

Effectiviteit van de module 'omgaan met spanning'

Wat kan de module 'omgaan met spanning'
betekenen voor de cliënten die kampen met angst-
en spanningsklachten in het dagelijks leven?

Onderzoeksrapport

Naam:	Jorick Westerveld
Groep:	5 ^e jaars
Studentnummer:	S1025176
Begeleider:	Mevrouw Bellemans
Beoordelaar:	Mevrouw van der Maas
Bedrijf:	Vincent van Gogh instituut
Opleiding:	Psychomotorisch Therapie
Onderwijsinstelling:	Christelijk Hogeschool Windesheim
Inlever datum:	30 mei 2014
VOE-code:	HSK3-AFS-BV4-13

Voorwoord

Deze afstudeer opdracht heb ik geschreven naar aanleiding van mijn stage bij het Vincent van Gogh een instituut voor geestelijke gezondheidszorg. Tijdens mijn stage periode heb ik met mijn stagebegeleider, Carla Kleeven, de module 'omgaan met spanning' aan 2 groepen aangeboden. Dit is een hele leerzame periode geweest aangezien het werken met adem- en ontspanningstherapie en nieuwe manier van werken voor mij was. Zelf ben ik meer een doener en heb ik meer met bewegingsgericht werken. Dankzij de vakkennis en het enthousiasme van Carla Kleeven ben ik mij meer gaan interesseren voor het lichaamsgericht werken en dit heeft mij doen besluiten mijn afstudeer opdracht hierop te richt.

Het maken van de opzet ging moeizaam, het duidelijk op papier zetten van mijn ideeën heeft me erg veel moeite gekost maar hier heeft Tina Bellemans mij erg goed bij geholpen. Nadat mijn opzet goed gekeurd werd kon ik de resultaten ophalen en uitwerken en had ik eindelijk weer het idee dat ik verder kwam. Dit was voor mij een goede motivatie en ik kreeg ook weer zin om verder te gaan. Ook was het erg fijn dat Carla Kleeven en Tina Bellemans snel reageerden op mijn e-mails waardoor ik snel weer verder kon. Uiteindelijk lever ik mijn afstudeer opdracht dan ook met trots in.

Tot slot wil ik nog aantal mensen bedanken, waaronder Tina Bellemans voor de goede begeleiding en snelle reacties op mijn vele e-mails. Ook wil ik Carla Kleeven en het Vincent van Gogh instituut bedanken voor de resultaten en mogelijkheid om vragen te stellen over zaken rond de afstudeer opdracht. Verder wil ik mijn broer en zus bedanken die mijn opdracht vele malen hebben doorgelezen en hebben voorzien van feedback.

Aalten, 26 mei 2014

Samenvatting

Dit onderzoek is uitgevoerd vanuit het Vincent van Gogh, een instituut voor geestelijke gezondheidszorg in Venray. Het onderzoek is er op gericht om meer kennis te krijgen over de generaliseerbaarheid van de groepsmodule 'omgaan met spanning' wat betreft spanningsklachten die de cliënt ervaart in het dagelijks leven. De module is een adem- en ontspanningstherapie volgens de methode van Van Dixhoorn (Van Dixhoorn, 2010). Om de resultaten van de generaliseerbaarheid inzichtelijk te maken wordt gebruik gemaakt van de algemene toestand lijst (ATL). Deze vragenlijst wordt op drie verschillende momenten afgenomen, waardoor de ervaren klachten in beeld gebracht kan worden.

Aan het onderzoek hebben 14 deelnemers mee gedaan, waarvan een 5-tal eerst een individueel traject hebben doorlopen alvorens ze zijn gestart met de groepsmodule. De resultaten laten gedurende de module een geleidelijke daling zien, wat betekent dat de cliënten dankzij de module minder spanningsklachten ervaren in het dagelijks leven.

Inhoudsopgave

Voorwoord	1
Samenvatting.....	2
Hoofdstuk 1 Inleiding	4
Hoofdstuk 2 Methode	7
Hoofdstuk 3 Resultaten.....	9
Hoofdstuk 4 Discussie	11
Hoofdstuk 5 Conclusie	13
Hoofdstuk 6 Aanbeveling.....	15
Bibliografie	16

Hoofdstuk 1 Inleiding

Vincent van Gogh, een instituut voor geestelijke gezondheidszorg in Venray, verleent zorg aan mensen die kampen met psychische en/of psychiatrische aandoeningen. Er wordt op verschillende wijze ondersteuning en therapie aangeboden aan mensen die psychische klachten ervaren, zowel preventieve, ambulante, deeltijd en klinische behandelingen zijn mogelijk. In september 2011 is het Vincent van Gogh instituut gestart met een 2 jaar durend Raak project. Het Raak project is ontstaan vanuit de vraag van vaktherapeuten binnen het Vincent van Gogh om ondersteuning te krijgen bij het onderzoeken en ontwikkelen van interventies binnen de vaktherapieën. Er wordt van de psychomotorische therapeuten verwacht dat zij hun werkwijze helder onder woorden kunnen brengen aan zowel cliënten als andere hulpverleners, maar ook aan managers en de zorgverzekeraars. Ze dienen uit te kunnen leggen hoe ze te werk gaan en waarop hun interventies gebaseerd zijn. Momenteel worden modules geschreven en aangepast op de ervaringen van zowel de cliënt als de therapeuten, maar wordt de effectiviteit niet onderzocht.

Het doel van het Raak project is om efficiënte en effectieve vaktherapeutische interventies voor mensen met psychiatrische stoornissen te ontwikkelen (best practices) die in de nieuwe praktijk van zorglijnen worden toegepast (Kenvak, z.d.). Psychomotorisch therapeut Theo Jaspers geeft aan: “[Momenteel] is het niet duidelijk genoeg wat onze therapieën doen, omdat dit niet eerder is onderzocht. Dit wil niet zeggen dat ze niet werken, maar er is nooit aangetoond in hoeverre ze werken. Het is van belang om te weten welke therapieën werkzaam en waardevol zijn; voor de vaktherapeuten, voor onze organisatie en vooral voor onze cliënten” (Vincent van Gogh, 2011). Ruim 60% van de vaktherapeuten die mee deden aan het Raakproject waren Psychomotorische therapeuten.

Er zijn al een aantal onderzoeken geweest waaruit blijkt dat psychomotorische therapie binnen sommige doelgroepen effectief blijkt. Zo blijkt uit het onderzoek van Scheewe dat cliënten met schizofrenie minder last van hun ziekte ervaren door een fitness programma te volgen (Scheewe, 2010). Van der Maas heeft onderzoek gedaan naar de specifieke meerwaarde van psychomotorische therapie bij cliënten met chronische aspecifieke pijn (van der Maas, 2010). Verder is er bijvoorbeeld ook onderzoek gedaan door Villan en de Lange naar het effect van anaerobe inspanning op een depressie tijdens krachtraining (Villan & de Lange, 2010).

Het Raak project heeft het PMT-team binnen het Vincent van Gogh een impuls gegeven tot meer onderzoek gericht op de effectiviteit van een aantal modules die aangeboden worden. Een van de modules die aangeboden wordt binnen het Vincent van Gogh is de module ‘omgaan met spanning’. Dit is een adem- en ontspanningstherapie volgens de methode van Van Dixhoorn (Van Dixhoorn, 2010). Deze groepsmodule is gericht op het verminderen van angst en spanningsklachten waarbij lichamelijke en/of spanning equivalenten op de voorgrond staan. Deze module wordt als een waardevolle module beschouwd aangezien spanning en stress veel voorkomende klachten zijn bij cliënten met een psychiatrische achtergrond omdat er sprake kan zijn van een verminderde mentale conditie (Vandereycken & Deth, 2004). Zoals Kleeven (2013) heeft beschreven in de modulebeschrijving ‘omgaan met spanning’ kan er een disbalans ontstaan tussen draaglast en draagkracht. Wanneer deze verhouding te lang uit balans is, leidt dat tot overspanning of stress. Deze disbalans wordt tevens beschreven in het artikel van Van Dixhoorn. Hierin wordt uitgelegd dat door een overmaat aan disfunctionele en onnodige spanning mensen klachten kunnen gaan ervaren

(Van Dixhoorn, 2008). In de module ‘omgaan met spanning’ wordt lichaamsgericht gewerkt, waarbij het algemene doel het omlaag brengen van de spanning en angst is. Door verschillende vaardigheden wordt getracht cliënten meer lichaamsbewust te maken en hen te leren hoe ze overmatige spanning kunnen laten afvloeien. Met als doel dat de cliënt in het dagelijks leven, de algemene toestand, zijn angst en spanningsklachten beter kan reguleren. Om voor de cliënten inzichtelijk te maken of de aangeboden vaardigheden effectief blijken en eigen worden gemaakt, dus leiden tot generalisatie, wordt gebruik gemaakt van de algemene toestand lijst (ATL). Hierop is te zien of er een verschuiving zichtbaar is en op welke vlakken de cliënt een verandering ervaart. Uit eerder onderzoek blijkt dat ontspanningsoefeningen een bijdrage kunnen leveren aan het verminderen van spanning. (Mertens, 2004).

Binnen het Raakproject zijn speciale vragenlijsten gebruikt om vak therapeutische interventies te evalueren middels een proces- en effectevaluatie (Kenvak, z.d.). Binnen de module ‘omgaan met spanning’ werd echter standaard al gebruik gemaakt van drie vragenlijsten om verandering in kaart te brengen met betrekking tot de algemene toestand, hyperventilatie klachten en het toepassen van ontspanning. De vragenlijst met betrekking tot de algemene toestand (algemene toestand lijst, ATL) toetst de last die een cliënt ervaart van zijn spanningsklachten in het dagelijks leven. Onder de algemene toestand wordt verstaan: lichaamsbeweging en het herstel van inspanning, slaapkwaliteit, voldoende rust en kunnen ontspannen, vermoeidheid en energie (Van Dixhoorn, 2009). Hoewel deze ATL niet specifiek behoort tot één van de vragenlijsten van het Raak project, sluit het goed aan op het doel van de therapie en is heel geschikt om de effectiviteit van de module te beoordelen wat betreft de algemene toestand. De uitkomsten van de ATL zijn bovendien voorhanden omdat de therapeut deze gebruikt om individueel met de cliënt de resultaten te bespreken. Doordat de resultaten van de vragenlijsten tot nu toe alleen individueel met de cliënt werden besproken geven ze wel een goed inzicht in de effectiviteit voor het individu, maar geeft het geen duidelijk beeld over het algehele effect van de module. De resultaten van de ATL zijn nooit gebundeld waardoor inzicht ontbreekt in de effectiviteit van de module wat betreft het reguleren van spanningsklachten in de algemene toestand.

Het doel van dit onderzoek is meer kennis te krijgen over de generaliseerbaarheid van de module “omgaan met spanning” wat betreft de spanningsklachten die de cliënt in het dagelijks leven ervaart. Dit kan tot veranderingen in de module kan leiden met betrekking tot generalisatie van omgaan met spanning, maar ook leidt tot een stevigere positie van deze specifieke module en de PMT in zijn algemeen.

De vraag die in dit afstudeeronderzoek wordt behandeld is:

Wat is het effect van de module omgaan met spanning bij volwassen mensen met angst en spanningsklachten op de spanningsklachten die cliënten in het dagelijks leven ervaren, in vergelijking met de start van de module?

De volgende deelvragen worden behandeld:

- Is er een verschil zichtbaar in de sub scores van de ATL aan het einde van de behandeling in vergelijking met de start van de module?
- Is er aan het eind van de module een verschil zichtbaar in vergelijking met het begin in de score van de ATL wanneer cliënten een individueel voortraject hebben doorlopen?

Leeswijzer

In hoofdstuk 2 wordt omschreven hoe het onderzoek is opgezet en welke onderzoeksmethode wordt gebruikt. In hoofdstuk 3 staan de resultaten van het onderzoek beschreven, die vervolgens in hoofdstuk 4 worden geïnterpreteerd en bediscussieerd. De resultaten en de discussie leiden samen tot de conclusie die in hoofdstuk 5 wordt beschreven. Naar aanleiding van de conclusie wordt in hoofdstuk 6 tenslotte een aanbeveling gedaan.

Hoofdstuk 2 Methode

Onderzoeksdesign

Het onderzoek wordt uitgevoerd middels een pre-experimenteel kwantitatief longitudinaal onderzoek. Bij een pre-experimenteel kwantitatief longitudinaal onderzoek worden interventies uitgevoerd binnen een onderzoeksgroep die worden gemeten op meerdere verschillende meet momenten, de uitkomst zijn in getallen uit te drukken. Bij een pre-experimenteel onderzoek is er geen controle groep (Bakker & Buuren, 2009).

Proefpersonen

De groep proefpersonen bestaat uit 14 volwassenen met verschillende psychiatrische stoornissen, die kampen met angst en spanningsklachten waarbij lichamelijke angstequivalenten op de voorgrond staan. De cliënten hebben zich op verschillende manieren aangemeld voor de module. Een cliënt kan zich op eigen initiatief aanmelden voor de module, maar het kan ook op advies van een begeleider of therapeut. Na een aanmelding kan een cliënt worden geïndiceerd voor de module 'omgaan met spanning', dit wordt besloten in een behandelevaluatie van de cliënt in overleg tussen de begeleiders, therapeuten en hoofdbehandelaar. Wanneer een cliënt wordt geïndiceerd voor de module 'omgaan met spanning' kan er een afspraak gemaakt worden voor de individuele kennismaking.

Interventie

De module start met een individuele kennismaking waarin informatie en uitleg wordt gegeven over de module, tevens vindt er tijdens de kennismaking een proefsessie plaatst. Naar aanleiding van de kennismaking wordt besloten of een cliënt start met de groepsmodule of eerst een individueel voortraject doorloopt. Er zijn verscheidene redenen waarom het voor een cliënt niet mogelijk is om met de groepsmodule te starten, dat kan bijvoorbeeld zijn wanneer een cliënt zich nog niet veilig voelt in een groep. Het voortraject heeft geen vast aantal sessies, maar wordt afgestemd op wat de cliënt nodig heeft. Wanneer het voor de cliënt vervolgens mogelijk is kan er gestart worden met de groepsmodule.

De groepsmodule bestaat uit tien afspraken. De eerste keer is de kennismaking met de groep, vervolgens is er gedurende vijf weken elke week één sessie. Daarna zijn er drie sessie om de twee weken en tot slot is er na drie maanden een follow-up. De sessies duren per keer 105 min. Er wordt gewerkt volgens de methode Van Dixhoorn (Van Dixhoorn, 2010). De instructies worden gegeven in liggende, staande en zittende houding. De opbouw is van eenvoudig naar moeilijker, maar wel aansluitend op het niveau van de deelnemers. De instructies zijn hoofdzakelijk gericht op: houdingsverandering, functioneler ademen, ontspanning, toenemen van lichaamsgevoel, aandacht verschuivingen en cognitieve herstructurering (Kleeven, 2013).

Meetinstrument

Binnen dit onderzoek wordt gebruikt van de algemene toestand lijst (ATL) als meetinstrument. De algemene toestand lijst is een vragenlijst die de last toetst van de spanningsklachten die een cliënt ervaart in het dagelijks leven. Onder de algemene toestand wordt verstaan: lichaamsbeweging en het herstel van inspanning, slaapkwaliteit, voldoende rust en kunnen ontspannen, vermoeidheid en energie (Dixhoorn, 2009). De algemene toestand lijst bestaat uit 16 items waarbij scores van 0-4 zijn in te vullen, waarbij 0 staat voor 'nooit' en 4 staat voor 'zeer vaak'. Er is een afkappunt vastgesteld voor de algemene toestand lijst. Bij een score boven het afkappunt wordt gesproken van een

verhoogde score, wat betekent dat er wat ‘abnormaals’ aan de hand is. Bij de algemene toestand lijst is het afkappunt vast gesteld op 28. Wanneer er tijdens de beginmeting en eindmeting een daling van meer dan 8 punten zichtbaar is, mag er gesproken worden van een ‘echte verandering’ (Bosscher, 2011).

In de algemene toestand lijst zijn drie subscores terug te vinden: moeite met bewegen/inspanning, vermoeidheid/onrust en mentale onrust/concentratie (Bosscher, 2011). Elke subscore bestaat uit vier of vijf vragen die gekoppeld zijn aan elkaar. De algemene toestand lijst is in 2006 opgesteld door Van Dixhoorn en is geanalyseerd door Bosscher, universitair hoofddocent aan de VU. Middels de test-hertestbetrouwbaarheid methode concludeerde hij dat de ATL betrouwbaar is (Bosscher, 2011).

Procedure

Wanneer een cliënt besluit om deel te nemen aan de module gaat hij/zij ook akkoord met het invullen van de vragenlijsten, de vragenlijsten zijn namelijk een onderdeel van de module. Er zijn voor elke cliënt 3 of 4 meetmomenten. Het eerste meetmoment is tijdens de individuele kennismaking, de vragenlijsten worden door de cliënt ingevuld en de therapeut is aanwezig om de lijst toe te lichten en eventuele vragen te beantwoorden. Het volgende meetmoment is na 8 sessies, de interventies zijn dan afgerond en de cliënt vult nu individueel de vragenlijst in. Het laatste meetmoment is bij de follow-up na 3 maanden, een periode die ze zonder sessies hebben doorgebracht. Bij dit laatste meetmoment worden de vragenlijsten voorafgaand aan de follow-up thuis gestuurd, waardoor ze tijdens de follow-up besproken en vergeleken kunnen worden met de eerder ingevulde lijsten. Wanneer er na de individuele kennismaking besloten is om te starten met een voortraject vult de cliënt na het voortraject ook de vragenlijsten in, hierdoor komen cliënten met een voortraject op een totaal van 4 meetmomenten.

De vragenlijsten worden bij de individuele kennismaking, na het voortraject, en na de 8^e sessie binnen de instelling ingevuld. Wanneer dit te veel spanning of druk met zich mee brengt is het in overleg ook mogelijk om dit op een andere, voor hen veilige plek, in te vullen. Voor de follow-up worden de vragenlijsten thuis gestuurd, zodat cliënten de vragenlijst rustig kunnen invullen en de tijd van de follow-up volledig benut kan worden.

De vragenlijsten die door de cliënt zelf zijn ingevuld worden verzameld door de therapeut. Wanneer de resultaten na de follow-up besproken zijn met de cliënt, worden de ruwe scores van alle vragenlijsten verwerkt met behulp van Statiscal Products and Service Solutions (SPSS). De invloed van de interventie op de klachten in het dagelijks leven worden bekeken. Tevens worden de verschillen tussen cliënten met en zonder voortraject bekeken.

Hoofdstuk 3 Resultaten

Aan dit onderzoek hebben 14 cliënten deelgenomen. Eén deelnemer heeft de interventie niet afgemaakt, waardoor er van deze deelnemer geen gegevens bekend zijn van na de module en de follow-up. Bij nog vijf andere deelnemers, allemaal uit de groep zonder voortraject, zijn geen resultaten bekend van de follow-up.

Wanneer er gekeken wordt naar de gemiddelde scores van de ATL, neemt deze af aan het eind van de module. Deze afname geeft een vermindering van de ervaren klachten in het dagelijks leven weer. De deelnemers zonder voortraject laten een geleidelijke afname zien tot aan de follow-up. De deelnemers die een voortraject gehad hebben, laten een daling zien bij het voortraject maar blijven vervolgens stabiel in de ATL-score.

Deze gegevens zijn te zien in tabel 1.

Tabel 1. Gemiddelde scores op algemene toestand lijst (ATL) voor respondenten met voortraject en zonder voortraject

	voortraject				Totaal	
	geen voortraject		wel voortraject			
	Gem. ¹	N ²	Gem. ¹	N ²	Gem. ¹	N ²
Score ATL bij voortraject	n.v.t.	0	39,60	5	n.v.t.	5
Score ATL bij start module	48,22	9	29,20	5	41,43	14
Score ATL bij einde module	41,44	8	34,75	5	39,38	13
Score ATL bij follow-up	33,67	3	30,60	5	31,75	8

Bron: Spanningsbarometer (2012)

¹: gem. staat voor het ongewogen gemiddelde

²: de N staat voor het aantal respondenten met een geldige score

Wanneer er naar de subscores gekeken wordt is er over het totaal aantal deelnemers bij elke subscore een daling te zien. Daarvan is de grootste daling te zien in de periode einde module tot de follow-up. Bij de deelnemers die geen voortraject hebben doorlopen is er, net als bij de gehele ATL, op de subscores ook een constante daling zichtbaar, waarbij de laagste score wordt behaald bij de follow-up. Wederom is bij de deelnemers die wel een voortraject hebben doorlopen de grootste verandering zichtbaar tijdens het voortraject. Deze daling zet zich voort bij de subscore 'bewegen', maar bij de subscores 'vermoeidheid' en 'mentale onrust' stijgt de score iets (zie tabel 2), maar blijft vervolgens bij de follow-up redelijk stabiel ten opzichte van het einde van de module.

Tabel 2. Gemiddelde subscores op algemene toestand lijst (ATL) voor respondenten met voortraject en zonder voortraject

	voortraject				Totaal	
	geen voortraject		wel voortraject			
	Gem. ¹	N ²	Gem. ¹	N ²	Gem. ¹	N ²
Subscore bewegen bij voortraject	n.v.t.	0	7,20	5	n.v.t.	5
Subscore bewegen bij start module	10,56	9	5,60	5	8,79	14
Subscore bewegen bij eind module	9,78	8	5,40	5	8,21	13
Subscore bewegen bij follow-up	8,00	3	4,20	5	5,63	8
Subscore vermoeidheid bij voortraject	n.v.t.	0	14,40	5	n.v.t.	5
Subscore vermoeidheid bij start module	16,11	9	10,80	5	14,21	14
Subscore vermoeidheid bij eind module	13,67	8	12,20	5	13,14	13
Subscore vermoeidheid bij follow-up	11,67	3	12,00	5	11,88	8
Subscore mentale onrust bij voortraject	n.v.t.	0	10,20	5	n.v.t.	5
Subscore mentale onrust bij start module	12,22	9	7,20	5	10,43	14
Subscore mentale onrust bij eind module	9,78	8	9,80	5	9,79	13
Subscore mentale onrust bij follow-up	7,33	3	8,00	5	7,75	8

Bron: Spanningsbarometer (2012)

¹: gem. staat voor het ongewogen gemiddelde

²: de N staat voor het aantal respondenten met een geldige score

Hoofdstuk 4 Discussie

Allereerst dient er gezegd te worden dat de resultaten van het onderzoek betrekking hebben op de spanningsklachten die de cliënt in het dagelijks leven ervaart. Het is dus niet gericht op de spanning die de cliënt ervaart tijdens de module. Daarnaast zijn de resultaten van het onderzoek niet significant, omdat er te weinig deelnemers ($n=14$) aan het onderzoek waren. Toch hoeft dit niet te betekenen dat de uitkomst niet van waarde is, de resultaten kunnen immers een mogelijke motivatie zijn voor verder onderzoek.

Het invullen van de vragenlijst is een momentopname. Ondanks dat bij het invullen van de lijst wordt gevraagd naar de problemen en toestanden in de afgelopen weken, kan de gemoedstoestand van een persoon op dat moment erg van invloed zijn op de score van de vragenlijst. De vragenlijsten worden door de cliënten zelf ingevuld binnen de instelling en bij de follow-up worden ze vooraf thuis gestuurd. Wanneer een cliënt om diverse redenen moeite heeft met het invullen van de vragenlijst, dat kan zijn vanwege de gemoedstoestand op dat moment of het voelen van tijdsdruk, is het in overleg ook mogelijk om de vragenlijst op een vertrouwde eigen plek in te vullen en deze later in te leveren. Op deze manier wordt de mogelijkheid geboden om de cliënt de lijsten zo 'vrij' mogelijk te laten invullen. Bij de individuele kennismaking neemt de therapeut de vragen gezamenlijk met de cliënt door waarna de cliënt ze zelf mag invullen. In deze situaties zou de aanwezigheid van de therapeut van invloed kunnen zijn op het beantwoorden van de vragen.

Wanneer de resultaten bekeken worden, is er gebruik gemaakt van het gemiddelde. Doordat er een klein aantal deelnemers meedoet aan het onderzoek is deze maat gevoelig voor extremen. Wanneer er een uitzonderlijk hoge of lage score is, beïnvloedt dit de hele groep. Aangezien dat bij deze deelnemers niet het geval is, geeft het geen vertekend beeld.

Wat betreft de algemene uitkomst van de ATL zou het relatief kleine verschil tussen de start en het einde van de module te verklaren zijn door de groep die is gestart met een voortraject. Bij de deelnemers die een voortraject hebben doorlopen heeft de generalisatie naar het dagelijks leven mogelijk al plaats gevonden tijdens het voortraject en deze is behouden gebleven gedurende de interventies en bij de follow-up. Uit deze resultaten zou geconcludeerd kunnen worden dat de groepsmodule geen toegevoegde waarde heeft aangezien de generalisatie al in het voortraject plaats heeft gevonden. Toch geven cliënten in de praktijk aan dat het voortraject vooral als een soort kennismaking met lichaamsgericht werken voelt, dit voortraject biedt een basis om de groepsmodule te kunnen volgen. Vervolgens worden de vaardigheden pas eigen gemaakt in de groepsmodule. De sessies in de groepsmodule zijn verdeeld over een langere periode waardoor een betere integratie plaatsvindt. Daarnaast heeft de groep een meerwaarde aangezien er ervaringen gedeeld en dingen uitgesproken dienen te worden.

De daling tijdens het voortraject is mogelijk te verklaren doordat de cliënten in de relatief korte tijd van het voortraject een groot verschil ervaren en zodoende een groot verschil in de score zichtbaar is. Vervolgens lijkt de verandering tijdens de module mogelijk minder groot omdat het over een langere periode gaat en de vaardigheden al meer geïntegreerd zijn. Ook is het mogelijk dat cliënten de vragenlijst na het voortraject sociaal wenselijk invullen, omdat ze graag willen deelnemen aan de groepsmodule en/of de therapeut niet teleur willen stellen.

Bij de resultaten van de subscores valt op dat er bij de subscore 'moeite met bewegen/inspanning' zowel bij de deelnemers met als zonder voortraject een geleidelijke daling is te zien tot aan de follow-up. Hieruit is op te maken dat de deelnemers door de module handvatten krijgen aangeboden, waardoor ze minder klachten ervaren met betrekking tot bewegen en inspanning leveren. Dat de deelnemers de grootste daling laten zien bij de subscore 'moeite met bewegen/inspanning' kan betekenen dat ze daar de meeste last ervoeren en hierdoor op deze subscore de meeste winst te behalen viel. Dit is overigens niet met zekerheid te zeggen want er kunnen ook nog andere factoren een rol spelen. Zo is uit eerder onderzoek gebleken dat pijn of klachten die ontstaan bij lichte lichamelijke inspanning verkeerd kunnen worden geïnterpreteerd door cliënten met een depressie. Zij denken bijvoorbeeld dat die pijn ontstaat als gevolg van een aandoening waar men niets aan kan doen, en niet als een slechte fitheid, waar men wel invloed op heeft (Emck & Bosscher, 2008). Dit kan leiden tot inactiviteit of bewegingsangst. Deze factoren worden in dit onderzoek niet in beeld gebracht.

Tevens is er een opvallend verschil tussen de gemiddelde beginscores van de deelnemers met een voortraject en zonder voortraject. De deelnemers die wel een voortraject hebben doorlopen hebben gemiddeld een lagere score dan de deelnemers zonder voortraject. Het verschil valt mogelijk te verklaren doordat de deelnemers die een voortraject starten een beperkt inzicht hebben in de klachten die ze ervaren, omdat ze de klachten waarschijnlijk al jaren lang hebben proberen 'uit te schakelen' en niet gevoeld willen hebben, waardoor ze deze klachten ook niet meer herkennen.

Bij de groep zonder voortraject is bij de follow-up een positief resultaat te zien. Dit beeld kan enigszins vertekend zijn door de afvallers. Er is geen zicht op de exacte reden van uitvallen van deelnemers, waarschijnlijk is er sprake van zowel negatieve als positieve uitstroom. Onder de groep negatieve uitstroom vallen de gene die niet op de uitnodiging zijn ingegaan om bij de follow-up te komen en er geen mogelijkheid meer was tot contact. Ook is er een groep met positieve uittrekkers, deze groep bestaat uit mensen die weer aan het werk zijn gegaan en hierdoor niet de mogelijkheid hadden om bij de module aanwezig te zijn. Ook vallen hier de mensen onder die zijn gestopt omdat ze door de module tot inzicht zijn gekomen dat er ook andere/onderliggende problematieken aanwezig waren waar eerst aan gewerkt dient te worden. Deze deelnemers vallen onder positieve uitstroom omdat zij wel een stap hebben gemaakt in hun persoonlijk proces, maar eerst toe zijn aan een andere stap. Deze deelnemers zijn vervolgens gestart met een andere module, om misschien in een later stadium alsnog de module 'omgaan met spanning' te starten.

Verder is het opvallend dat er bij de deelnemers die een voortraject hebben doorlopen geen uitvallen zijn. Het zou kunnen dat er in het voortraject direct passende handvatten worden aangeboden aan cliënten wat een positief effect heeft en dus een goede basis biedt voor het volgen van de module.

In de resultaten van het onderzoek zijn de afmeldingen voor een sessie niet meegenomen. Wanneer een cliënt 1 of meerder sessie mist kan dit ook van invloed zijn op de eindscore.

Hoofdstuk 5 Conclusie

Het doel van het onderzoek is om meer kennis te krijgen over de generaliseerbaarheid van de module 'omgaan met spanning' wat betreft de spanningsklachten die de cliënt in het dagelijks leven ervaart. Dit kan leiden tot een veranderingen in de module met betrekking tot generalisatie van omgaan met spanning, maar ook tot een stevigere positie van deze specifieke module en de PMT in zijn algemeen. Om dit te onderzoeken wordt er gebruik gemaakt van de resultaten van de algemene vragenlijst, dit is een vragenlijst die 3 of 4 maal wordt afgenomen bij de cliënten die deelnemen aan de module. De resultaten van de ATL zijn nooit gebundeld waardoor specifiek inzicht ontbreekt in de effectiviteit van de module wat betreft het reguleren van spanningsklachten in de algemene toestand. Dit heeft geleidt tot de volgende hoofdvraag:

Wat is het effect van de module omgaan met spanning bij volwassen mensen met angst en spanningsklachten op de spanningsklachten die cliënten in het dagelijks leven ervaren, in vergelijking met de start van de module?

Hoewel de gemiddelde score aan het eind van de module niet onder het afkappunt komt is er wel een gemiddelde daling van meer dan 8 punten zichtbaar in vergelijking met de start van de module 'omgaan met spanning', waardoor er sprake is van een 'echte verandering of significantie' (Bosscher, 2011). Het is dus aannemelijk dat de module 'omgaan met spanning' een positief effect heeft op spanningsklachten die in het dagelijks leven worden ervaren door cliënten met angst en spanningsklachten. Bij de deelnemers die geen voortraject hebben doorlopen gaat de daling door, dit houdt in dat zij de transfers weten te leggen in het dagelijks leven. De generaliseerbaarheid neemt dus toe. In het dagelijks leven gaan zij dus minder spanning ervaren, datgene wat hen tijdens de PMT wordt aangeleerd. De groep met een voortraject laat deze generalisatie in het dagelijks leven al zien aan het begin van de interventie en blijft dit behouden tot de follow-up. Zij passen het geleerde toe en hebben in het dagelijks leven dus profijt van het geleerde.

Deelvraag:

- *Is er een verschil zichtbaar in de subscores van de ATL aan het einde van de behandeling in vergelijking met de start van de module?*

Er is gedurende de module een geleidelijke daling te zien wat betreft de subscores. Bij de subscore 'moeite met bewegen/inspanning' is de grootste verandering zichtbaar. Hieruit blijkt dat deelnemers door de module minder klachten ervaren in het dagelijks leven met betrekking tot bewegen en inspanning. Bij de subscores 'vermoeidheid' en 'mentale onrust' is in mindere mate ook een daling te zien in de klachten die worden ervaren. Dit komt wellicht doordat de grootste last ervaren werd op de subscore 'moeite met bewegen/inspanning'.

Doordat er een daling is te zien op elke subscore kan er dus geconcludeerd worden dat deze lichaamsgerichte module zeker een meerwaarde heeft binnen de PMT, aangezien klachten die cliënten zowel fysiek als psychisch ervaren verminderen.

- *Is er aan het eind van de module een verschil zichtbaar in vergelijking met het begin in de score van de ATL wanneer cliënten een individueel voortraject hebben doorlopen?*

Deelnemers die een voortraject hebben doorlopen laten gemiddeld de grootste daling zien op de score van de ATL gedurende het voortraject, in het vervolg van de module blijft deze redelijk stabiel. Het voortraject lijkt een goede basis te bieden voor deelnemers, aangezien deelnemers met een voortraject ook niet uitvallen tijdens de module.

Voor de subscores 'vermoeidheid' en 'mentale onrust' geldt ook dat de grootste daling zichtbaar is tijdens het voortraject, vervolgens blijft de score redelijk stabiel tijdens de module. Bij de subscore 'moeite met bewegen/inspanning' is er gedurende de hele module een daling zichtbaar. Dat zou kunnen betekenen dat het langer duurt voordat de generaliseerbaarheid toeneemt wat betreft 'moeite met bewegen/inspanning' dan bij 'vermoeidheid' en 'mentale onrust'. Tevens is het mogelijk dat de pijn die ontstaat bij lichte lichamelijke inspanning verkeerd wordt geïnterpreteerd en kan leiden tot angst om te bewegen, waardoor het langer duurt voordat de vaardigheden gegeneraliseerd kunnen worden.

Hoofdstuk 6 Aanbeveling

Aangezien de resultaten van het onderzoek niet significant zijn is het verstandig om het onderzoek nogmaals te doen, maar dan met meer deelnemers. Uit dit onderzoek blijkt namelijk dat de module effectief lijkt wat betreft het minder ervaren van spanningsklachten in het dagelijks leven. Door het onderzoek te herhalen met een groter aantal deelnemers zal het nog steviger staan.

Wanneer er een vervolg onderzoek gestart wordt is het wellicht interessant om het aantal afmeldingen bij te houden en dit mee te nemen in de resultaten, zodat er meer inzicht komt in de effectiviteit van de sessies.

Het grootste verschil op de algemene toestand lijst is te zien bij de deelnemers die een individueel voortraject hebben doorlopen, toch ervaren cliënten alleen een voortraject niet als voldoende. Het is daarom interessant om te onderzoeken wat het oplevert om een langere periode groepsgericht te werken en waarin onderwerpen in een groep besproken dienen te worden .

Tot slot is het goed om te melden dat de module niet alleen in cijfers op effectiviteit te meten is. Cliënten krijgen ook de mogelijkheid om een evaluatie formulier in te vullen, waarin vaak terug komt dat het een waardevolle en inzichtelijke module is, met name wat betreft hun kwaliteit van leven. Voor een vervolg onderzoek is het misschien ook mogelijk om de waarde die cliënten geven aan de module mee te nemen.

Bibliografie

- Baarda, D., Goede de, M., & Teunissen, J. (2001). *Basisboek Kwalitatief Onderzoek*. Groningen / Houten: Wolters-Noordhoff.
- Bakker, E., & Buuren, H. v. (2009). *Onderzoek in de gezondheidszorg*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Bosscher, R. (2011). De Algemene Toestand Lijst. *Jaarverslag*, pp. 21-25.
- Dixhoorn, J. v. (2009). Analyse van de ATL. *Jaarrapport AOS*, 21-25.
- Emck, C., & Bosscher, R. (2008). Psychomotorische therapie bij chronische somatische aandoeningen. In J. de Lange, & R. Bosscher, *Psychomotorische therapie in de praktijk* (pp. 1-25). Amsterdam: Boom.
- Kenvak. (z.d.). *Raak Projecten*. Opgeroepen op 02 13, 2014, van Kenvak: <http://kenvak.hszuyd.nl/index.jsp>
- Kleeven, C. (2013). Groepsmodule omgaan met spanning. Venray.
- Kleeven, C. (z.d.). Werkboek voor de PMT module. *Omgaan met spanning*. Venray, Limburg, Nederland: Vincent van Gogh.
- Mertens, E. (2004). TOEGEPASTE RELAXATIE VAN ÖST. *Actuele Themata uit de Psychomotorische therapie*.
- Scheewe, T. (2010). Psychomotorische therapie bij schizofrenie. In J. de Lange, *Psychomotorische therapie* (pp. 149-170). Amsterdam: Boom.
- van der Maas, L. (2010). Psychomotorische therapie bij chronische aspecifieke pijn. In J. de Lange, *Psychomotorische therapie* (pp. 175-191). Amsterdam: Boom.
- Van Dixhoorn, J. (2008). Whole-Body Breathing, II: A Systems-Based Process. *Biofeedback*, 104-108.
- Van Dixhoorn, J. (2009). Analyse van de ATL. *Jaarrapport AOS*, 21-25.
- Van Dixhoorn, J. (2010, Januari). *Over spanning*. Opgeroepen op 02 19, 2014, van AOT: <http://www.methodevandixhoorn.com/documenten/folderpatient2010.pdf>
- Van Dixhoorn, J. (2011, 08 12). *AOT bij onbegrepen klachten, weet wat je doet*. Opgeroepen op 4 3, 2014, van Adem- en Ontspanningstherapie Stichting (AOS): <http://www.ademtherapie-aos.org/nieuws/symposium-2011-f.html>
- Vandereycken, W., & Deth, R. v. (2004). *Psychiatrie van diagnose tot behandeling*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Verschuren, P., & Doorewaard, H. (2005). *Het ontwerpen van een onderzoek*. Utrecht: Lemma.
- Villan, J., & de Lange, J. (2010). Krachttraining bij depressie. In J. de Lange, *Psychomotorische therapie* (pp. 227-239). Amsterdam: Boom.

Vincent van Gogh. (2011). *Bewogen in Beweging publieksjaarverslag* . Venray: Vincent van Gogh voor geestelijke gezondheidszorg.