook heeft hij ervaren dat het fijn kan zijn om zich lichamelijk in te spannen en het heeft ook een positieve uitwerking op de klacht. Zijn dagelijkse handelingen zijn veranderd door de therapie. Een kleine positieve verandering is het iets beter om kunnen gaan met de klacht. Het makkelijker los kunnen laten van dingen. Dingen als het neutraliseren van de beangstigende gedachte door de handeling die hij op dat moment uitvoert te herhalen om zo de gedachte ongedaan te maken. Door de psychomotorische therapie kan hij hier iets beter mee omgaan en kan hij het beter los laten.

Door de therapie is de cliënt erachter gekomen dat hij zichzelf vergelijkt met anderen en het geeft een prettig gevoel wanneer hij merkt dat hij ergens best wel goed in is. Dit geeft hem een boost voor het zelfvertrouwen en hij vindt dat een hele fijne ervaring. Het geeft hem een bron van steun om te herkennen dat problemen waar hij zelf tegen aan loopt of dingen waarvan hij bij zichzelf ontevreden over is, dat andere mensen daar ook tegen aanlopen. Anderen cliënten uit de therapie groep zien dat hij meer op de voorgrond staat en zichzelf meer profileert. Over het algemeen heeft de cliënt opgemerkt dat hij niet de enige is die met problemen kamt en vindt het fijn om te merken dat hij toch goed mee kan komen bij de verschillende activiteiten.

Antwoorden op de vraag waardoor deze veranderingen zijn ontstaan volgens de cliënten volgen hieronder.

Herman

Dat de PMT aanwijzingen gaf tijdens de therapie en mij erop aansprak wanneer mijn perfectionisme naar voren kwam zodat ik daar dan iets mee moest gaan doen. Door het oefenen en experimenteren hiermee tijdens de therapie.

Danny

Door de aanwijzingen die de PMT geeft tijdens de therapie waardoor je er automatisch meer op gaat letten. De dagstructuur en dagindeling heeft voor deze cliënt ook wel een stukje meegeholpen.

Jochem

Aan de ene kant door het oefenen, experimenteren en het doen. Daarnaast ook de omgeving die een bepaalde veiligheid en bepaalde uitdaging bood om grenzen te verleggen. Met de omgeving bedoeld de cliënt de werkgroep en ook de PMT therapeut.

Erik

Doordat er een goeie dagstructuur en eigenlijk een vrij gevuld weekprogramma van maandag ochtend tot vrijdagmiddag is. Deze structuur heeft de cliënt nodig. Daarnaast is het werken in een groep positief voor deze cliënt. Het groepslelement biedt hem afleiding en hij ervaart het als positief wanneer hij merkt dat anderen het prettig vinden als je contact hebt en dat je gewaardeerd wordt in een groep, dat is een belangrijke ervaring voor hem.

4.1 Losse uitspraken gekoppeld aan de doelen van de groeps-PMT module

In het onderstaande schema 2.0 staat een overzicht van losse uitspraken die gekoppeld zijn aan doelen van de groeps-PMT module.

Schema 2.0: Losse uitspraken gekoppeld aan de doelen van de groeps-PMT module

Cliënt	Herman
LOSSE UITSPRAKEN	DOELEN GROEPS-PMT MODULE
“Dingen loslaten, de regie uit handen kunnen geven, meer op de achtergrond staan”	- Experimenteren en oefenen met meer wenselijk gedrag met behulp van de helpende gedachten.

“Door PMT het idee gekregen om meer te plannen, dat geeft rust en structuur”	- Experimenteren en oefenen met meer wenselijk gedrag met behulp van de helpende gedachten.
“Ik kan het allemaal overzien, meer overzicht door het anders handelen, minder dwingend handelen”	- Toetsen van de helpende gedachten en zichzelf leren evalueren naar gedrag i.p.v. op gevoel.
“Perfectionisme moest ik door PMT loslaten. Perfectionisme in de vorm van dingen neerzetten en dingen doen. Dat niet alles perfect hoeft en dat het ook wat minder mag zijn”	- Ontdekken welke hinderlijke (niet-reële), vaak automatische, niet meer op de voorgrond staande gedachten daarbij optreden.
“Balspelen waren nuttig omdat ik daar mijn grenzen moest aangeven en ik regelmatig over mijn grenzen heenging”	- Toetsen van de helpende gedachten en zichzelf leren evalueren naar gedrag i.p.v. op gevoel

Clïënt	Danny
LOSSE UITSPRAKEN	DOELEN PMT-MODULE
“Ik ben zelfverzekerder geworden en heb meer en duidelijker van mijzelf laten horen en zien”	- Toetsen van de helpende gedachten en zichzelf leren evalueren naar gedrag i.p.v. op gevoel
“Ik heb het idee gekregen om door te bijten, doorzetten om dingen te bereiken”	- Zich in toenemende mate blootstellen aan de angstverwekkende prikkels (angsthiërarchie) en daarbij de onrust leren verdragen.
“Ik durf weer mensen aan te raken en op de grond van de gymzaal te zitten”	- Ontdekken welke hinderlijke (niet-reële), vaak automatische, niet meer op de voorgrond staande gedachten daarbij optreden.

Clïënt	Jochem
LOSSE UITSPRAKEN	DOELEN PMT-MODULE
“Ik ben gegroeid in communiceren met elkaar en samenwerken”	- Situaties leren herkennen waarin vermijding of het gebruik van allerlei veiligheidsgedrag t.a.v. de angstverwekkende prikkel, zich aandient.
“Ik ben gegroeid in grenzen verleggen door dingen te doen die ik eng vind”	- Zich in toenemende mate blootstellen aan de angstverwekkende prikkels (angsthiërarchie) en daarbij de onrust leren verdragen.
“Ik ben mij zelfverzekerder gaan voelen en minder angstig”	- Ontdekken welke hinderlijke (niet-reële), vaak automatische, niet meer op de voorgrond staande gedachten daarbij optreden.
“Door PMT is ben ik minder gaan uitstellen, meer en sneller dingen gaan doen en durven”	- Situaties leren herkennen waarin vermijding of het gebruik van allerlei veiligheidsgedrag t.a.v. de angstverwekkende prikkel, zich aandient.
“Ik kan veel meer dan ik zelf dacht, dingen	- Ontdekken welke hinderlijke (niet-reële),

hoeven niet eng te zijn maar kunnen ook leuk zijn”	vaak automatische, niet meer op de voorgrond staande gedachten daarbij optreden.
“Het is me opgevallen dat anderen begripvoller zijn dan ik oorspronkelijk dacht”	- Ontdekken welke hinderlijke (niet-reële), vaak automatische, niet meer op de voorgrond staande gedachten daarbij optreden.
“Ik heb meer zelfinzicht gekregen, over prestaties, eigen kunnen en dat ik ook fouten mag maken”	- Ontdekken welke hinderlijke (niet-reële), vaak automatische, niet meer op de voorgrond staande gedachten daarbij optreden.

Cliënt	Erik
LOSSE UITSPRAKEN	DOELEN PMT-MODULE
“Kan makkelijker dingen los laten”	- Experimenteren en oefenen met meer wenselijk gedrag met behulp van de helpende gedachten.
“Bij een beangstigende gedachte probeer ik de gedachte te neutraliseren door de handeling die ik op dat moment aan het doen ben, te herhalen en zo de gedachte ongedaan te maken”	- Toetsen van de helpende gedachten en zichzelf leren evalueren naar gedrag i.p.v. op gevoel
“Ik vergelijk mezelf vaak met anderen en heb gemerkt dat ik toch wel één van de betere bewegers ben en dat geeft mij een boost voor het zelfvertrouwen”	- Experimenteren en oefenen met meer wenselijk gedrag met behulp van de helpende gedachten.
“Ik ben meer op de voorgrond gaan staan en mijzelf meer gaan profileren”	- Experimenteren en oefenen met meer wenselijk gedrag met behulp van de helpende gedachten.
“Ik was het minst bezig met mijn dwanghandelingen bij PMT doordat je bezig bent met een activiteit en minder tijd hebt voor dwanggedachtes”	- Experimenteren en oefenen met meer wenselijk gedrag met behulp van de helpende gedachten.
“Bij het samen bezig zijn merk je dat je toch niet de enige bent die met bepaalde problemen kamt”	- Ontdekken welke hinderlijke (niet-reële), vaak automatische, niet meer op de voorgrond staande gedachten daarbij optreden.
“Je gaat van te voren denken dat het een stukje de hoogte in is. Het is een spannende oefening maar het is gezonde spanning en dat hoort erbij”	- Experimenteren en oefenen met meer wenselijk gedrag met behulp van de helpende gedachten.

Opvallend in het bovenstaande schema is dat er zeven losse uitspraken aan het doel “experimenteren en oefenen met meer wenselijk gedrag met behulp van de helpende gedachten” worden gekoppeld en zeven lossen uitspraken aan het doel “ontdekken welke hinderlijke (niet-reële), vaak automatische, niet meer op de voorgrond staande gedachten daarbij optreden” worden gekoppeld. Daarentegen zijn er twee losse uitspraken aan het doel “situaties leren herkennen waarin vermijding of het gebruik van allerlei veiligheidsgedrag t.a.v. de angstverwekkende prikkel, zich aandient” gekoppeld en twee losse uitspraken aan het doel “zich in toenemende mate blootstellen aan de angstverwekkende prikkels (angsthiërarchie) en daarbij de onrust leren verdragen” gekoppeld. Vier losse uitspraken zijn gekoppeld aan het doel “toetsen van de helpende gedachten en zichzelf leren evalueren naar gedrag i.p.v. op gevoel”.

5. Discussie

Hieronder volgt een kritische blik op het onderzoek en de resultaten, beschreven in drie verschillende onderwerpen. Aan bod zullen komen de reflectie op de methode, resultaten en het onderzoek.

Hieronder wordt de reflectie op de methode beschreven:

Een kwalitatief onderzoek wordt meer betrouwbaar wanneer meerdere onderzoekers hetzelfde onderzoek uitvoeren en de resultaten ervan vergelijken. Dit kwalitatief onderzoek heeft maar één onderzoeker en dit maakt het minder betrouwbaar.

Het interview is semi-gestructureerd en dit is van groot invloed op de resultaten. Het maakt het lastig omdat de onderzoeker afhankelijk is van de mate waarin de cliënt antwoord geeft op de vragen.

Doordat de interviewer nog geen ervaring had met het afleggen van het interview was het in het begin wennen. Daardoor is er de kans dat er bij het eerste interview minder is doorgevraagd dan bij het laatste interview.

Hieronder wordt de reflectie op de resultaten beschreven:

De groeps-PMT module is gericht op alle angst- en dwangstoornissen die voorkomen binnen het CvAD. Bij de vier geïnterviewde cliënten komen maar twee verschillende angst- en dwangstoornissen voor, namelijk de obsessief-compulsieve stoornis en de sociale fobie. Er kan dus geen uitspraak worden gedaan over alle verschillende angst- en dwangstoornissen.

Het koppelen van de losse uitspraken aan de doelen van de groeps-PMT module is gedaan vanuit het referentiekader van de onderzoeker, wat van invloed kan zijn op de resultaten.

Het is onduidelijk of de psychomotorisch therapeut die de groeps-PMT module aanbiedt de module exact heeft gevolgd. Dit zou van invloed kunnen zijn op de antwoorden die de cliënten hebben gegeven bij het interview.

Hieronder wordt de reflectie op de uitvoering van het onderzoek beschreven:

De onderzoeksgroep bestond maar uit vier personen wat relatief klein is voor een onderzoeksgroep. De cliënten konden pas aan het einde van hun behandelfase worden geïnterviewd, waardoor er een klein groepje cliënten kon worden aangesproken voor het onderzoek. Daarnaast hebben cliënten allerlei andere onderzoeken waaraan zij verplicht en vrijwillig deelnemen. Hierdoor is er een aantal van vier cliënten ontstaan.

Het was lastig om cliënten te motiveren voor het onderzoek omdat dit deel buiten de onderzoeker zelf lag. Aan de hand van brieven op de afdeling en mondelinge motivatie vanuit de psychomotorische therapeut konden cliënten gemotiveerd worden.

6. Conclusie

In het onderzoek werd gekeken aan de hand van het Interview Cliëntverandering of de achteraf ervaren veranderingen bij vier cliënten die de groeps-PMT module hebben gevolgd, overeenkomen met de doelen van de groeps-PMT module.

In de doelstelling werd afgevraagd op de doelen die de groeps-PMT module beschrijft, overeenkomen met de veranderingen die achteraf worden ervaren door cliënten die de groeps-PMT module hebben gevolgd, zodat er eventueel veranderingen in de module kunnen worden toegepast.

Het antwoord op deze doelstelling luidt als volgt:

Uit de onderzoeksresultaten komt naar voren dat er geen duidelijke en concrete bewijzen zijn dat de module heeft geholpen. Wel kan er aan de hand van de losse uitspraken van de cliënten worden geïnterpreteerd dat er twee van de vijf doelen overeenkomen. Doordat er te weinig uitspraken aan de andere drie doelen konden worden gekoppeld kan er niet met zekerheid worden gezegd of deze overeenkomen. De groeps-PMT module kan effectiever worden gemaakt door veranderingen in de groeps-PMT module toe te passen. Het vergt een vervolgonderzoek om te ontdekken welke veranderingen dit zijn.

In deze conclusie wordt antwoord gegeven op de onderzoeksvraag;

“In hoeverre komen de veranderingen die achteraf worden ervaren door cliënten met een angst- of dwangstoornis van 15-65 jaar binnen het Vincent van Gogh instituut overeen met de beschreven doelen van de groeps-PMT module?”

Naar aanleiding van de bevinden uit de interviews kan hierover worden gezegd dat de achteraf ervaren veranderingen van cliënten met angst- en dwangstoornissen die de groeps-PMT module hebben gevolgd met minder dan de helft overeenkomen met de doelen van de groeps-PMT module.

7. Aanbevelingen

Kijkend naar de verschillende doelen van de groeps-PMT module komen vooral de doelen “ontdekken welke hinderlijke (niet-reële), vaak automatische, niet meer op de voorgrond staande gedachten daarbij optreden” en “experimenteren en oefenen met meer wenselijk gedrag met behulp van de helpende gedachten” naar voren in de achteraf ervaren veranderingen van de cliënten. Er zal dus meer aandacht moeten worden besteed aan het doel “situaties leren herkennen waarin vermijding of het gebruik van allerlei veiligheidsgedrag t.a.v. de angstverwekkende prikkel, zich aandient” en “toetsen van de helpende gedachten en zichzelf leren evalueren naar gedrag i.p.v. op gevoel” en het doel “zich in toenemende mate blootstellen aan de angstverwekkende prikkels (angsthiërarchie) en daarbij de onrust leren verdragen”.

Om beter resultaat te krijgen zouden er in het vervolg meer cliënten met meer verschillende angst- en dwangstoornissen moeten deelnemen aan het onderzoek. Om een meer betrouwbaar onderzoek te vormen zal hetzelfde onderzoek door meerdere onderzoekers moeten worden uitgevoerd. Daarbij moet er met zekerheid kunnen worden gezegd of de psychomotorische therapeut die de groeps-PMT module aanbiedt de groeps-PMT module exact volgt.

Referenties

- American Psychiatric Association. DSM IV TR (2001). Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV TR, Amsterdam: Harcourt Assessment BV.
- De Graaf, R., ten Have, M., van Gool, C., & van Dosselaer, S. (2010). Prevalence of mental disorders and trends from 1996 to 2009. Results from the Netherlands Health Survey and Incidence / Study- 2. *Soc Psychiat Epidemiol*, 2 (47), p 203-213.
- De Lange, J., & Bosscher, R. (2008). *Psychomotorische therapie in de praktijk*. Amsterdam: Boom.
- Doomen, L. (2011). Dramatherapie bij Angst- en Dwangstoornissen Consensus-based Onderzoek bij Dramatherapie met Angststoornissen. *Tijdschrift voor Vaktherapie*, (4), p 11-17.
- Emmelkamp, P.M.G., Bouman, T., & Visser, S. (2009). *Angstoornissen en hypochondrie. Diagnostiek en behandeling*, Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Franssen, A., & Stinckens, N. (2005) Nederlandstalige vertaling van het Cliënt Change Interview van Elliot. Intern document. Centrum voor Cliëntgericht-experiëntiële Psychotherapie en Counseling, KU Leuven.
- Scholte, W (1993). *Met kippevel. Angst en angststoornissen*. Goes: Oosterbaan & Le Cointre.
- Stinckens, N. (2010). Uit de (medische) Kleren om de Psychotherapie te Redden? [Elektronische versie]. *Tijdschrift Cliëntgerichte Psychotherapie*, 48 (2), p 182.
- Trimbos-instituut (2005). *Landelijke Basisprogramma Angststoornissen*. Utrecht: Ladenius Communicatie BV.
- Van der Pas, Y., & Klopper, I. (2008). Beeldende Kracht. Behandeling van de Dwangstoornis met Beeldende Therapie en Cognitieve Gedragstherapie. *Tijdschrift voor Vaktherapie*, 4 (1), p 3-12.
- Verheij, F., Verhulst, F.C., & Ferdinand, R.F. (2007). *Kinder- en jeugdpsychiatrie. Behandeling en begeleiding*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.

Bijlage

Bijlage 1: Groeps-PMT module

Raak – Els L.M. Anthonissen en Janne Bless

1. Groeps - PMT voor de cliënten met een angst- of dwangstoornis tussen de leeftijd van 15-65 jaar.
2. Zorgprogramma: Adolescentenkliniek (AK) /Centrum voor Angst en Dwang (CvAD), te Venray
3. Prototype werkvorm: Directief klachtgericht

4. Rationale: De psychomotorisch therapeuten voor de AK en voor het CvAD werken volgens de principes van de cognitieve gedragstherapie (CGT).

Kern hierbij is dat cliënten leren zichzelf aan sturen en evalueren op gedrag en niet op gevoel. De gerichtheid op het nastreven van een goed gevoel (vrij van spanning, angst of paniek), maakt dat cliënten gedachten ontwikkelen en hanteren die zorgen voor vermijding of het (dwangmatig) hanteren van veiligheidsgedrag. Cliënten vermijden of herhalen zaken (situaties, mensen) om de interne rust of ontspanning te bewaren of een gespannen gevoel te vermijden. Na jaren gebeurt dit op onbewust niveau.

Middels cognitieve gedragstherapie leren cliënten hoe zij de gedachten en overtuigingen die met paniekaanvallen of anticiperende angstgevoelens gepaard gaan, kunnen identificeren, toetsen en veranderen, evenals de vermijdingsgedragingen die hun misvattingen en inadequate reacties in stand houden.

De cliënt wordt bewust van eigen gedachten en overtuigingen door daadwerkelijk in de gevreesde situatie te staan. De cliënt leert vervolgens deze gedachten en overtuigingen als toetsbare hypothesen te zien en wordt ertoe gestimuleerd langzamerhand meer risico te nemen in de confrontaties met de door hem gevreesde situatie.

Kern van de vaktherapie is de relatie tussen:

Het gedrag van de cliënt in de beleavings- en bewegingssituaties.

De observaties en interventies van de vaktherapeut t.a.v. het gedrag van de cliënt.

De nieuwe ervaring die de cliënt opdoet t.a.v. nieuw gedrag als gevolg van de interventies.

Het effect van deze ervaringen op de hulpvraag van de cliënt.

Interventies vinden plaats door het planmatig en doelgericht construeren en manipuleren van bewegings- en beleavingsactiviteiten in een psychomotorisch therapeutische context. Het is een proeftuin, waarin de cliënten de veiligheid ervaren, om te experimenteren met nieuw gedrag. De werkvormen kunnen cliënten letterlijk in beweging laten komen, of juist stil laten staan bij de betekenis van interactioneel bewegingsgedrag. Zij kunnen zich ook richten op de beleving van het lichaam.

De behandeling van angst- en dwangstoornissen bestaat uit drie fases

Eerste fase, observatiefase van 4 weken:

De gedachten die aan het gevoel vooraf gaan, zijn lang niet altijd helder. Binnen de PMT worden de cliënten in contexten geplaatst waarin ze geconfronteerd worden met hun angsten. Juist door zich toch bloot te stellen aan die angst verwekkende prikkel (eventueel stap voor stap), ontdekken ze welke gedachten ze hierbij vaak (onbewust) hanteren. Door zich in de context te plaatsen worden deze gedachten bewust gemaakt. De therapeut is steunend en begripvol ten aanzien van de angst (het gevoel), maar in deze fase staat de confronterende attitude centraal.

Tweede fase, behandelfase van 8 tot 18 weken:

Tijdens de sessies PMT kunnen de cliënten experimenteren met meer wenselijk gedrag en leren ze de corrigerende, meer reële gedachten in te zetten. De succeservaringen laten, vaak pas op langere termijn, een ander, meer competent gevoel ontstaan. In deze fase ligt het accent op ervaringsgerichte stimulerende strategie. De therapeut is stimulerend en confronterend.

Derde fase, afrondingsfase van 2 weken:

Het zich eigen maken, middels herhaling van het gewenste gedrag, waarbij het accent ligt op het verdragen van de gevoelens van onrust en spanning. In deze fase van behandelen staat de oefengerichte functionele strategie centraal, leren door steeds grotere risico's te nemen en succeservaringen opdoen.

De therapeut stimuleert de cliënten om met het nieuwe gedrag te gaan experimenteren in het dagelijks leven.

Tijdens de PMT worden arrangementen zodanig aangeboden dat de cliënt op een stapsgewijze manier vorderingen kan maken: men leert dat ondanks spanning men toch tot het gewenste gedrag kan komen. Ook staat men stil bij de voordelen van het nieuwe gedrag. Dit alles verhoogt de competentie, wat op zijn beurt helpt om grotere angsten, verder in de angsthiërarchie, te overwinnen.

5. Indicaties

Volwassenen tussen de 15-65 jaar met een ernstige Angst- en dwangstoornissen (neurosen), bijv. GAS, Hypochondrie, Smetvrees, Sociale Angst. De behandeling is bedoeld voor mensen bij wie hulpverlening in de eerste en tweede lijn onvoldoende resultaat heeft opgeleverd.

6. Contra-indicaties

In principe is er geen contra-indicatie en volgt iedereen die op de AK of het CvAD is opgenomen de PMT.

Een enkele keer hebben de volgende contra-indicaties zich voorgedaan:

Ver gevorderd stadium van zwangerschap

Ernstige fysieke problemen.

Het deelnemen aan de PMT staat het accepteren van een fysieke handicap in de weg.

Ondergewicht

Extreme vermoeidheid

7. Doelen

Algemeen:

Situaties leren herkennen waarin vermijding of het gebruik van allerlei veiligheidsgedrag t.a.v. de angstverwekkende prikkel, zich aandient.

Ontdekken welke hinderlijke (niet-reële), vaak automatische, niet meer op de voorgrond staande gedachten daarbij optreden.

Experimenteren en oefenen met meer wenselijk gedrag met behulp van de helpende gedachten.

Toetsen van de helpende gedachten en zichzelf leren evalueren naar gedrag i.p.v. op gevoel

Zich in toenemende mate blootstellen aan de angstverwekkende prikkels (angsthiërarchie) en daarbij de onrust leren verdragen.

Concreet:

De doelstellingen voor deze groeps-PMT zijn zeer divers. Elke cliënt werkt stapsgewijs aan de zelf geformuleerde doelen. Deze kunnen liggen op het:

Sociale vlak:

Initiatief nemen

Zich meer laten horen

- Eigen mening of kritiek geven
- Minder ongevraagde hulp bieden
- Hulp vragen
- Alleen iets doen voor de groep
- Leren keuzen maken

Emotioneel vlak:

Leren uiten van emoties: boosheid, vreugde, verdriet, angst en irritatie.

Bevorderen van een positievere lichaamsbeleving

Ervaren van spelplezier.

Fysieke vlak:

Leren doseren van de beschikbare energie

Leren verdragen van de lichamelijke arousal bij inspanning

De dwang:

Het stapsgewijs inperken van dwanggedrag, het blootstellen aan de stimuli, bv. aanraken van allerlei materialen dingen in een keer opruimen zaal verlaten zonder te scannen.

Elke andere doelstelling die de cliënt formuleert en waarin hij / zij verwacht dat er in de groep aan gewerkt kan worden. Er is echter steeds duidelijkheid over de verschillende werkpunten naar de gedragstherapeut en psychomotorische therapeut toe. De gedragstherapeut coördineert de totale behandeling.

8. Interventies

Interventies van de therapeut zijn over het algemeen gericht op:

Aanbieden van probleemsituaties waarin exposure (eventueel Flooding) kan plaatsvinden

Met de cliënten evalueren naar gedrag en het daarbij horende gevoel respecteren

Afweermechanismen bespreken om vermijding helder te krijgen

Herstructurering van denken en voelen en handelen door cliënten aan te moedigen te gaan experimenteren met ander gedrag, de gevolgen daarvan onder ogen (nagaan of de hinderlijke gedachten kloppen) zien en komen tot andere gedachten op grond van de opgedane ervaringen

Rol therapeut

Observatiefase: Steunend en begripvol, confronterend en directief

Behandelfase en afrondingsfase: Directief en sturend, bekrachtigend, inzichtgevend

Activiteiten

Aanbod:

Bewegingsgerichte vormen komende uit de sport- en spelwereld (inclusief zwemmen):

Wandklimmen, Trampolinespringen, Voetbal, Conditiecircuit, Volleybal, Turnen,

Lichaamsgerichte vormen komende uit sensorelaxatie, Pessovormen, Sensory Awareness, AOT-Methode Van Dixhoorn

Indeling van de sessie:

Er wordt gewerkt met een open groep: zowel de pas opgenomen cliënten, als de cliënten die midden in de behandeling staan als de cliënten die voor ontslag staat vormen samen een groep van 9 personen.

Elke sessie begint met een rondje vooraf: de cliënt kan aangeven hoe hij/zij erbij zit, wat hij/zij met de voorgestelde activiteit denkt te kunnen doen en aan welke werkpunten hij / zij denkt te kunnen werken. De cliënt is tevens in de gelegenheid om de hulp van anderen in te roepen. Vervolgens gaat men een activiteit doen en de cliënt gaat zelfstandig op zoek naar die momenten waarin hij (stapsgewijs) aan de eigen werkpunten kan werken. Ook probeert men de andere groepsleden aan te sporen om te werken aan de werkpunten.

Literatuur kracht van groepstherapie!

In de nabespreking wordt er gekeken naar de gezette stappen, en de voordelen op korte termijn, en op lange termijn. De transfer naar het dagelijks leven is hierin belangrijk.

Fasering:

Observatieperiode van 4 weken: het zelf ontdekken van gedragspatronen waar men hier en elders last van heeft. Deze periode wordt afgesloten met het invullen van het werkpuntenformulier.

Behandelfase van minimaal 8 weken tot maximaal 18 weken: de cliënt gaat binnen de activiteiten op zoek naar die momenten waarin hij / zij kan experimenteren met ander, meer wenselijk gedrag.

Afrondingsfase van 2 weken: hier gaat het vooral om het zich eigen maken in tal van situaties en de cliënt gaat op zoek naar transfer in de thuissituatie. Ook de ontwikkeling of het opnieuw oppakken van een sportieve hobby is belangrijk in deze fase.

Materiaal

Accommodatie: Een goed uitgeruste sportzaal met kleedkamers en douches.

Zwembad

Ontspanningsruimte

Kwalificaties Therapeut: Afgeronde Master of VO PMT opleiding en kennis van Cognitieve gedragstherapie.

9. Randvoorwaarden

Cliënten zijn op de hoogte van cognitieve gedragstherapeutisch principes. (CGT onder leiding van de psychotherapeut).

10. Behandelduur en frequentie

Gedurende het hele verblijf op de AK en op het CvAD. (min 12 max. 24 weken)

2 keer per week gedurende 60 minuten groeps-PMT in de gymzaal voor AK

1 keer per week gedurende 90 minuten groeps-PMT in de gymzaal voor CvAD

1 keer per week gedurende 30 minuten groeps-PMT in het zwembad voor AK

1 keer per week gedurende 45 minuten groeps-PMT in het zwembad voor CvAD

11. Eindtermen

Cliënten met dwang:

De cliënt is in staat om eigen dwangmatige te herkennen en kan strategieën inzetten om niet / minder te dwangen. De cliënten met een dwangstoornis besteden minder tijd aan dwanghandelingen c.q. dwanggedachten.

Cliënten met angst:

De cliënt is in staat om eigen vermijdingsgedrag te herkennen en kan strategieën inzetten om niet / minder te vermijden. Cliënten met een angststoornis zijn in staat om zich vrijer te bewegen in allerlei situaties.

Daardoor heeft de cliënt aan vrijheid gewonnen om dagdagelijkse activiteiten beter aan te kunnen: zelfzorg, contacten aangaan en onderhouden, (vrijwilligers-)werk, sporten.

Bijlage 2. Interview cliëntverandering

Interview Cliëntverandering

Nederlandse vertaling (Franssen & Stinckens, 2005)

Client Change Interview (Elliott, 2004)

Na elke behandelingsfase (elke 10de sessie) zal een één-uur-durend semi-gestructureerd interview afgenomen worden. De voornaamste onderwerpen in dit interview zijn (1) veranderingen die je opvallen sinds het begin van de therapie, (2) wat je denkt dat de oorzaak van deze veranderingen is, en (3) wat de nuttige en minder verdienstelijke aspecten van de therapie zijn. Het hoofddoel van dit interview is je toe te laten ons in eigen woorden te vertellen over de therapie en het onderzoek. Deze informatie zal ons helpen om beter te begrijpen hoe de therapie werkt; eveneens kunnen wij met die info een verbetering aanbrengen aan de therapie. Er wordt een audio-opname gemaakt van het interview opdat er later een transcript van gemaakt kan worden. Verschaf ons alstublieft zoveel details als mogelijk.

1. Algemene vragen:

- 1a. Welke geneesmiddelen gebruik je momenteel? (onderzoeker noteert geneesmiddelen, inclusief de dosis, hoe lang, laatste verandering, geneesmiddelen op basis van kruiden)
- 1b. Wat betekent de therapie voor jou tot nu toe? Hoe voelde het om in therapie te zijn?
- 1c. Hoe gaat het nu met je in het algemeen?

2. Veranderingen:

- 2a. Welke veranderingen, indien die er zijn, heb je bij jezelf opgemerkt sinds de therapie startte? (Bijvoorbeeld; doe, voel of denk je anders dan je vroeger deed? Welke specifieke ideeën, indien die er zijn, heb je sinds de therapie gekregen, inclusief ideeën over jezelf en andere mensen? Zijn er veranderingen waarop andere mensen u hebben gewezen?)
- 2b. Is er iets in negatieve zin veranderd sinds het begin van de therapie?
- 2c. Is er iets dat u graag veranderd had willen zien sinds de therapie gestart is, maar dat niet veranderd is?

3. Kwalificatie van de verandering

(Bekijk elke verandering afzonderlijk en geef het een score op de volgende drie schalen)

- 3a. Geef voor elke verandering aan hoe erg je de verandering had verwacht vs. hoe verrast je erdoor was? (gebruik de volgende schaal)
 - (1) ik verwachtte het volledig
 - (2) ik verwachtte het een beetje
 - (3) ik verwachtte het niet, maar was ook niet verrast
 - (4) ik was er een beetje door verrast
 - (5) ik was volledig verrast
- 3b. Geef de waarschijnlijkheid aan van elke verandering, indien je niet in therapie zou zijn geweest? (gebruik de volgende schaal)
 - (1) zeer onwaarschijnlijk zonder therapie (het zou zeker niet gebeurd zijn)
 - (2) een beetje onwaarschijnlijk zonder therapie (het zou waarschijnlijk niet gebeurd zijn)
 - (3) noch waarschijnlijk, noch onwaarschijnlijk (valt niet te zeggen)
 - (4) een beetje waarschijnlijk zonder therapie (het zou waarschijnlijk gebeurd zijn)
 - (5) zeer waarschijnlijk zonder therapie (het zou sowieso gebeurd zijn)
- 3c. Hoe belangrijk is die verandering voor jou persoonlijk?
 - (1) helemaal niet belangrijk
 - (2) een beetje belangrijk
 - (3) matig belangrijk
 - (4) erg belangrijk
 - (5) extreem belangrijk

4. Toeschrijvingen (attributies):

In het algemeen, wat denk je dat deze veranderingen veroorzaakt heeft? Met andere woorden, wat denk je dat deze veranderingen op gang kan hebben gebracht? (zowel aspecten buiten als binnen de therapie)

5. Hulpbronnen:

5a. Welke persoonlijke sterktes hebben je geholpen gebruik te maken van de therapie en bijgevolg op een constructieve manier om te gaan met je problemen? (waar ben je goed in, persoonlijke kwaliteiten)

5b. Welke aspecten in je huidige leefsituatie hebben je geholpen gebruik te maken van de therapie en bijgevolg op een constructieve manier om te gaan met je problemen? (familie, relaties, leefafspraken)

6. Beperkingen:

6a. Welke persoonlijk zwaktes hebben het moeilijk gemaakt gebruik te maken van de therapie om om te gaan met je problemen? (dingen over jou als persoon)

6b. Welke aspecten in je huidige leefsituatie hebben het moeilijk gemaakt gebruik te maken van de therapie om om te gaan met je problemen? (familie, relaties, leefafspraken)

7. Nuttige aspecten:

Kan je opsommen wat nuttig is geweest door de therapie? Geef alstublieft enkele voorbeelden. (Bijvoorbeeld, algemene aspecten, specifieke gebeurtenissen)

8. Problematische aspecten:

8a. Wat soort van dingen over de therapie hebben gehinderd, waren niet nuttig, negatief of teleurstellend voor jou? (Bijvoorbeeld, algemene aspecten, specifieke gebeurtenissen)

8b. Waren er dingen in de therapie die moeilijk of pijnlijk waren, maar toch OK of misschien nuttig? Welke waren ze?

8c. Was er iets dat je miste in de therapie? (Wat zou uw therapie meer effectief of nuttig maken/gemaakt hebben?)

9. Suggesties.

Heb je enige suggesties voor ons, wat betreft het onderzoek of de therapie? Is er nog iets dat je aan me wilt vertellen?

Bijlage 3: Aangepast interview cliëntverandering

Interview Cliëntverandering

Nederlandse vertaling (Franssen & Stinckens, 2005)

Client Change Interview (Elliott, 2004)

Na de behandelfase zal een 45 minuten durende telefonisch interview afgenomen worden.

Het interview gaat over de psychomotorische therapie module die u samen met de groep heeft gevolgd in de sporthal en het zwembad.

De voornaamste onderwerpen in dit interview zijn (1) veranderingen die je opvallen sinds het begin van de psychomotorische therapie, (2) wat je denkt dat de oorzaak van deze veranderingen is, en (3) wat de nuttige en minder verdienstelijke aspecten van de psychomotorische therapie zijn. Het hoofddoel van dit interview is u de gelegenheid te geven ons in eigen woorden te vertellen over de psychomotorische therapie. Deze informatie zal ons helpen om beter te begrijpen hoe de psychomotorische therapie werkt; eveneens kunnen wij met die info een verbetering aanbrengen aan de therapie. Er wordt een audio-opname gemaakt van het interview opdat er later een transcript van gemaakt kan worden. Verschaf ons alstublieft zoveel details als mogelijk. Er zijn geen goede of foute antwoorden het gaat ons om uw verhaal.

1. Algemene vragen:

Wat betekent de psychomotorische therapie voor jou tot nu toe? Hoe voelde het om in therapie te zijn?

2. Veranderingen:

Welke veranderingen, indien die er zijn, heb je bij jezelf opgemerkt sinds de psychomotorische therapie startte?

2a. Denk je anders dan je vroeger deed?

2b. Voel je je anders dan vroeger?

2c. Handel je anders dan je vroeger deed?

2d. Welke specifieke ideeën, indien die er zijn, heb je sinds de therapie gekregen? Inclusief ideeën over jezelf en andere mensen

2e. Zijn er veranderingen waarop andere mensen u hebben gewezen?

2f. Is er iets in negatieve zin veranderd sinds het begin van de psychomotorische therapie?

2g. Is er iets dat u graag veranderd had willen zien sinds de psychomotorische therapie gestart is, maar dat niet veranderd is?

3. Toeschrijvingen (attributies):

In het algemeen, waardoor denk je dat deze veranderingen zijn ontstaan? Met andere woorden, wat denk je dat deze veranderingen op gang kan hebben gebracht? (zowel aspecten buiten als binnen de therapie)

4. Nuttige aspecten:

Kan je opsommen wat nuttig is geweest door de psychomotorische therapie? Geef alstublieft enkele voorbeelden. (Bijvoorbeeld, algemene aspecten, specifieke gebeurtenissen)

5. Problematische aspecten:

5a. Waren er dingen in de psychomotorische therapie die hebben gehinderd, negatief, teleurstellend of niet nuttig waren? (Bijvoorbeeld, algemene aspecten, specifieke gebeurtenissen)

5b. Waren er dingen in de psychomotorische therapie die moeilijk of pijnlijk waren, maar toch OK of misschien nuttig? Welke waren ze?

5c. Was er iets dat je miste in de psychomotorische therapie? (Wat zou uw therapie meer effectief of nuttig maken/ gemaakt hebben?)

6. *Suggesties.*

Heb je enige suggesties voor ons, wat betreft het onderzoek of de psychomotorische therapie? Is er nog iets dat je aan me wilt vertellen?

Bijlage 4: Informatie brief cliënten

INFORMATIE VOOR CLIËNTEN

over een onderzoek naar

“De overeenkomst van de beschreven doelen van de PMT module en de ervaringen van de cliënten”

Zwolle, november 2012

Geachte mevrouw/meneer,

U bent een aantal weken in behandeling geweest op het Centrum voor Angst en Dwang en u heeft daar elke week 1 keer PMT met jou werkgroep gehad en 1 keer zwemmen met alle cliënten van het Centrum. Binnenkort gaat u met ontslag daarom zou ik u willen uitnodigen voor een kwalitatief onderzoek aangaande die therapie.

Doel van het onderzoek

Als afstudeerproject voor mijn studie tot psychomotorisch therapeut doe ik een kwalitatief onderzoek naar de overeenkomst van de beschreven doelen van de PMT module en de ervaringen van de cliënten met angst- of dwangstoornissen.

Daarnaast wil ik kijken of de PMT module aangepast zou kunnen worden om een verbetering van de effectiviteit en efficiëntere manier van werken van de PMT module mogelijk te maken.

Om onderzoek te doen naar de overeenkomsten van de beschreven doelen in de PMT module en de ervaringen van cliënten, zoek ik contact met mensen die hun behandeling bijna hebben afgerond. Aan de hand van een interview wil ik samen met u terug kijken op hoe u de psychomotorische therapie heeft ervaren. Aan de hand van de verzamelde gegevens kijk ik naar eventuele verbeter en aandachtspunten van de module.

Wat houdt deelname in?

Voor het onderzoek worden telefonische interviews afgenomen. Er wordt een afspraak gemaakt wanneer dit telefonisch interview wordt afgenomen. Elke donderdag om 15:00 uur kan er een afspraak worden gemaakt voor het telefonische interview en dit zal u maximaal 45 minuten kosten.

De voornaamste onderwerpen in dit interview zijn (1) veranderingen die je opvallen sinds het begin van de psychomotorische therapie, (2) wat je denkt dat de oorzaak van deze veranderingen is, en (3) wat de nuttige en minder verdienstelijke aspecten van de psychomotorische therapie zijn. Het hoofddoel van dit interview is u de gelegenheid te geven ons in eigen woorden te vertellen over de psychomotorische therapie. Deze informatie zal ons helpen om beter te begrijpen hoe de psychomotorische therapie werkt; eveneens kunnen wij met die info een verbetering aanbrengen aan de therapie. Er wordt een audio-opname gemaakt van het interview opdat er later een transcript van gemaakt kan worden.

Privacybescherming

De gegevens die in het kader van dit onderzoek over u verzameld worden, worden vertrouwelijk behandeld. Bij het verwerken van de gegevens zullen de voor het onderzoek relevante gegevens gekoppeld worden aan een nummer, niet aan uw naam. In publicaties zullen de gegevens niet herleid kunnen worden naar individuele personen. U hebt zelf ook het recht om te weten wat deze resultaten zijn en wat er met deze gegevens gebeurt.

Deelname is volledig vrijwillig!

Deelname aan het onderzoek is volledig vrijwillig. Ook tijdens het onderzoek bent u vrij om te stoppen. U hoeft hier geen reden voor op te geven.

Toestemmingsformulier

Als u besluit mee te werken, dan zullen wij u vragen een formulier te ondertekenen (zie bijlage). Hiermee bevestigt u uw voornemen om aan het onderzoek mee te werken. U blijft de vrijheid behouden om uw medewerking te stoppen zonder dat u daarvoor redenen hoeft aan te geven.

Tevens vragen we uw toestemming voor het koppelen van uw persoonsgegevens uit uw patiënten dossier aan de onderzoeksgegevens. Met persoonsgegevens moet u denken aan leeftijd, geslacht, opleiding, burgerlijke staat, etc.

De onderzoeker zal het formulier eveneens ondertekenen en bevestigt daarmee dat zij u heeft geïnformeerd over het onderzoek, de informatiebrief heeft overhandigd en bereid is om waar mogelijk in te gaan op nog opkomende vragen.

Met vriendelijke groet,

Bianca Willemse

Bianca.willemse@windesheim.nl

Supervisor: drs. Lia van der Maas

E-mail: cc.vander.maas@windesheim.nl

Tel: 088 4696384

Bijlagen:

- Toestemmingsformulier

Bijlage 5: Toestemmingsformulier

“Het effect van PMT in de behandeling voor cliënten met angst- en dwangstoornissen”

TOESTEMMINGSFORMULIER

(INFORMED CONSENT)

Ik verklaar hierbij op voor mij duidelijke wijze, mondeling en schriftelijk, te zijn ingelicht over de aard, doel en belasting van het onderzoek. Mijn vragen zijn naar tevredenheid beantwoord. De schriftelijke informatie is mij overhandigd.

Ik stem geheel vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek. Ik behoud daarbij het recht deze instemming weer in te trekken zonder dat ik daarvoor een reden behoef te geven.

Tevens geef ik toestemming tot het koppelen van niet te herleiden persoonsgegevens uit mijn patiënten dossier aan de onderzoeksgegevens.

Naam:.....

Datum:

Handtekening:

Ik heb mondelinge en schriftelijke toelichting verstrekt over het onderzoek. Ik verklaar mij bereid nog opkomende vragen over het onderzoek naar vermogen te beantwoorden. Een eventuele voortijdige beëindiging van deelname aan dit onderzoek zal niet van invloed zijn op de behandeling.

Naam onderzoeker: Bianca Willemse
Bianca.willemse@windesheim.nl

Datum:

Handtekening onderzoeker: