

Scriptie: Sociale Vaardigheden & PMT in de revalidatie

Kanjertraining



Door: Martine Geerts

Begeleidend Docent: A. v/d Ven

Beoordelaar: A. Mataheru

Psychomotorische Therapie en Bewegingsagogie,
School of Human Movement and Sports,
Windesheim te Zwolle

Mei 2011

Voorwoord

Voor u ligt het eindproduct van mijn afstudeeronderzoek. Na lang twijfelen, zoeken naar een geschikt onderwerp ben ik uiteindelijk tot dit gekomen. Een product waar ik achter sta en voldoening uit heb gekregen. Geïntrigeerd door mijn stagebegeleider, Arno van Kasteren werkzaam als bewegingsagoog/psychomotorisch therapeut voor het kinderteam bij ViaReva, wist ik zeker dat mijn onderwerp met kinderen te maken zou hebben.

Het doen van de sociale vaardigheidstraining was voor een fijne manier om als beginnend PMT'er aan de slag te kunnen zijn binnen de (kinder)revalidatie. Ik had hierin zelf het voortouw, bedacht de thema's, de activiteiten en hoopte elke keer weer de glimlach te zien van een kind dat aan het leren was en tevens aan het genieten. Tijdens de laatste bijeenkomst was ik ook enigszins ontroerd, toen de kinderen mij verwoordden wat zij hadden geleerd, en waarin zij zich hadden ontwikkeld.

Via deze weg wil ik dan ook mijn stagebegeleider, Arno van Kasteren, bedanken voor de ondersteuning en de mogelijkheden die ik heb gekregen om dit te realiseren. Daarnaast wil ik voor de samenwerking met orthopedagogie bedanken, Mariska Booltink en Lenny te Wierik (stagiaire). Door de afwisseling tussen de beide disciplines heb ik veel geleerd en ook een andere manier kunnen zien van het creëren van veranderingen bij een persoon. En tot slot wil ik ook de andere behandelaren binnen ViaReva bedanken bij wie ik terecht kon als ik met vragen zat, of zomaar iets kwijt wilde.

Martine Geerts

Samenvatting

Het schrijven van deze module is ontstaan uit interesse voor psychomotorische therapie binnen de kinderrevalidatie. Aan de hand van de in de inleiding beschreven probleem- en vraagstelling wordt er gezocht naar een conclusie in hoeverre de psychomotorische therapie een bijdrage kan leveren binnen de kinderrevalidatie.

De vraagstelling waarop deze scriptie is gebaseerd is als volgt:

Hoe ziet een PMT module eruit om de sociale vaardigheden van kinderen in leeftijd van 8 tot 12 jaar te verbeteren binnen ViaReva en wat zijn daarvan de effecten?

Binnen de inleiding zal de interesse uitgelegd staan voor het belang van PMT binnen de kinderrevalidatie en middels deelvragen wordt aangegeven hoe de vraagstelling wordt uitgewerkt.

In het eerste hoofdstuk zal er door gebruik van de theorie verder op de sociale vaardigheden in worden gaan en hoe deze van belang zijn in de ontwikkeling van een kind. Hieruit komt duidelijk naar voren dat indien een kind hierin niet goed ontwikkeld is, dit in de verder levensloop voor problemen zou kunnen zorgen. De theorie en de modellen achter de module worden tevens ook besproken. Deze methodieken zullen verder worden toegelicht in hoofdstuk 2, methodieken, waar aan de koppeling is gemaakt richting de PMT.

Binnen de methodiek wordt er in gegaan op de diverse thema's die centraal zijn binnen de sociale vaardigheidstraining en de daaraan gekoppelde psychomotorische thema's die als kapstok zijn gebruikt voor het afstemmen van de activiteiten en geeft zo ook de basis voor het schrijven van de module. Naast het afstemmen van de activiteiten is het ook van belang om als therapeut de juiste attitude te hebben die een goed leerklimaat bevordert en gewenste resultaten laat behalen. Vanuit deze methodieken worden de behaalde resultaten en opvallendheden binnen de training vermeld. Hierin komt naar voren welke ontwikkelingen de kinderen hebben doorgemaakt en of de module bij heeft gedragen aan de groei van het kind. Aan de hand van deze resultaten wordt gezocht naar een conclusie passend bij de eerder genoemde vraagstelling. Er zal blijken dat ondanks een op papier missende effectmeting er wel degelijk verandering waarneembaar is bij de kinderen. De bijdrage die de PMT daaraan heeft geleverd is opgemerkt en het doen van dit onderzoek heeft uiteindelijk een passende module opgeleverd voor de kinderrevalidatie bij ViaReva.

Inhoudsopgave		pagina
Inleiding		5
Hoofdstuk 1. Theoretisch kader		6
1.1	Inleiding	6
1.2	Sociale vaardigheden	6
1.3	De Modaliteiten	7
1.4	Het GGGG model	9
1.5	Therapeutische attitude	10
1.6	Diagnoses	10
Hoofdstuk 2. Methode		12
2.1	De groep	12
2.2	Methodiek	12
2.3	Opbouw	14
2.4	Attitude	14
Hoofdstuk 3. Resultaten		15
3.1	Algemeen	15
3.2	Doelen	16
Hoofdstuk 4. Conclusie		18
Hoofdstuk 5. Discussie en aanbevelingen		21
Literatuurlijst		22
Bijlagen		23

Inleiding

Aanleiding.

Tijdens een gesprek op stage kwam naar voren dat psychomotorische therapie (PMT) bij bepaalde revalidanten erg waardevol zou kunnen zijn, zo ook voor kinderen. Toch is er hier op deze werkplek momenteel nog geen ruimte voor PMT in de kinderrevalidatie. Kinderen met psychosociale problemen worden gezien door de psycholoog of orthopedagoog (OP) en het is niet noodzakelijk binnen de instelling volgens de revalidatiearts dat dit door de PMT wordt gedaan. Toch is er initiatief om een SOVA (sociale vaardigheden) groep opstarten

Het belangrijk om te weten wat de mogelijkheden zijn voor ViaReva met betrekking tot PMT in de kinderrevalidatie. Nu is er een SOVA groep van 12 weken gestart voor kinderen en wordt er samen met de PMT en de orthopedagoog gekeken hoe PMT een bijdrage kan geven aan het aanleren van sociale vaardigheden voor deze kinderen.

Van daaruit is er de volgende probleemstelling tot stand gekomen. Is er meerwaarde binnen de SOVA groep voor kinderen op ViaReva indien daar PMT wordt gegeven?

Doel in onderzoek.

Doel in dit onderzoek is wat de PMT kan betekenen binnen de SOVA groep voor de kinderrevalidatie bij stage-instelling ViaReva. Wekelijks krijgen de kinderen een sessie van een uur. Ene week is dit bij de orthopedagoog waar middels rollenspellen en theorie wordt gewerkt en andere week in de zaal bij de PMT waar we zoveel mogelijk dynamisch in spelsituaties ervaringsgericht willen werken. Dit betekent 6 keer in de zaal, PMT en 6 keer bij de orthopedagoog. De kinderen krijgen huiswerk mee waarin ze een beschrijving geven wat ze vonden van het uur in de zaal. Daarnaast moeten ze zichzelf een cijfer geven over hun eigen functioneren binnen de les. Dit wordt gebruikt om inzicht te krijgen wat het met de kinderen doet. Daarnaast leggen we de inzichten vanuit de behandelaars om zo te vergelijken en waarin verandering wordt gezien. Hieraan kan ontleedt worden of de vooraf gestelde doelen, in samenwerking met kinderen en ouders opgesteld zijn, behaald worden of in proces zijn. Deze informatie kan gebruikt worden om de sessies te laten afstemmen op de processen van de kinderen en wat er binnen de groep leeft. De thema's bij de orthopedagoog liggen voor 6 weken vast, daaraan zullen de PMT thema's gekoppeld worden als basis voor de activiteiten en interventies die daarin gedaan kunnen worden. Het eindproduct is dit verslag waarin uiteengezet wordt hoe de groep draait, wat de resultaten zijn en wat de bijdrage van de PMT daarin is geweest. Hierin wordt een aanbeveling gegeven waarom PMT belangrijk is en wordt ingezet op deze manier binnen de kinderrevalidatie.

Door dit onderzoek te doen kan er een bijdrage geleverd worden om PMT toegankelijker en inzichtelijker te maken voor de kinderrevalidatie. Wat is de toegevoegde waarde ervan en waarom het nut heeft om dit te doen.

Vraagstelling.

Aan de hand van deze aanleiding is de volgende ontstaan vraagstelling en als volgt geformuleerd met de daarbij behorende deelvragen.

Vraagstelling: Hoe ziet een PMT module eruit om de sociale vaardigheden van kinderen in leeftijd van 8 tot 12 jaar te verbeteren binnen ViaReva en wat zijn daarvan de effecten?

Deelvragen:

- Welke diagnoses hebben de kinderen in de SOVA groep?
- Wat wordt er verstaan onder de SOVA groep
- Wat is het meest voorkomend probleem binnen de sociale vaardigheden in de groep?
- Welke thema's worden er behandeld bij de orthopedagoog en welke PMT?
- Wat heeft de PMT te bieden voor kinderen binnen de SOVA groep?
- Welke attitude, interventies heeft de orthopedagoog binnen de SOVA groep?
- Welke attitude, interventies heeft de PMT binnen de SOVA groep?

Hoofdstuk 1: Theoretisch Kader

1.1 Inleiding

Kinderrevalidatie richt zich op het kind met een lichamelijke handicap. De problematiek van dit kind is veelomvattend: de lichamelijke handicap kan zijn oorzaak hebben in een grote verscheidenheid van ziektes, ongevallen en aandoeningen waardoor er problemen op fysiek, psychisch, communicatie en sociaal gebied kunnen ontstaan.

Kinderrevalidatie is een specialisatie in de geneeskunde die zich richt op lichamelijk gehandicapte kinderen die in hun ontwikkeling worden bedreigd door de gevolgen van een ziekte of een aangeboren of verworven aandoening. Kinderrevalidatie beoogt herstel van de (potentieel) verstoorde interactie met de omgeving en het bereiken van een optimale graad van autonomie en maatschappelijke participatie. Het onderzoek en de behandeling vinden plaats in een pedagogisch kader en richten zich zowel op de ontwikkeling van het kind als op de gevolgen voor het gezien. (Meihuizen-de Regt, de Moor, & Mulders, 2003)

1.2 Sociale vaardigheden

Naast vaardigheden als lezen en schrijven, de straat veilig oversteken en uitrekenen hoeveel wisselgeld iemand krijgt, bestaan er ook vaardigheden die sommige kinderen, omdat deze vaardigheden hen niet stelselmatig of afdoende onderwezen worden, niet goed beheersen. Sociale vaardigheden wordt omschreven als 'het kunnen hanteren van die codes, welke gebruikelijk zijn in het sociale verkeer'. Wanneer we spreken over codes in het sociale verkeer, dan kunnen we daarbij verbale en non-verbale codes onderscheiden. In beide gevallen gaat het om communicaties(codes) en gedrag(codes), waarbij communicatie als een aspect van gedrag is te beschouwen. Als men deze codes niet kan hanteren, slagen de participanten aan dit verkeer er niet in om datgene gedaan te krijgen wij zij beogen; ofwel, zonder (voldoende) sociale vaardigheden zal men niet op bevredigende wijze aan het sociale verkeer kunnen deelnemen. (Collot d' Escury-Koenigs, Annemat; Engelen-Snaterse, Tineke; Mackaay-Cramer, Ellen, 1995)

Problemen met betrekken tot sociale vaardigheid treden op wanneer betrokkenen:

- Slechts met een beperkt scala aan sociale situaties bekend zijn;
- In situaties moeten en willen verkeren waarvan zij de codes niet kennen;
- Codes toepassen die voor bepaalde situaties niet geëigend zijn.

Met andere woorden worden sociale vaardigheden bedoeld als hetgeen wat we nodig hebben als we in contact komen met mensen die we niet kennen, een gesprek willen beginnen, kennissen en vrienden willen maken en aansluiting bij een groep willen vinden.

Sociaal niet-vaardige kinderen vertonen uiteenlopende problemen, variërend van teruggetrokkenheid, verlegenheid en isolement tot agressief, antisociaal gedrag. Een groot en duurzaam gebrek aan sociale vaardigheden heeft veel negatieve effecten: op de leerprestaties, de psychische gezondheid en het gevoel van welbevinden van een kind, op zijn gedrag op school, zijn relaties met leeftijdgenoten en volwassenen en het maakt het vatbaarder voor delinquent gedrag. (Herbert, 1997)

In de praktijk en uit onderzoek blijkt dat veel jongeren en volwassenen met een handicap sociaal-emotionele problemen hebben. Velen van hen verkeren in een sociaal isolement en ook depressiviteit en egocentrisme komen vaak voor. Sociaal-emotioneel functioneren is een veelomvattend begrip. Het heeft betrekking op het sociale gedrag van mensen, hun sociale vaardigheden en 'hoe mensen zich voelen': hun psychisch wel bevinden. In dit geval staan de sociale vaardigheden centraal waarin deze kinderen problemen ondervinden.

De sociaal-emotionele ontwikkeling vindt in elke leeftijdsstadium plaats, zo dus ook de ontwikkeling van de sociale vaardigheden van het kind. Een lichamelijke handicap kan grote invloed hebben op het sociaal-emotioneel en functioneren van een kind of adolescent. De handicap kan directe negatieve invloed hebben op de mogelijkheden van het kind om zijn effectiviteit, erkenning en autonomie te ervaren en een adequaat zelfbeeld op te bouwen. Een handicap kan indirecte invloed hebben doordat de omgeving aan het kind, juist vanwege zijn handicap, minder mogelijkheden biedt om effectiviteit, erkenning en autonomie te ervaren. De directe en indirecte invloed versterken elkaar en kunnen leiden tot een vicieuze cirkel. Deze invloed kan verstrekkend en langdurig zijn, en kan leiden tot moeilijk te veranderen problemen in de volwassenheid. (Meihuizen-de Regt, de Moor, & Mulders, 2003)

1.3 Modaliteiten

Binnen de module zal er gewerkt worden vanuit het GGGG model. Een verdere uitwerking van dit model komt weer verder in het hoofdstuk aanbod. Het model vindt zijn oorsprong in de cognitieve gedragstherapie (CGT). Dit is een therapie ontstaan binnen het behaviorisme en de cognitieve benadering. Binnen de PMT valt CGT onder modaliteit oefenen. Naast deze modaliteit zal ook gewerkt worden vanuit de modaliteit ervaren. De modaliteit is gebaseerd op de humanistische benadering van Rogers. De laatste PMT modaliteit ontdekken die geënt is op de psychodynamische stroming van Freud is bewust buiten de ontwikkeling van deze module gehouden.

Eén van de redenen hiervoor is dat de freudiaanse theorie een verleidelijke verklaring van het verleden geeft, maar dat haar voorspellingen over toekomstige responsen nogal te wensen over laten. Me andere woorden: de theorie richt zich voornamelijk op retrospectieve verklaringen. Door de overdreven nadruk op de historische wortels van het huidige gedrag wordt de aandacht afgeleid van huidige gebeurtenissen die misschien verantwoordelijk zijn voor de instandhouding van het gedrag. (Zimbardo, Weber, & Johnson, 2005)

Terug naar het verleden van de kinderen zou te veel tijd in beslag nemen en zou daarnaast niet redenen hoeven zijn voor het gedrag wat zij nu vertonen of juist niet vertonen.

De modaliteit die wel gebruikt wordt als basis voor de module is de modaliteit ervaren. Deze modaliteit vindt zijn oorsprong in de humanistische benadering. In reactie op de psychodynamische stroming (Freud) en het behaviorisme (Pavlov en Skinner) ontstond er een stroming waarin subjectiviteit centraal staat, evenals de ontwikkeling van een persoon. De grondleggers van deze stroming zijn Rogers en Maslow. (Rigter, 2008)

Mensen zijn zelf verantwoordelijk voor hun leven en de eigen ervaringen hierin zijn erg belangrijk. Daarbij wordt de mens gezien als een totaliteit. De humanistische psychologie heeft als doelstelling de eventuele belemmeringen van een persoon weg te nemen om het voor hem of haar mogelijk te maken verder te groeien. Binnen deze stroming wordt er gewerkt volgens een cliëntgericht aanbod. Cliëntgerichte therapeuten gaan ervan uit dat elk mens een aangeboren kracht heeft om zichzelf te ontwikkelen in een richting die goed is voor hemzelf of anderen. Mensen willen zichzelf ontplooien. Autonomie van de cliënt is in deze stroming dan ook erg belangrijk. Vanuit de modaliteit ervaren is bewustwording en inzicht het middel tot zelfontplooiing. Als therapeut respecteer je de autonomie van de cliënt en als therapeut ondersteun en accepteer je alles wat de cliënt ervaart. Je geeft positieve bekrachtiging en toont empathie naar de cliënt zonder zelf te dichtbij komen. (Weerman, 2006)

Vanuit deze stroming zal ook grotendeels de attitude zijn gebaseerd waarmee wordt gewerkt. Als therapeut zullen we een veilige sfeer creëren waarbinnen de kinderen mogelijkheden krijgen hun eigen emoties te ontdekken zonder de beleving van het kind te veroordelen. Daarentegen wordt niet ieder gedrag onvoorwaardelijk geaccepteerd en zal daar een verandering in plaats moeten vinden.

De attitude die toegepast wordt komt voort uit de positieve waardering (acceptatie) waar Rogers over schreef. Hij schreef hierover dat contact met anderen kans ons het gevoel geven ergens bij te horen, gewaardeerd te worden en geliefd te zijn. Iedere vorm van aandacht en positief commentaar betekent positieve waardering. Het lijkt daarmee op het behavioristisch concept van positieve bekrachtiging die later nog aanbod komt. Een verschil is dat het behaviorisme benadrukt echter de wijze waarop deze bekrachtiging is gerelateerd aan het gedrag, terwijl het Rogers om de gevoelens gaat die de positieve waardering oproept, en hoe deze ons zelfgevoel beïnvloeden. (Glassman, 1998)

De andere modaliteit die als referentiekader dient voor de module is oefenen. Binnen de modaliteit oefenen wordt er gewerkt vanuit het behaviorisme, het theoretische kader van de gedragstherapie en de cognitieve psychologie als kader van de cognitieve therapie. Dit houdt in dat er binnen deze modaliteit gewerkt wordt aan verandering op gedachten niveau en door veranderingen aan te brengen in het gedrag. Men wordt als ware als een informatieverwerkend systeem gezien, als een soort computer. Als er een fout in de "software" zit, oftewel in de gedachten of gedrag, dien het je te herprogrammeren. Dit kan op diverse manieren gedaan worden. Binnen het behaviorisme is dit door klassieke conditionering of operante conditionering.

Bij klassieke conditionering worden reflexmatige responsen onderzocht waarbij een neutrale stimulus uiteindelijk een bestaande reflexmatige respons oproept. Binnen de klassieke conditionering houdt men zich alleen bezig met de vraag hoe nieuwe stimuli bestaande onwillekeurige responsen kunnen beïnvloeden. Hoewel reflexen en basale emotionele reacties een rol spelen in onze dagelijkse ervaring, is ons gedrag grotendeel willekeurig,; het wordt door onszelf bepaald. Bepaalde gedragingen worden niet opgewekt door geconditioneerde stimuli. Het zijn gedragingen die we ontplooiën en waarmee we onze omgeving beïnvloeden. Om de werking van deze gedragingen te kunnen begrijpen, moeten we het leerproces vanuit een andere invalshoek benaderen. Deze benadering houdt zich bezig met veranderingen in de reactie van een individu als een functie van hun gevolgen. Deze benadering wordt aangeduid als de operante conditionering. (Glassman, 1998)

Bekrachtiging, het proces waarbij de frequentie van een respons toeneemt doordat de respons wordt gevolgd door een bekrachtiger, is een even eenvoudig als subtiel verschijnsel. Bekrachtiging is het middel wat wordt gebruikt binnen de operante conditionering om goed gedrag in stand te houden. Een belangrijke factor bij adequate bekrachtiging is dat de bekrachtiger onmiddellijk moet volgen na de gewenste respons. In het geval van een kind moet goed gedrag onmiddellijk worden beloond. Indien dit niet gedaan wordt loopt men het risico dat de bekrachtiger een andere respons gaat beïnvloeden. De positieve bekrachtiger wordt in het geval van de SOVA training gebruikt in de wijze waarop gedrag wordt beloond. Het kind zal na het vertonen van het gewenst gevraagde gedrag direct positief worden gecompimenteerd wat inhoudt dat het gedrag nu vaker terug zou moeten komen vanwege deze bekrachtiging. Dit alles ligt aan de basis van de CGT die terug zal komen binnen de activiteiten en rollenspellen binnen de SOVA training. (Zimbardo, Weber, & Johnson, 2005)

Volgens de CGT worden psychische problemen vooral veroorzaakt door cognitieve en gedragsfactoren. Onder gedragsfactoren vallen ook ervaringen die een kind in en buiten het gezin opdoet. Het exploreren van deze ervaringen richt zich op de aanwezigheid van inadequate leermogelijkheden of bijvoorbeeld traumatische ervaringen, motorische beperkingen. Wat de cognitie betreft, ligt het accent op cognitieve disfuncties, waarbij onderscheidt wordt gemaakt tussen denkfouten en cognitieve deficiënties. Kinderen verwerken informatie inadequaat of foutief of hun informatieverwerkend vermogen vertoont gebreken die aanzetten tot ondoordacht gedrag. De therapie richt zich op het veranderen van de geïdentificeerde cognitieve disfuncties, introduceert nieuwe vaardigheden en biedt mogelijkheden om deze vaardigheden te oefenen. De interventies in de CGT zijn actief, tijdsgeboden en gestructureerd. In het therapeutische proces draait het om de samenwerking tussen therapeut en cliënt, zij brengen gezamenlijk het probleem in kaart en worden het eens over de probleemanalyse. De cliënt krijgt inzicht in de wijze waarop zijn zelfcommunicaties,

gedachten, verwachtingen en aannames zijn gedrag beïnvloeden. Hij wordt aangemoedigd om experimenten te doen waarin hij cognitieve veranderingen aan den lijve kan ondervinden. De resultaten van deze experimenten tonen aan dat cognities niet altijd als 'waarheden' gezien moeten worden en leiden tot andere interpretaties en evaluaties van gebeurtenissen. De cliënten maakt zich op de wijze nieuwe vaardigheden eigen en de therapeut helpt hem om deze nieuwe vaardigheden in de praktijk te brengen. Een voorbeeld van zo'n wijze als hiervoor beschreven is door gebruikt te maken van het GGGG model. Dit model brengt inzicht in wat er zich afspeelt in een gebeurtenis en hoe een cliënt hierna handelt en welke cognities hierbij spelen en zal dan ook veelvuldig worden gebruikt om de kinderen deze inzichten te geven. (Simos, Gregoris, 2004)

1.4 Het GGGG model (de 4 G's)

Het GGGG model als onderdeel van de CGT is een model dat stapsgewijs op een gebeurtenis ingaat en daarbij alle van betekenis spelende factoren uitlicht om zo inzicht te geven in welke eventuele disfuncties plaats vinden in de gedachten of het handelen.

Dit model is een afgeleide van het ABC-schema. Dit schema is ontwikkeld door Albert Ellis en werd gebruikt om irrationele gedachten op te sporen. A staat voor Activating Event, de situatie. B staat voor Beliefs of ook wel de gedachten en C staat voor Consequences, het gedrag en of de emoties. In het leven van een mens doen zich feitelijke gebeurtenissen voor (A), die door iedereen weer anders geïnterpreteerd worden aan de hand van cognities (B). Hieruit ontstaan emotionele en gedragsmatige gevolgen (reacties). Het gevoel en gedrag van een individu wordt dus niet direct bepaald door de situatie waarin hij verkeert, maar veeleer door de manier waarop hij tegen de situatie aankijkt of door de betekenis die hij aan de situatie geeft. Een gedachte gaat aan het gevoel vooraf. (Rationeel Emotieve Therapie (RET): ABC/5 g's/ psychologie, 2009)

De vijf G's is een Nederlands model ontwikkeld door Bartelds. (Bartelds, 2001) Het GGGGG model staat als thema in elk geval drie weken centraal binnen de aangeboden training. Daarnaast zal er veelvuldig worden gerefereerd naar dit model, zodat de kinderen hiermee zoveel mogelijk oefening krijgen.

De 5 G's staan voor:

- | | |
|---------------|----------|
| • Gebeurtenis | • Gedrag |
| • Gedachten | • Gevolg |
| • Gevoel | |

Er wordt in dit model eerste bekeken wat de feitelijke gebeurtenis was. Daarna wordt gekeken wat de gevoelens en de gedachten waren, en uiteindelijk wordt nagegaan welk gedrag er getoond werd. Dit uiteindelijke gedrag zorgt weer voor een gevolg. Aangezien het logisch is dat er een gevolg is aan de hand van het gedrag dat getoond wordt, eigenlijk kun je de stappen van het model weer doorlopen, hebben wij er binnen de SOVA training voor gekozen om het gevolg weg te laten. Zodoende zijn de vijf G's binnen de SOVA training de vier G's genoemd.

Binnen het GGGG model leert het kind kijken naar de feiten, de gebeurtenis, en de gedachten, gevoelens over die feiten. Er zit een duidelijk verschil tussen de feiten en de gedachten en gevoelens over die feiten. Zodra een kind leert dat de feiten niet te veranderen zijn, maar je gedachten en dus ook je gevoelens daarover wel, kan hij of zij de situatie anders aanpakken. Als je anders kijkt naar de gebeurtenis, ga je anders handelen en handelen anderen ook weer anders. Dit houdt in dat je een conflict situatie had kunnen vermijden. (Weerman, 2006)

Door het doorlopen van de stappen met het kind kun je een gebeurde situatie direct terughalen door de stappen te doorlopen. Door het kind suggesties te geven voor andere gedachten en gevoelens kan je kind laten inzien dat de gebeurtenis een andere wending had kunnen krijgen. Dit is dan ook

waarom er gekozen is voor het model. Het geeft direct inzicht in wat er is gebeurd en hoe je het kan veranderen.

1.5 *Therapeutische Attitude*

Als therapeut dien je tijdens de training een steunende, directieve, maar vooral ook positief bekrachtigende attitude te hebben. Binnen de modaliteiten is besproken vanwaar deze keuze vandaan komt. Het ondersteunt de gekozen benaderingen en past bij de modaliteiten die gekozen zijn vanuit de PMT. Verder wordt er vanuit de Goldstein methode (Stichting werken met Goldstein, 1997) een aantal aspecten uit de gekozen attitude ondersteund.

Een directieve houding, zodat de kinderen weten waar ze aan toe zijn. Als therapeut zorg je er met behulp van een directieve houding voor dat kinderen weten dat ze worden geacht te oefenen en dat ze daar ook niet onderuit kunnen komen. Wanneer je directief bent, zijn de kinderen ook sneller geneigd om tot actie te komen. Ze weten dan dat ze toch aan de beurt komen. Een directieve attitude roept hierdoor minder weerstand op bij de cliënten dan zou gebeuren wanneer je een vragende attitude zou aannemen. Weerstand is juist wat je niet wilt, omdat het de voortgang van de therapie vertraagt en je daardoor minder tijd hebt om de kinderen te laten oefenen

Een steunende attitude is nodig om de jongeren te stimuleren en te laten beseffen dat ze het goed doen en vooruitgaan met betrekking tot de vaardigheden. Wanneer je een steunende attitude aanwent zullen de jongeren eerder geneigd zijn actief mee te doen. Ze voelen zich door deze attitude gewaardeerd en dat komt het leren van de jongeren ten goede. (Stichting werken met Goldstein, 1997)

Als laatst de eerder benoemde positieve bekrachtiging na getoonde responsen. Door het direct positief bekrachtigen van het juiste gedrag zal het kind sneller geneigd zijn om dit juiste gedrag te veranderen. Er staat immers een positieve beloning tegenover in de vorm van een compliment of iets anders.

1.6 *Diagnoses*

Binnen de SOVA groep zijn diverse diagnoses te vinden. De diagnoses zijn DCD, CP, Erbse Parese en Spierzwakte met heupdyslasie. Hieronder een kleine uitleg over wat alle diagnoses inhouden om een beeld van de kinderen te krijgen en waarin hen handicap ligt. Hieruit zal ook duidelijk worden dat iedere kind een beperking heeft in de motoriek en dat er geen sprake is van een verstandelijke beperking.

Kinderen met een onhandige motoriek, al of niet met bijkomende leer- of gedragsproblemen krijgen de diagnose Developmental Co-ordination Disorder (DCD). Zonder aantoonbare neurologische of fysieke aandoeningen heeft het kind motorische problemen. Het is belangrijk om te beseffen dat DCD een functionele diagnose is. Met andere woorden, men weet dat er iets aan de hand is met de motoriek van het kind, maar niet wat. (Meihuizen-de Regt, de Moor, & Mulders, 2003)

DCD is dus een verzamelnaam voor een aantal kenmerken van (licht) gestoorde motorische functies, zoals een lage spierspanning, een grote bewegingsonrust, coördinatieproblemen of problemen met fijn motorische vaardigheden. Deze problemen kunnen apart voorkomen, maar veel vaker treden ze in combinatie op. (Wat is DCD?, 2010)

Een cerebrale parese is een hersenbeschadiging die ontstaat voor de eerste verjaardag van een kind. De beschadiging is bijna altijd zichtbaar op een scan van de hersenen (MRI-scan). De oorzaak kan bijvoorbeeld zuurstoftekort zijn of een bloeding.

Als gevolg van de hersenbeschadiging functioneert een deel van de hersenen niet, of anders dan normaal. Dit kan gevolgen hebben voor het bewegen, zien, voelen, proeven, horen, spreken en het denken. Hierdoor kunnen op verschillende gebieden problemen ontstaan. De gevolgen van de

hersenenbeschadiging zijn afhankelijk van de ernst van de beschadiging en van de plaats van de beschadiging in de hersenen. De gevolgen en de ernst verschillen van kind tot kind. (Wat is Cerebrale Parase (CP)?)

Spierzwakte is een veelvoorkomend probleem, dat voor verschillende mensen een verschillende betekenis kan hebben. Voor sommigen betekent het niet meer dan zich oververmoeid en slap voelen. Bij echte spierzwakte levert volledige inspanning echter geen normale kracht op. De zwakte kan betrekking hebben op het gehele lichaam of beperkt zijn tot een been of arm of zelfs een hand of vinger. Hoewel zwakte kan worden veroorzaakt door een probleem gelegen in de spieren, pezen, botten of gewrichten, moet de oorzaak meestal worden gezocht in het zenuwstelsel. Enige spierzwakte is normaal na herstel van een ziekte en treedt ook vaak op bij veroudering. Congenitale of Aangeboren Heupdysplasie (CDH) is een abnormale ontwikkeling van het heupgewricht, die instabiliteit veroorzaakt en in ernstige gevallen een luxatie of ontwrichting van de heup kop uit de heupkom. Deze aandoening wordt ook wel ontwikkelingsdysplasie van de heup genoemd of Developmental Hip Dysplasia (DDH).

Wanneer de aandoening niet in de eerste levensmaanden wordt ontdekt en behandeld, worden de krachten op het gewricht niet op een normale manier opgevangen. Als gevolg hiervan kan er een vervorming van de heup kop en heup kom optreden, met blijvende beschadiging van het gewricht tot gevolg. Hierdoor treedt pijn op bij het stappen, die toeneemt met de leeftijd, en met mank lopen als gevolg. Zelfs nu is het nog steeds zo dat 70% van de patiënten met een lichte heupdysplasie, zich van geen kwaad bewust is, tot zij op latere leeftijd, bij het volwassen worden, plotseling worden geconfronteerd met een pijnlijke heup. (Dr. Mortelé, orthopedie, 2009)

De officiële naam van Erbse Parase is obstetrisch plexus brachialis letsel. Plexus brachialis betekend letterlijk vlechtwerk van de arm en is een onderdeel van het perifere zenuwstelsel. (aandoeningen van perifere zenuwen en de plexus, 2004) Hier vervlechten zich de zenuwwortels die uit het ruggenmerg komen tot een aantal bundels, die zich vervolgens weer vertakken in een aantal zenuwen, waarvan de drie armzenuwen de belangrijkste zijn. Tijdens de geboorte kan de schouder van het kind soms zo ver worden opgerekt, dat zenuwen beschadigd raken. Zenuwen scheuren door of worden uit het ruggenmerg losgetrokken. Als gevolg van de zenuwbeschadiging ontstaan verlammingen in spieren van de arm. Tijdens de verdere ontwikkeling kunnen bovendien afwijkingen ontstaan aan botten, gewrichten en gewrichtskapsels en treden er soms spierverskortingen op. (NFU TRF | Obstetrische Plexus Brachialis Letsel (OPBL), 2007-2010)

Hoofdstuk 2: Methode

Binnen de SOVA training heeft er een samenwerking plaats gevonden tussen twee disciplines. De twee disciplines die hebben samengewerkt aan deze training zijn orthopedagogiek (OP) en bewegingsagogie en psychomotorische therapie (BA/PMT). Vanuit het team en vanuit de ouders was er vraag gekomen naar een sociale vaardigheidsgroep. Dit is een vervolg op de vorig jaar gegeven SOVA training, waar veel positieve reacties op waren gekomen. Door de vraag vanuit het multidisciplinaire team en de ouders ontstond er draagvlak om te starten met een nieuwe groep. Door diverse gesprekken tussen BA/PMT en OP ontstond het idee om een module te schrijven voor het PMT gedeelte zodat er een handleiding zou zijn voor in de toekomst. Daarnaast kan de module gebruikt worden als onderbouwing waarom een kind SOVA training zou kunnen volgen. Dit voor behandelaars die het vermoeden hebben dat het kind achterblijft in de sociale ontwikkeling.

2.1 De groep

Aan de sociale vaardigheidsgroep hebben 6 kinderen, in de leeftijd van acht tot twaalf jaar deelgenomen. De groep bestond uit 1 meisje (m=12) en 5 jongens. (m=10) De diagnoses binnen de SOVA groep lopen uiteen van drie kinderen met DCD, één met CP, één met spierzwakte en een heupdyslasie en één kind met Erbse Parase.

De kinderen zijn ofwel aangemeld door de ouders ofwel door één van de betrokken behandelaars in overleg met ouders. De ouders hebben diverse hulpvragen voor de kinderen geformuleerd wat weer als uitgangspunt is gebruikt tot het kiezen van de passende thema's.

2.2 Methodiek

Voor de therapieën is gedeeltelijk een bestaande methode gebruikt en deels zelf een module ontwikkeld. Doordat de training een samenwerking is tussen OP en de BA/PMT zal de ene week worden aangeboden door OP en de andere week door BA/PMT. De sessies zullen 60 minuten duren.

Vanuit OP worden de sessies gegeven van het boek: Spelend leren, leren spelen (Reenders, R. & Spijker, W. (1996). Een werkboek voor sociale vaardigheidstraining. Hierin komen de negen standaardvaardigheden zoals beschreven in de Goldstein training, een sociale vaardigheidstraining, naar voren. De negen vaardigheden uit deze standaardtraining zijn: (Zee, S. van der, Molen, H. van der & Broek, D. van der (1989).

1. Kennismaken
2. Luisteren
3. Iets vragen
4. Nee zeggen
5. Een praatje beginnen
6. Iets bespreken
7. Kritiek ontvangen
8. Kritiek geven
9. Omgaan met gevoelens (boosheid, teleurstelling, complimenten)

De volgende vaardigheden gebruikt vanuit het boek: Spelend leren, leren spelen (Reenders, R. & Spijker, W. (1996) zijn:

1. Kennismaken & Laten zien dat je luistert
2. Iets aardigs zeggen over jezelf & iets aardigs zeggen tegen een ander
3. Gevoelens en emoties & start 4 G's
4. Gebeurtenis, gevoel, gedachte en gedrag (GGGG-model)
5. Vragen of je mee mag doen & Nee zeggen
6. Kritiek krijgen & Last hebben van een ander

Zoals te zien is in de opsomming zijn de thema's per twee onderdelen samengevat. Wekelijks worden beide thema's behandeld, waarbij als eerst de theoretische kant wordt toegelicht door OP. Tevens wordt er daar geoefend door gebruik te maken van rollenspellen. De week erop zullen dezelfde thema's in de zaal wederom centraal staan binnen de aangeboden activiteiten.

Voor het vormgeven van de activiteiten is er voor gekozen om de thema's vanuit OP te vertalen naar passende PMT thema's zoals hieronder in het schema weergegeven.

Thema's OP, volgens Spelend leren, leren spelen.	PMT thema's
Kennismaken & laten zien dat je luistert.	Kennismaken, veiligheid, rekening houden met een ander, ontmoeten
Iets aardigs zeggen over jezelf & iets aardigs zeggen tegen een ander.	(Zelf)vertrouwen
Gevoelens en emoties & Start 4 G's.	Emoties → de 4 B's (boos, blij, bedroefd en bang)
Gebeurtenis, gevoel, gedachte en gedrag (4 G's).	Emoties, gevoelens, interactie met de ander
Vragen of je mee mag doen & nee zeggen.	Assertiviteit, leiden en volgen, ruimte innemen
Kritiek krijgen & last hebben van een ander.	Afstand en nabijheid, frustratie

Het vertalen van de thema's naar PMT thema's is een bewuste keuze om het zo helder mogelijk te krijgen in de afstemming van de activiteiten. Ten eerste moesten de activiteiten goed aansluiten bij de kinderen, maar tevens ook bij de stof. Door de koppeling te maken naar de PMT thema's was het zeker dat het geleerde aanbod zou komen en dat de kinderen oefenmomenten zouden krijgen. Daarnaast konden er zo ook leuke en speelse activiteiten verzonden worden op het niveau van de kinderen. De activiteiten zullen altijd de oorsprong vinden vanuit de modaliteiten ervaren en oefenen. Dit geeft structuur aan de inhoud en er is een duidelijk lijn in de aangeboden activiteiten en de manier waarop de kinderen kunnen leren.

Een voorbeeld van een thema met de daaraan gekoppelde PMT thema en activiteit is:

Thema OP: *Vragen of je mee mag doen en nee zeggen (week 9 & 10)*

PMT thema's

- Assertiviteit
- Leiden en volgen
- Ruimte innemen

Passende activiteiten

- Zoek een prettige plek in de ruimte uit en baken daar je eigen plek af. Maak het er aangenaam, neem eventueel wat spullen in je plek die een betekenis hebben of bijvoorbeeld mooi zijn. Alle spullen uit de zaal en de kasten kunnen gebruikt worden. Na het maken van een eigen plekje kan je vragen of je bij een ander op bezoek mag. Waarom wel en waarom niet? Als de ander iets heeft wat jij graag wil hebben kan je vragen of je dat mag hebben enz.
- Er liggen drie matjes op de grond. Bij elk matje gaat een tweetal staan. Deze moeten ze zelf maken. Het tweetal bepaald zelf wie als eerst op het matje gaat staan en wie gaat vragen of hij of zij erbij mag. Diegene die op het matje staat kan op diverse manieren reageren. Heel rustig, of heel fel. De vrager kan ook diverse strategieën hanteren. Doorzeuren, boos worden, of snel afhaken (1 keer vragen)

- Eigen keuze in afsluitend tikspel → hoe werkt de besluitvorming binnen de groep.

2.3 *Opbouw*

De sessies hebben een vaste opbouw. Er wordt gestart met een terugblik, wat is het nieuwe thema en het huiswerk wordt besproken, dan is het tijd om aan de slag te gaan en tot slot krijgen ze aan het einde huiswerk mee. Dit huiswerk omvat opdrachten waarmee ze in de thuissituatie nogmaals het geleerde kunnen oefenen en zo de transfer kunnen maken naar andere situaties dan de oefenruimtes in het revalidatiecentrum. Daarnaast wordt er vanuit de sessie van de BA/PMT een huiswerkformulier meegegeven die meer gericht is op de ervaringen van het kind. Wat vonden ze leuk, minder leuk of vonden ze wellicht iets spannend. Daarnaast wordt er ook gevraagd om een cijfer te geven over hun eigen aandeel, maar ook hoe ze de les vonden. Door dit te doen en door de observaties van de aanwezige behandelaren is het mogelijk om inzicht te krijgen in hoe het kind voortgang maakt en of het kind ook een inschatting kan maken van het eigen vermogen. Een voorbeeld van zo'n huiswerkblad is terug te vinden in de bijlagen als bijlage 1.

2.4 *Attitude*

De attitude is afgestemd bij beide disciplines. Er is hier uitgegaan van de principes van de Goldstein training (Stichting werken met Goldstein, 1997) en de ondersteunende literatuur over CGT zoals dit beschreven is in het eerste hoofdstuk. Vooraf is er onderling besproken in hoe de kinderen benaderd zouden worden. Allereerst ondersteunend, maar ook positief bekrachtigend om zo een veilig klimaat te creëren waarbinnen de kinderen kunnen leren. Ook is het belangrijk om directief te zijn, zodat de kinderen weten waar ze aan toe zijn en er zo min mogelijk kansen ontstaan op ongewenst gedrag.

Hoofdstuk 3: Resultaten.

3.1 Algemeen

Na het onderzoeken van een draagvlak van het ontwerpen van een module sociale vaardigheden binnen de revalidatie, heb ik een module geschreven volgens de richtlijnen van de NVPMT.

Deze module is geschreven aan de hand van de thema's die in het vorige hoofdstuk benoemd zijn. Een van de uitgangspunten binnen de module is het thema's de 4 G's.

Deze methode is gebruikt om de kinderen direct inzicht te geven in situaties die gebeurd zijn tijdens de rollenspellen en sport- en spelactiviteiten. Het is dan ook een bewuste keuze geweest om hier veel aandacht aan te geven. Het is met hulp van de begeleiding een model om duidelijk inzicht te geven in gebeurtenissen. Samen met het kind doorloop je de stappen, geef je suggesties en kan het kind zelf invullen hoe het bijvoorbeeld positief had kunnen aflopen. In de thuisopdrachten is het invullen van dit model ook teruggekomen en kon het kind in de thuissituatie invullen hoe gebeurtenissen gingen. Dit maakt direct een transfer naar andere situaties.

Voor de gehele module die is geschreven voor de SOVAgroep binnen ViaReva verwijs naar de bijlagen. De module is bijgevoegd als bijlage 2.

Naast het onderzoek naar het draagvlak om een module te kunnen schrijven heb ik ook getracht om verandering te zien bij de kinderen binnen deze module. Dit om voor mijzelf en voor de betrokken behandelaren, zodat er vooruitgang gezien kan worden die is ontwikkeld binnen de training. Ik zal een opsomming maken aan de hand van thema's wat de grootste opvallendheden waren.

Thema's	Opvallendheden
Kennismaken & laten zien dat je luistert.	• Herkenning binnen de thema's. Worden waardevolle tips gegeven. • De kinderen geven aan het vele praten vermoeiend en lastig te vinden. Er is dan ook duidelijk te zien dat de kinderen snel afgeleid/afwezig zijn. Ze doen andere dingen, hangen in de stoel of tegen het meubilair.
Iets aardigs zeggen over jezelf & iets aardigs zeggen tegen een ander.	• Iets aardigs over jezelf zeggen is erg lastig, een compliment aan een ander geven is makkelijker.
Gevoelens en emoties & Start 4 G's.	• Het benoemen van emotie is erg moeilijk en de meeste kiezen bij het huiswerk bespreken ervoor om er niets over te zeggen. • Bij doen van activiteit is er veel emotie van gezicht af te lezen bij een aantal kinderen, toch geven ze zelf aan dat het 'winnen/verliezen' hen niets doet. • Het ene kind maakt vooraf een duidelijk plan, het andere kind niet, dit lijkt een conflict ter veroorzaken en het ene kind geeft ook aan last te hebben van de ander.

Gebeurtenis, gevoel, gedachte en gedrag (4 G's).	• Vandaag een samenwerkingspel waarin veel uitgedaagd wordt en er kleine plagerijtjes ontstaan. Vooral richting mij als begeleider worden de grenzen van wat wel en niet mag zoveel mogelijk opgezocht. • Binnen het spel wordt er veel op elkaar gereageerd. Er wordt vaak gereflecteerd op wat er gebeurde binnen de situatie middels de 4 G's. De kinderen geven aan dit minder leuk te vinden, maar het geeft wel inzichten in het gedrag wat ze tonen.
Vragen of je mee mag doen & nee zeggen.	• Bij het bouwen van de hutten bieden ze elkaar hulp aan, sommige accepteren dit, andere niet. • Bij het bezoeken van elkaars hutjes zijn er een aantal uitwisselingen, liefst blijft iedereen bij eigen hutje. • Een kind vraagt herhaaldelijk of het op het matje mag komen, er wordt nee gezegd. Het kind begint vervolgens te zeuren en drammen wat nog mee nee oplevert, maar ziet dit zelf niet in, pas bij navragen, weer uitspelen van de situatie. • Het laatste tikspel mogen de kinderen zelf bedenken wat ze willen doen. De besluitvorming is lastig. Er wordt veel door elkaar heen geroepen. Toch komen ze samen tot een oplossing door te gaan stemmen en wordt er uiteindelijk ook een tikspel gekozen.
Kritiek krijgen & last hebben van een ander.	• Door de herhaling van alle stof middels een quiz blijkt dat de kinderen overal zo antwoord op kunnen geven. Een mooi resultaat, nu nog vaak terug zien in de praktijk. • Er wordt binnen de activiteit snel kritiek geleverd, maar niemand kiest de geboden manier om hiermee om te gaan. Na het geven van de uitleg hoe hiermee in het spel kan worden omgegaan maken de kinderen hier wel gebruik van en loopt het gestructureerde en plezierige voor iedereen.

3.2 Doelen

Aan de hand van de doelen van de kinderen, de veranderingen en de groei binnen de module zowel bij BA/PMT als bij OP worden hieronder de resultaten per kind weergegeven. Dit is een weergave van de kinderen zelf zeiden over de eigen verandering en wat is opgevallen door de behandelaren.

1. *M. weet welke strategieën er zijn om met een pestsituatie om te gaan en hij kan vervolgens de juiste strategie toepassen.*
M. kan situaties en andere mensen beter inschatten en kan zijn gedrag hierop aanpassen.
M. kan de gevolgen van en de reacties op zijn gedrag inschatten.
Aan het einde van de module zien we wel veranderingen bij M. Hij geeft zelf ook aan veel geleerd te hebben van de rollenspellen, die waren ook het leukst. Daarin kon de oefenstof

geoefend worden en zo heeft hij geleerd om, om te gaan met lastige situaties zoals bijvoorbeeld pestsituaties.

2. *B. weet op welke manier je contact kan maken met anderen en een gesprek moet voeren. We gaan kijken waar de 'problemen' van B. liggen in het onderhouden van contact. Vanuit dit kunnen we vervolgens die dingen oefenen waar hij moeite mee heeft en hem adviezen geven.*
B. geeft aan dat hij het lastig vindt om echt te zeggen wat hij heeft geleerd. Toch is er verandering te zien en maakt hij sneller een praatje en kan hij het contact ook onderhouden door de ander aan te blijven kijken en vragen te durven stellen. In zijn houding komt de trotse pauw ook naar voren, maar vindt hij moeilijk om dit te benoemen.
3. *S. kan voor zichzelf opkomen en ze leert haar eigen grenzen aangeven. S. kan aangeven hoe ze zichzelf ziet en wat ze zelf wil en belangrijk vindt. S. leert in contact met anderen haar eigen belangen niet uit het oog te verliezen.*
S. geeft aan dat ze andere kinderen meer durft te vertrouwen. Een hele mooie stap. Ouder bevestigt dit ook en geeft ook aan dat ze ziet dat S. nu haar eigen problemen oplost. Ze komt meer op over haar zelf en durft binnen de groep open te zijn over haar emotie. Ze praat ook over zichzelf zonder dat ze daarbij in tranen schiet. (Dit gebeurde voorheen wel en dit wilde ze niet).
4. *D. leert samen spelen en hierin af te stemmen op de ander. D. kan contacten onderhouden.*
D. geeft aan hier geleerd te hebben om iets te vragen aan de ander. Vanuit de doelen betekent dat D. heeft geleerd beter af te stemmen op de ander. Hij zegt zelf dat hij nu minder snel boos wordt wat eerder voor vervelende situaties zorgde.
5. *E. heeft inzicht in de gevolgen van zijn gedrag en wat dit voor de ander betekent. E. leert aangeven wat zijn grenzen zijn en welke alternatieven er op dat moment zijn, zonder dat hij zelf een andere opdracht bedenkt en andere kinderen hierin betreft.*
E. heeft veel vaardigheden geleerd om af te stemmen op de ander zonder zichzelf in het middelpunt te zetten. Hierin zien we kleine stappen en hij reageert sociaal naar de ander, door te bedanken voor de hulp van een ander en het geven van complimenten. Toch blijft hij nog vaak het middelpunt en wil graag het laatste woord hebben. E. blijft nog veel in het speelse zitten en zit daarin niet de verdieping van het spel.
6. *N.:Inventariseren welke hulpvragen er liggen op het gebied van de sociale vaardigheden. Bij de start waren er nog geen concrete doelstellingen geformuleerd. Gaandeweg kregen we vanuit moeder het bericht dat N. moeite had om aansluiting te vinden binnen bijvoorbeeld de klas, of bij voetbal. Daarnaast valt zijn langzame tempo ook erg op.*
N. is binnen de groep erg oplettend. Zijn lichaamshouding laat dit niet zien en hier is hij nog niet bewust van. Hij heeft vaardigheden geleerd om te kunnen afstemmen op ander en laat dit in de groep ook zien. N. is vooral erg scherp in de observaties naar de ander. Hij kan verwoorden wat goede kwaliteiten bij de groepsleden zijn. Zelf zei hij letterlijk dat het begin van de training niet erg leuk is, maar gaande weg werd het leuker.

Hoofdstuk 4: Conclusie.

Om tot een juiste conclusie te komen zal er teruggekoppeld moeten worden naar de vraagstelling zoals deze is beschreven in de inleiding. De vraagstelling:

Hoe ziet een PMT module eruit om de sociale vaardigheden van kinderen in leeftijd van 8 tot 12 jaar te verbeteren binnen ViaReva en wat zijn daarvan de effecten?

Om tot een antwoord te komen op de vraagstelling van deze scriptie worden er eerste conclusies getrokken uit de resultaten van de deelvragen.

Deelvraag 1: Welke diagnoses hebben de kinderen in de SOVA groep?

In het eerste hoofdstuk zijn de diverse diagnoses van de deelnemers beschreven. Dit om een zo goed mogelijk beeld te krijgen van de kinderen. Uit de diagnoses is naar voren gekomen dat alleen bij CP een beschadiging aan de hersenen zou kunnen optreden die ook voor andere problemen kan zorgen behalve motorische problemen. In de praktijk is dit niet terug te zien en valt juist op dat bij de DCD kinderen het langer duurt voor de stof binnen komt en ze stappen maken. Hierbij komt vooral het trage tempo naar voren bij bijvoorbeeld het spreken. De diagnoses van de kinderen maakt ook dat ze belemmerd kunnen worden in de ontwikkeling van het sociaal emotionele ontwikkeling en daar onder vallend de sociale vaardigheden. Door de motorische beperking is de kans aanwezig dat de mogelijkheden om zich te exploreren en het eigen maken van deze vaardigheden worden verkleind of zelfs worden uitgesloten. Dit alles kan zorgen voor problemen in de ontwikkeling en op later leeftijd.

Deelvraag 2: Wat wordt er verstaan onder de SOVA groep

In hoofdstuk 1 is wordt er uitleg gegeven over sociale vaardigheden (SOVA). Binnen de kinderrevalidatie kan er sprake zijn van dat kinderen achterstand hebben in de sociaal-emotionele ontwikkeling. Binnen de sociaal-emotionele ontwikkeling vallen de sociale vaardigheden. Door de handicap van het kind kan het belemmerd zijn in het opdoen van deze vaardigheden door de omgeving, context, de mensen in de diverse contexten en de kijk naar eigen prestaties. Om te voorkomen dat men op langere termijn, als het kind volwassen is, nog steeds problemen ervaart kan men ervoor kiezen om de sociale vaardigheden beter te onderwijzen, mee te oefenen. Dit kan gedaan worden middels een sociale vaardigheidstraining en in dit geval de SOVAgroep.

Er is binnen ViaReva door de orthopedagoog keuze gemaakt om aan de hand van het boek: *Spelend leren, leren spelen* (Reenders, R. & Spijker, W.; 1996) de training op te zetten. Hierin komen de basisvaardigheden van het sociaal vaardig zijn aan bod. Deze basisvaardigheden zijn afgeleid van de Goldsteintraining (Stichting werken met Goldstein, 1997). Aan de volgende thema's is dan ook gewerkt om de kinderen sociaal vaardiger te krijgen:

• Kennismaken & laten zien dat je luistert.
• Iets aardigs zeggen over jezelf & iets aardigs zeggen tegen een ander.
• Gevoelens en emoties & Start 4 G's.
• Gebeurtenis, gevoel, gedachte en gedrag (4 G's).
• Vragen of je mee mag doen & nee zeggen.
• Kritiek krijgen & last hebben van een ander.

Er is ervoor gekozen om vanuit de BA/PMT, PMT thema's te koppelen aan de bovenstaande thema's. Aan de hand van deze specifieke PMT thema's zijn er passende activiteiten bedacht die aansluiting vinden bij de doelgroep en bij de te leren stof. De keuze voor de activiteiten is gebaseerd op twee

modaliteiten vanuit de PMT. Dit gaat om de modaliteit ervaren en oefenen. Deze fungeren als referentiekader voor de geschreven module.

In dit geval wordt er onder de SOVA-groep een samenwerkingsverband verstaan tussen OP en BA/PMT die wekelijks een training aanbieden voor kinderen binnen de revalidatie die moeite hebben met sociale vaardigheden.

Deelvraag 3: Wat is het meest voorkomend probleem binnen de sociale vaardigheden in de groep? Terugkijkend naar de leerdoelen vanuit de ouders van de kinderen komt er vooral naar voren dat het kind aansluiting mist in diverse groepen. De aansluiting gaat ook op diverse manieren mis. Het ene kind maakt zichzelf het middelpunt en verzint iets anders om te doen dan het vastgestelde. Terwijl het andere kind in een sociaal isolement terecht komt of juist veel woede uit en agressief overkomt. Daarnaast komt er naar voren dat er last wordt ondervonden in het maken van contact met anderen het onderhouden van dit contact. In het eerste hoofdstuk staat aangegeven dat deze problemen binnen de sociale vaardigheden een probleem kan vormen in de verdere ontwikkeling van het kind en tevens ook in de volwassenheid.

Deelvraag 4: Welke thema's worden er behandeld bij de orthopedagoog en welke PMT?

Er worden binnen beide disciplines dezelfde thema's behandeld. Alleen is er vanuit de BA/PMT gekozen om bij de thema's passende PMT thema's aan te koppelen. Hier is bewust voor gekozen zodat er een duidelijk onderscheid zat tussen de beide lessen. Daarnaast is deze keuze ook gemaakt om zoveel mogelijk in beweging en interactie bezig te zijn met de thema's, zodat er minder veel stil gezeten en gepraat hoefde te worden.

Deelvraag 5: Wat heeft de PMT te bieden voor kinderen binnen de SOVA groep?

Al snel bleek dat de kinderen het vele gepraat bij OP vervelend vonden. Het was lastig voor hen om de aandacht erbij te houden. Binnen het eerste thema stond contact maken centraal en daarbij ook de lichaamshouding. Al snel was te zien dat de lichaamshouding niet overeen kwam met het geleerde. In plaats van een rechte houding en het aankijken van de ander, keken de kinderen de andere kant op, hingen ze onderuit in hun stoel of leunde ze tegen het meubilair aan. In de zaal is er een heel ander beeld te zien in deze vaardigheden. De kinderen kijken elkaar goed aan, zijn actief bezig, maar vervallen wel terug in het oude gedrag op het moment dat er nabesproken wordt in de kring.

Als antwoord op de vraag heeft de PMT afwisseling te bieden en het aanleren van de vaardigheden in sport en spelactiviteiten. Er wordt minder gepraat en meer direct geoefend in de praktijk vanuit de referentiekaders die eerder besproken zijn. Ook biedt de PMT een andere context, doordat deze sessies in de zaal worden gedaan leren ze in een andere omgeving met de vaardigheden te werken. Dit laat meteen al een transfer naar een andere situatie zien.

Deelvraag 6: Welke attitude, interventies heeft de orthopedagoog binnen de SOVA groep?

Deelvraag 7: Welke attitude, interventies heeft de PMT binnen de SOVA groep?

Deze twee deelvragen kunnen uiteindelijk samengevoegd worden. Doordat het een samenwerking is tussen de disciplines OP en BA/PMT zijn de attitudes en interventies afgestemd op elkaar. Beide disciplines hebben een steunende, directieve, maar vooral ook positief bekrachtigende attitude. Dit wordt zo ook ondersteund vanuit de Goldsteintraining (Stichting werken met Goldstein, 1997) en de overige literatuur besproken in hoofdstuk 1. Dit maakt een werkbare sfeer voor de kinderen waarbinnen ze zich veilig voelen. Een veilig klimaat daagt ook uit tot leren en het tonen van je eigen gevoelens en emoties. Daarnaast is de directieve attitude ook ondersteunend in het uitdagen van leermomenten. Kinderen weten dat ze aan de beurt komen en weten ook duidelijk wat er van hen gevraagd wordt. Er is op deze manier minder kans om uit het leermoment te ontsnappen.

Slotconclusie

Er is uiteindelijk een module geschreven die passend is bij de kinderrevalidatie in ViaReva. Deze module is dan ook met succes en veel enthousiasme gegeven. De module is gebaseerd op diverse literatuur die besproken is in hoofdstuk 1. Deze literatuur biedt een referentiekader voor hetgeen wat aangeboden wordt.

Er heeft geen effectmeting plaatsgevonden in de vorm van vragenlijsten, maar toch is er uit de evaluatie duidelijk naar voren gekomen dat een aantal kinderen een duidelijke veranderingen hebben doorgemaakt. Dit konden ze zelf ook verwoorden naar de groep toe. Een aantal van deze veranderingen door het kind zelf benoemd zijn ook terug te vinden binnen de resultaten.

Onderling zijn de kinderen een hechte groep geworden wat ze zelf hebben benoemd. Dit is door de begeleiding ook waargenomen. De groep werd een groep waarbinnen de kinderen hun emoties en gevoelens aan elkaar durfden te delen om zo stappen voorwaarts te maken. Ze waren steunend en helpend naar elkaar binnen de opdrachten en wisten op een juiste manier elkaar bijvoorbeeld te complimenteren of te bedanken voor een compliment.

De thema's hebben de juiste aansluiting gehad bij de groep gezien de vorderingen die gemaakt zijn. De opbouw in de thema's maakte dat de moeilijker thema's waarbij gevoel en emoties benoemd moesten worden op het juiste moment in het programma zaten. Er was toen al sprake van een veilig groep om in te leren.

Er is ook te concluderen dat de PMT zeker een bijdrage heeft geleverd binnen de training. De combinatie van OP en BA/PMT is voor mij een hele positieve geweest. De ene week konden we middels theorie uitleg en rollenspellen een start maken met het thema. Een week later kon er in de zaal geoefend worden in de zaal middels sport- en spelactiviteiten wat in eerste opzicht al een transfer was naar een andere situatie en daarnaast ook actieve manier van omgaan met de theorie. Hieraan geven de kinderen ook duidelijk voorkeur. Het vele stil zitten en opletten kostte veel energie en moeite waar in de zaal lekker bewegelijk gewerkt kon worden en minder stil gezeten hoefde te worden.

Hoofdstuk 5: Discussie en Aanbevelingen

5.1 *Discussie*

Het doel van het onderzoek was het schrijven van een module sociale vaardigheden en daarnaast ook een effect te meten van wat deze training op zou leveren voor de kinderen. Om het effect in kaart te brengen zou er gebruikt gemaakt worden van de huiswerkopdrachten meegegeven vanuit de BA/PMT sessies. Hierin moesten de kinderen zichzelf een cijfer geven voor hen functioneren. Al snel bleken dat ze zichzelf alleen maar tien gaven en bestond het vermoeden dat het formulier op de “automatische piloot” werd ingevuld. Daarom is besloten om het geven van een cijfer te veranderen in de vorm van het waarderen van matig, voldoende of goed. Dit heeft geen verandering te weeg gebracht. Dit heeft dat voor het onderzoek ook niets opgeleverd. De keuze werd dan ook gemaakt om hiervan af te stappen en alleen maar af te gaan op de eigen bevindingen vanuit de behandelingen. Daarnaast werden de bevindingen van ouders en de kinderen zelf ook meegenomen. In de laatste les is er afgesloten met een evaluatie waarin een aantal kinderen een mooie en geslaagde veranderingen benoemden. Voor het doen van een effectmeting op papier zal naar andere instrumenten gezocht moeten worden waarna ook zal verwijzing gedaan zal worden in de aanbevelingen.

Er is nog wel een kanttekening te maken bij de samenstelling van de groep. De grootte van de groep, zes kinderen, was een prima grootte om mee te werken. De kanttekening hierbij is dat er onderling in de leeftijd verschillen te merken waren. De kinderen in de leeftijd van tien jaar zaten meer in het speelse niveau, waar de oudere kinderen al meer bezig zijn met de eigen ontwikkeling. Dit maakt dat er soms binnen de groep op twee niveaus gewerkt moest worden en er niet als een geheel samengewerkt kon worden.

5.2 *Aanbevelingen*

Zoals hierboven al genoemd beveel ik aan om te werken met vragenlijsten die vooraf afgenomen worden bij de kinderen als nulmeting en aan het einde wederom worden ingevuld om zo een duidelijke effectmeting op papier te hebben.

Toch heeft het aanbieden van deze module en het onderzoek hier naar aangetoond dat het van wezenlijk belang is dat er binnen de kinderrevalidatie gewerkt moet worden aan sociale vaardigheden als onderdeel van sociaal-emotionele ontwikkeling. Psychomotorische therapie is daarvoor een goed middel. Het vele stil zitten en praten, wordt door kinderen als vervelend en vermoeiend ervaren. Door de dynamische sport- en spelactiviteiten die je als PMT'er aan kan bieden, geef je de kinderen toch een mogelijkheid om een achterstand in bijvoorbeeld de sociale vaardigheden in te halen. In dit onderzoek zijn de sociale vaardigheden eruit gelicht, maar persoonlijk denk ik dat je als PMT'er op het gehele gebied van de sociaal-emotionele ontwikkeling een rol kan betekenen voor het kind binnen de revalidatie. Dit geheel ter ondersteuning in het revalidatie proces, zodat een kind op latere leeftijd tegen zo min mogelijk problemen aanloopt die in de jeugd verholpen of voorkomen hadden kunnen worden.

Bij het samenstellen van de groep zou er aangeraden kunnen worden om te kijken naar het niveau van de emotionele ontwikkeling, zodat deze niet te ver uit elkaar ligt. Dit draagt bij aan de samenwerking onderling in de groep en daarbij ook aan het proces van het kind.

Literatuurlijst.

- *Aandoeningen van perifere zenuwen en de plexus.* (2004, Augustus 1). Opgeroepen op Mei 23, 2011, van Neurochirurgie Zwolle: http://www.neurochirurgie-zwolle.nl/PZP_perifere_zenuwen.html
- Bartelds, A. (2001, augustus). Het sociale-competentiemodel en de kinder- en jeugdpsychotherapie ~ Ontstaan, betekenis, stand van zaken, toekomst. *Kinder- en jeugdpsychotherapie*, 28(2).
- Collot d' Escury-Koenigs, Annemat; Engelen-Snaterse, Tineke; Mackaay-Cramer, Ellen. (1995). *Sociale vaardigheidstrainingen voor kinderen*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- *Dr. Mortelé, orthopedie.* (2009). Opgeroepen op Mei 23, 2011, van Orthopedist Dr. Hans Mortelé - Orthopedie en Traumatologie: <http://www.mortele.info/patienteninfo/heup/heupdysplasie.asp>
- Glassman, W. E. (1998). *Stromingen in de psychologie*. Baarn: Houtgevers.
- Meihuizen-de Regt, M., de Moor, J., & Mulders, A. (2003). *Kinderrevalidatie*. Assen: Koninklijk van Gorcum.
- *NFU TRF | Obstetrische Plexus Brachialis Letsel (OPBL).* (2007-2010). Opgeroepen op mei 23, 2011, van NFU TRF: <http://www.nfu.nl/trf/index.php?id=9&hoofdstuk=6&trf=474>
- *Rationeel Emotieve Therapie (RET): ABC/5 g's/ psychologie.* (2009, maart 25). Opgeroepen op juni 10, 2011, van InfoNu.nl - Een Online Bibliotheek met Informatie van A tot Z: <http://mens-en-samenleving.infonu.nl/psychologie/33585-rationeel-emotieve-therapie-ret-abc5-gs-psychologie.html>
- Rigter, J. (2008). *Het palet van de psychologie*. Bussum: Coutinho.
- Simos, Gregoris. (2004). *Cognitieve gedragstherapie. Handleiding voor de praktijk*. Baarn: Houtgevers.
- Stichting werken met Goldstein. (1997). *Reader SoVa, Sociale Vaardigheden Training*.
- *Wat is Cerebrale Parase (CP)?* (sd). Opgeroepen op Mei 23, 2011, van Revalidatiecentrum de Hoogstraat: http://www.dehoogstraat.nl/revalideren/kinderenenjongeren/aandoening/cerebrale_parese/cerebrale_parese/1._wat_is_cerebrale_parese_cp
- *Wat is DCD?* (2010). Opgeroepen op Mei 23, 2011, van Balans Digitaal: <http://www.balansdigitaal.nl/stoornissen/dcd/wat-is-dcd/>
- Weerman, A. (2006). *Zes psychologische stromingen & één client*. Soest: Uitgeverij Nelissen.
- Zimbardo, P. G., Weber, A. L., & Johnson, R. L. (2005). *Psychologie een inleiding*. Amsterdam: Pearson Education Benelux.

Bijlagen.

Bijlage 1:



Sociale vaardigheidstraining

Tijdens de sociale vaardigheidstraining (SOVA-training) op ViaReva zal er om de week een programma in de grote oefenzaal plaatsvinden. Tijdens dit programma zullen de sociale vaardigheden in een aantal sport- en spelactiviteiten geoefend worden. Hierbij staat meestal een thema centraal wat middels deze brief kort wordt uitgelegd. Daarnaast wordt er van jullie een reactie gevraagd.

Hierdoor krijgen we zicht op hoe je de activiteiten ervaren hebt, wat er bij jou leeft en het geeft mogelijk handvatten voor een vervolg. Dit vraagt van jullie een (korte) reactie, waar je ouders bij mogen helpen, dan wel ook inbreng kunnen hebben.

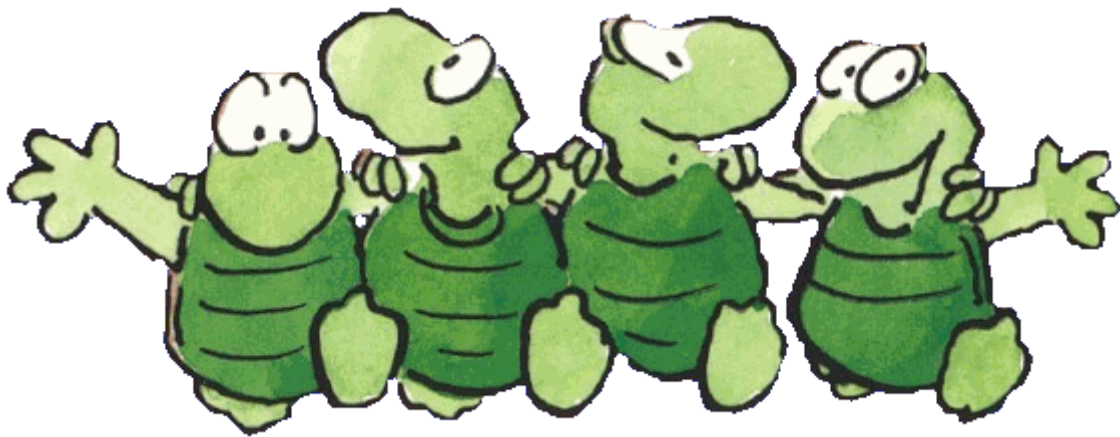
Datum:
Week Thema('s): (met een eventuele korte uitleg)
Activiteit: (korte omschrijving waarbij je zelf uitleg kan geven - aan bijvoorbeeld je ouders - over de gedane activiteiten)
Wat vond ik van de activiteiten? Wat is me bijgebleven, wat kan ik me nog herinneren van het thema, hoe was het in de groep en eventuele andere zaken die zijn opgevallen.
Kan je iets positiefs noemen van vandaag? Wat heb je erg leuk gevonden (welke activiteit vond je het leukst) of waar ben je bijvoorbeeld trots op.
Kan je iets negatiefs noemen? Wat vond je niet leuk, waar heb je geen plezier bij gehad of vond je misschien wel spannend.
Rapportcijfer Als je de les zelf een cijfer moest geven dan was dat een: Als je jezelf en je eigen inbreng een cijfer moest geven dan was dat een:

Bijlage 2:

Module

‘Kanjert Training’

Een module sociale vaardigheden voor in de
Kinderrevalidatie.



Gemaakt door: Martine Geerts

Klas: 4PB

In Samenwerking met: Arno van Kasteren, Mariska Booltink en Lenny te Wierik
Voorjaar 2011

Inhoudsopgave

	Blz.
1. Inleiding	25
2. De doelgroep	26
3. Doelen	27
4. Referentiekader	28
5. Behandeling	29
6. Evaluatie	31
7. Valkuilen en oplossingen	32
8. Literatuur	33
9. Bijlagen	34

Inleiding

Deze module “Kanjer Training” gaat over het sociale vaardiger maken van kinderen binnen de kinderrevalidatie als aanvulling op de revalidatie. Het is de bedoeling dat de kinderen na het volgen van deze module meer sociale vaardigheden hebben om in diverse situatie sociaal vaardig kunnen reageren en omgaan met anderen.

De module “Kanjer Training” is ontwikkeld door Martine Geerts, stagiaire bewegingsagogie, in samenwerking met Arno van Kasteren (bewegingsagoog), Mariska Boolsma (orthopedagoog) en Lenny te Wierik (stagiaire orthopedagogie), allen werkzaam of stagiaire bij ViaReva revalidatiegeneeskunde. Deze module is geschreven in het voorjaar van 2011 als onderdeel van een scriptie over sociale vaardigheden binnen de kinderrevalidatie.

Deze module zal door bewegingsagoog/psychomotorische therapeut (BA/PMT) en de orthopedagoog (OP) worden aangeboden. Wekelijks afgewisseld zal er een bijeenkomst plaats vinden bij de orthopedagoog en BA/PMT plaats vinden.

Het cliëntcontact zal poliklinisch plaatsvinden. De gymzaal en vergaderzaal die op de locatie aanwezig is waar de Orthopedagogen en Bewegingsagogen werken, zal hiervoor gebruikt worden. De cliënten komen voor therapie en gaan daarna weer gewoon naar huis.

Deze module is ontwikkeld, als een vervolg van de sociale vaardigheidstraining die vorig jaar is gegeven bij ViaReva. Het wekte mijn nieuwsgierigheid als stagiaire hoe ik pmt kon inzetten binnen de kinderrevalidatie. Door het aanbieden van deze training en het schrijven van deze module wil ik laten zien dat je als pmt'er ook iets kan betekenen voor kinderen in de revalidatie buiten het motorische aspect om.

Doelgroep

Deze module is bedoeld voor jongeren tussen de acht en twaalf jaar die een lichamelijke beperking en moeite ondervinden op sociaal vlak. De hulpvraag van deze kinderen komt veelal uit de ouders die zien dat hun kinderen niet altijd aansluiting vinden binnen groepen als de schoolklas of de sportvereniging.

Contra-indicaties

Om deel te nemen aan de behandeling mogen de cliënten geen verstandelijke beperking hebben en dienen in staat te zijn verbaal te communiceren.

Randvoorwaarden voor de cliënt

De module is ontwikkeld voor kinderen die tussen de acht en twaalf jaar oud zijn. Het intelligentie quotiënt van deze kinderen behoort minimaal 90 te zijn. De module wordt gegeven aan jongeren zonder verstandelijke beperking. Bovendien wordt er van de kinderen verwacht dat ze kunnen functioneren binnen een groep.

Doelen

Algemeen Doel:

Het vergroten van de sociale vaardigheden van de kinderen.

Specifieke doelen:

- Het verbeteren van de lichaamshouding o.a. stevig leren staan
- De eigen grenzen ontdekken en dit aan kunnen geven
- Vergroten van het zelfvertrouwen
- Assertieve worden

Meetbare doelen:

Er worden met toestemming van de cliënten foto's en/of filmpjes van verschillende momenten van de therapie gemaakt als vergelijkingsmateriaal. Door het maken van foto's en/of filmpjes kan je als behandelaar zien of de cliënten veranderingen tonen in hun lichaamshouding, het aangeven van grenzen en hun assertiviteit.

Bij aanvang en aan het einde van de training zal er een vragenlijst omtrent zelfvertrouwen worden afgenomen om een beeld te krijgen hierin en of dit na twaalf weken is gegroeid.

- Na twaalf weken is de lichaamshouding van de cliënt verbeterd en de cliënt staat steviger.
- Na twaalf weken weet de cliënt zijn/haar grenzen en kan hij/zij deze ook aangeven.
- De cliënt scoort na twaalf weken hoger op een vragenlijst over zelfvertrouwen
- Na twaalf weken is de cliënt beter in staat om een conflict op te lossen

Referentiekader

We zullen in deze therapie vooral uitgaan vanuit de oefen gerichte en ervaringsgerichte kaders. Een groot deel zal bestaan uit cognitieve gedragstherapie. Hierbij zullen we veelal werken met het G-schema¹. Het G-schema gaat uit van de vijf G's. Dit zijn: gebeurtenis, gedachte, gevoelens, gedrag en gevolg.

Gebeurtenis: Waar was ik, met wie, wat gebeurde er?

Gedachten: Wat ging er door mijn hoofd? Wat dacht ik of zei ik tegen mezelf? Wat vond ik ervan?

Gevoelens: Wat voelde ik, welke emoties had ik?

Gedrag: Wat deed ik? Hoe reageerde ik?

Gevolg: Wat gebeurde er daarna? ²

Daarnaast is vanuit de Goldsteintraining, een sociale vaardigheidstraining, de vaardigheden van de standaardtraining overgenomen.³

De negen vaardigheden uit deze standaardtraining zijn:

1. Kennismaken
2. Luisteren
3. Iets vragen
4. Nee zeggen
5. Een praatje beginnen
6. Iets bespreken
7. Kritiek ontvangen
8. Kritiek geven
9. Omgaan met gevoelens (boosheid, teleurstelling, complimenten)

Deze thema's komen terug in de door de orthopedagoog gebruikte literatuur, *Spelend leren, leren spelen*⁴ voor het schrijven van de sessie bij de orthopedagoog.

¹ Weerman A (2006). *Zes psychologische stromingen één cliënt*. Soest: Uitgeverij Nelissen,

² <http://www.be66.eu/Arduin/pdf/HET%20G%20Schema.pdf>

³ Zee, S. van der, Molen, H. van der & Broek, D. van der (1989). *Pratijkboek Goldsteintraining*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

⁴ Reenders, R. & Spijker, W. (1996). *Spelend leren, leren spelen*. Assen: Van Gorcum.

Behandeling

Arrangementen

Tijdens de sessie in de zaal bij BA/PMT zal er zowel gebruik worden gemaakt van arrangementen/situaties vanuit de bewegingscultuur en uit de lichaamservaring cultuur. Er wordt geprobeerd om tijdens de sessies een afwisseling tussen deze twee te hebben. Bij OP zal er een afwisseling plaats vinden in theoretische uitleg van de uitleg en het oefenen in bijvoorbeeld rollenspellen.

In bijlage 1 is zijn alle thema's en de daarbij behorende activiteiten toegevoegd en uitgeschreven.

Behandelstrategieën en interventies

Tijdens de therapie maken we gebruik van twee behandelstrategieën, namelijk oefen gerichte strategie en de ervaringsgerichte strategie. Deze strategieën zullen ieder elke sessie van de therapie naar voren komen. Vaak zullen ze elkaar overlappen binnen de sessies en de activiteiten. Het zal binnen de sessie vaak voorkomen dat er eerst een ervaring worden opgedaan, er daarna geoefend wordt en er tot slot een nieuwe verrijkende ervaring wordt opgedaan.

De therapeutische interventies die er tijdens de therapie gebruikt zullen worden zijn: informatie geven, spiegelen en instructies geven.

Therapeut

Bij de therapie zijn er twee therapeuten, bewegingsagoog en orthopedagoog, aanwezig. Als het mogelijk is één mannelijke therapeut en één vrouwelijke therapeut. Hiervoor is gekozen vanwege de heterogene samenstelling van de therapiegroep.

Iedere week zal één therapeut verantwoordelijk zijn voor het uitleggen van de activiteiten. De cotherapeut helpt de andere hoofdtherapeut bij het geven van instructies als de cliënten zelf bezig gaan met de activiteit. De therapeuten kunnen wekelijks wisselen van rol. Hierbij is het wel belangrijk dat de cliënten weten welke rol de therapeut bij iedere sessie heeft.

Therapeutische attitude

Bij aanvang van de therapie en de eerste sessies zal de attitude steunend zijn om een veilig klimaat te creëren naar alle deelnemers en voor de groepscohesie. Later zal de therapeut meer verdiepend zijn en wellicht confronterend in het hoe kind zich presenteert en met de lesstof omgaat. Te allen tijde dient de therapeut de cliënt positief te bekrachtigen om een zo goed mogelijke verandering te laten plaats vinden en het zelfvertrouwen te vergroten in het aanleren van de nieuwe vaardigheden.

Groep of individueel

De therapie is een groepstherapie. Het leren vind plaats in interactie met de groepsgenoten. In veel gevallen zal er gevraagd worden om te werken in tweetallen.

Er is sprake van een gesloten groep. Het begin en het einde van de therapie zijn vastgesteld en er kan geen instroom plaats vinden. Dit houdt de samenstelling waarmee de therapie begint ook de samenstelling is waarin de therapie eindigt.

De samenstelling van de groep is heterogeen. De therapie is bedoeld voor lichamelijke beperkte kinderen tussen de acht en twaalf jaar die problemen hebben met weerbaarheid. De mate waarin de problematiek voorkomt is niet belangrijk voor deelname aan de therapie.

De groepsgrootte is maximaal acht cliënten. Het is belangrijk dat er een even aantal is, omdat er veel zou worden gewerkt in tweetallen.

Frasering

Er wordt behandelend naar aanleiding van een aantal thema's. Er is een planning over welk thema welke week aanbod zal komen. Verder zal er aan het begin van de therapie nog veel aandacht besteedt worden aan de veiligheid van de kinderen. Dit zal in de loop van de therapie minder gaan worden.

Opbouw sessies

De sessies beginnen met de opening. Er wordt besproken wat er zal worden gedaan en eventueel zullen de huiswerkopdrachten van de week ervoor besproken worden. Hierna zal er worden overgegaan tot de activiteiten. Tussen iedere activiteit vindt er een korte bespreking plaats. Als laatste activiteit van de sessie in de zaal bij de BA/PMT zal er worden afgesloten met een spel waarin veel van het geoefende weer terugkomt. Tot slot zal de sessie kort worden nabesproken en wordt er eventueel huiswerk meegegeven.

Huiswerk

Huiswerk wordt gegeven in korte opdrachten die thuis of in een andere situatie buiten de therapie moeten worden uitgevoerd. Het kan gaan om een herhaling van wat er tijdens de therapie is gedaan of opdrachten waarin wordt geoefend met dat wat er tijdens de therapie is gedaan. Het huiswerk vanuit de orthopedagoog komt uit de training, *Spelend leren, leren spelen*⁵. Daarnaast wordt er gevraagd naar de beleving van de kinderen, wat ze leuk, minder leuk of wellicht spannend vonden. Door het geven van cijfers aan zichzelf en aan de les wordt er getracht een lijn te zien in hoe het kind naar zichzelf kijkt, positief dan wel negatief. Van beide vormen huiswerk zal een voorbeeld zijn toegevoegd in bijlage 2.

Organisatie

De sessies zullen wekelijks plaats vinden (op de woensdagmiddag) van 16.00 tot 17.00 uur. Elke sessie duurt 60 minuten. De totale therapie zal 12 weken duren, dit zijn in totaal 12 sessies.

Het is mogelijk om halverwege, na ongeveer 6 weken, de ouders uit te nodigen om een blik te geven waar hun kind aan werkt en hoe dit plaats vindt.

⁵ Reenders, R. & Spijker, W. (1996). *Spelend leren, leren spelen*. Assen: Van Gorcum.

Evaluatie

In deze module evalueren we aan de hand van effecten. Wat zijn de verschillen die we zien en het voor en na. We maken gebruik van twee manieren om de effecten van de behandeling in kaart te krijgen. Door het niveau van de deelnemers hebben we voor twee manieren gekozen. Mocht het ene problemen geven of niet passend zijn bij het niveau kan er nog worden teruggevallen op de andere manieren. Ook krijgen we zo een breder inzicht in de effecten. Het uitgangspunt is dat er gebruik wordt gemaakt van beide manieren om een zo duidelijk mogelijk beeld te krijgen van de effecten van de behandeling.

Zoals al eerder beschreven willen we in deze module gaan werken met vragenlijst, maar ook met beeldmateriaal. We hebben hier voor gekozen omdat je met beeldmateriaal dingen duidelijk een voor en na kan laten zien. Het invullen van vragenlijsten vraagt enige moeite van de cliënten en zal wellicht ook onder begeleiding moeten gebeuren van iemand. Denk hierbij aan ouder, verzorger. Om toch een duidelijk beeld te schetsen hebben we zo twee mogelijkheden om met de cliënten te kunnen evalueren. Zo kunnen we hen duidelijk de verschillen teruggeven.

Bij het beeldmateriaal denken we aan het gebruik van foto- en filmmateriaal. Foto's vooraf genomen bij de intake, eerste sessie. Hoe staat de cliënt, hoe komt de cliënt over op anderen. Misschien staat de cliënt wel helemaal niet stil bij zijn eigen voorkomen. Door het maken van foto's is het tastbare informatie die duidelijk aan geeft hoe de cliënt zich presenteert. Halverwege de behandeling kan er een tussenstand gemaakt worden door opnieuw maken van foto's waarbij gekeken kan worden of er al veranderingen te zien. Aan het einde worden er weer foto's gemaakt om te kijken wat de verschillen tussen het begin, tussendoor en aan het einde. De grootste verschillen zullen waarschijnlijk te zien zijn tussen het begin en het einde. Naast het gebruik van de foto's wordt er ook gebruik van filmmateriaal. Ook hierin kunnen we verschillen analyseren van het begin, tussendoor en het einde. Bij filmmateriaal komt stemgebruik ook naar voren en is het niet een zodanig momentopname als bij foto. Film is dynamischer en kunnen andere dingen uitgepikt worden. Dit kan ook als evaluatiemiddel gebruikt worden.

Door het gebruik van bovenstaande middelen kunnen wij als PMT-ers de resultaten duidelijk in beeld krijgen. Zo kunnen er grote verschillen zijn tussen begin en eind, maar het kan ook niet zo zijn. Het beeldmateriaal is dan een manier om de situatie duidelijk in kaart te brengen. Is het misschien nodig om meer aandacht aan uitstraling te besteden indien er weinig verschillen te zien tussen voor en na in de groep. En zo kunnen meer vragen bovenkomen waarna het module wellicht aangepast moet worden.

Naast het gebruik van foto- en filmmateriaal hebben wij er ook voor gekozen om gebruik te maken van vragenlijsten. Deze vragenlijst is gebaseerd op een Vragenlijst Zelfvertrouwen (M. Banks, 1976⁶) en is toegevoegd als bijlage 3 in deze module. We hebben het origineel enigszins aangepast naar het niveau van onze cliënten. Eventueel zal het nodig zijn, indien dit mogelijk is dat de cliënten deze lijsten vooraf en achteraf invullen onder begeleiding. De vragenlijst is ook een vergelijkingsmiddel om te kijken hoe de situatie voor aanvang is en na de behandeling. Zijn er duidelijke verschillen te ontdekken bij de invulling van deze vragenlijst of juist niet. Ook deze bevindingen kunnen weer als leidraad gebruikt worden om eventueel aanpassingen door te voeren in het aangeboden programma.

⁶ <http://www.zelfvertrouwen.nl/page.php?page=367> vragenlijst zelfvertrouwen (M. Banks, 1976)

Valkuilen en oplossingen

Een valkuil zou de vragenlijsten kunnen zijn die gebruikt worden om de effecten van de behandeling in kaart te brengen. Het kan zijn dat een kind geen hinder ondervindt in het zelfvertrouwen, maar toch op sociale vaardigheden vastloopt. Een mogelijke oplossing is om de vragenlijst nog meer aan te passen, zodat deze passend is bij de meerdere thema's die aanbod komen.

Een andere valkuil zou kunnen zijn dat de foto's echt als momentopname telt en dat daarbij niet naar de context wordt gekeken. Het kan dan zijn dat de cliënt erop de foto's weerbaar uitziet, maar dat in andere contexten totaal niet is. In dit geval zouden we andere contexten moeten creëren opzoeken of meer gebruik moeten maken van filmopnames. Zo wordt de momentopname al iets vergroot.

Literatuur

Boeken:

Weerman A (2006). *Zes psychologische stromingen één cliënt*. Soest: Uitgeverij Nelissen,
Reenders, R. & Spijker, W. (1996). *Spelend leren, leren spelen*. Assen: Van Gorcum

Internet:

- <http://www.be66.eu/Arduin/pdf/HET%20G%20Schema.pdf>
- <http://www.zelfvertrouwen.nl/page.php?page=367> Vragenlijst zelfvertrouwen (M. Banks, 1976)

Bijlage

Bijlage 1:

SOVA Training Thema's

Thema's vanuit de orthopedagoog aan de hand van Spelend leren, leren spelen: Rudy Reenders & Wil Spijker

- Kennismaken & Laten zien dat je luistert
- Iets aardigs zeggen over jezelf & iets aardigs zeggen tegen een ander
- Gevoelens en emoties en start 4 G's
- Gebeurtenis, gevoel, gedachte en gedrag (GGGG-model)
- Vragen of je mee mag doen & Nee zeggen
- Kritiek krijgen & Last hebben van een ander

PMT Thema's gekoppeld aan SOVA

Kennismaken en laten zien dat je luistert (week 1 & 2)

- Kennismaken
- Veiligheid
- Rekening houden met anderen
- Ontmoeten

Passende activiteiten:

- In een kring de bal overgooien. Je mag de bal pas overgooien als je contact hebt gemaakt met de ander. Eerst door elkaars naam te noemen, later door oogcontact te maken. Om het moeilijker te maken kunnen er meer ballen in het spel gebracht worden.
Andere uitbreiding is dat bij het overgooien ook een vraag wordt gesteld aan diegene. De persoon mag dan zelf bepalen of hij wel of niet antwoord geeft.
Andere uitbreiding hierop is dat men bij het gooien eerst de eigen naam noemt en dan met de voorletter van je naam een sport, televisieprogramma of hobby noemt. In mijn geval is dat dan Martine, mountainbiken. Om vervolgens voor het gooien oogcontact te hebben gemaakt met de ander die de bal vangt en benoemd wat diegene vertelde bij de eigen naam.
- Op zoveel mogelijk verschillende manieren bedenken hoe je elkaar kan groeten. Belangrijk is dat men na gaat wat prettig is, of juist minder prettig. Wat doen de diverse manieren van groeten met jezelf of met de ander.
- Er worden andere tweetallen gemaakt. Binnen de tweetallen zoeken de kinderen voor elkaar een voorwerp uit die men bij de ander vind passen. Ook zoekt elk kind voor zichzelf een voorwerp uit en verteld waar dit bij hem of haar past. Hierin kan het ook zo zijn dat het kind 2x hetzelfde voorwerp pakt. (hier een voorstelronde van gemaakt waarbij elk kind een voorwerp voor zichzelf pakt die hij of zij passend vindt).
- Het spel tienbal. Waarin de kinderen het geleerde in de praktijk kunnen brengen, door oogcontact te maken, zeker weten dat ze contact hebben door te knikken, elkaar aan te kijken zodat je binnen het team zo goed mogelijk kunt samenspelen.

Interventie: kinderen duidelijk wijzen op de manieren van samenspelen. Wat heb je net geleerd en hoe kun je dit in de praktijk brengen in dit spel.

Iets aardigs zeggen over jezelf & iets aardigs zeggen tegen een ander (week 3 & 4)

- (Zelf)vertrouwen

Passende activiteiten

- We spelen bijvoorbeeld blokjesvoetbal, dit kan ook een ander spel zijn als tikkertje. Vooraf worden er tweetallen gemaakt. Deze tweetallen letten tijdens het spel op elkaar. Aan het einde wordt er geëvalueerd met de zin: Ik vond het goed van (de ander) dat.. Beide kinderen benoemen iets positiefs van elkaar uit het spel.
- Interventie: Binnen dit spel kan je ook mensen andere rollen geven. Als een kind eerst “zo bang als een muis is” die vervolgens de rol te geven om zo “aanvallend als een leeuw” te zijn. Hierin verwerken we zoveel mogelijk metaforen die kinderen aanspreken en rollen die veranderingen te weeg brengen.
- Koehandel. Er worden tweetallen gemaakt. Samen ga je met je tweetal op een lijn staan. Van te voren wordt afgesproken tot welke lijn er gerend wordt. Het ene kind neemt plaats voor het andere kind. Als eerst mag het voorste kind de hand afklappen bij de ander (net als bij de koeienhandel). Dit is het startschot om te rennen naar de andere lijn. Het achterste kind moet tussen de lijnen proberen om het voorste kind te tikken. Later kan je ook afspreken dat het achterste kind bepaald wanneer er afgeklapt wordt. En als allerlaatste dat er niet is afgesproken wie als eerste afklapt, maar dat ze allebei mogen. Hierin kan je zien of een kind afwachtend is, initiatief durft te nemen. Maar daarnaast ook of diegene let op (non)verbale communicatie van de ander.

Gevoelens en Emoties, start 4G's (Gebeurtenis, Gedachte, Gevoel, Gedrag) (week 5 & 6)

- Emoties (de 4 B's → Boos, blij, bang en bedroefd)

Kleine activiteiten doen in tweetallen. Hierbij bijvoorbeeld een mik activiteit:

- Zakjes mikken in (kleine)hoepels op kleur (gedaan)
- Zakjes mikken op gekleurde stippen. Stippen bij elkaar
- Boter, kaas en eieren spelen op de vloer
- Miksituatie met voetbal en kegels.
- Zo hoog mogelijke toren bouwen met blokken in estafette vorm, evt. ook samen. (gedaan)
- Zoveel mogelijk scoren op basket, of korf
- Hooghouden pingpong bal op batje
- Overgooien met zijn tweeën op zoveel mogelijk manieren

Interventies: regelmatig na gedane stappen in een activiteit terug vragen aan de kinderen: Wat gebeurde er, wat was je gedachte, wat voelde je en hoe reageerde (gedrag) je toen? Bewustwording van gedrag.

4 G's (week 7 en 8)

- Emoties
- Gevoelens
- Interactie met de ander

Passende activiteiten

- Samen met elkaar moeten ze van de ene kant van de zaal naar de andere kant komen. Hierbij krijgen ze een aantal materialen mee die ze onderweg mogen gebruiken om zichzelf te verplaatsen (hoepels) en daarnaast krijgen ze ook een aantal voorwerpen mee die ze naar de overkant moeten brengen. Ze mogen niet op de grond komen (tenzij ze in een hoepel staan) en wordt er een fout gemaakt dan moeten ze opnieuw starten. Dit spel spelen ze eerst samen als groep en later eventueel tegen elkaar (drie tegen drie).

- Tikspel met bal. 6 spelers, waarvan 1 tikker en 5 lopers. Van de 5 lopers hebben 4 een bal. Diegene die de bal in bezit hebben kunnen niet getikt worden. Als je getikt wordt ben je de tikker. Door met elkaar samen te werken als lopers kun je het de tikker zo moeilijk mogelijk maken. Of juist de tikker makkelijk maken als er minder wordt samen gewerkt.

Interventies: door te observeren welke rollen de kinderen aannemen binnen het spel later ervaren welke hoe het is om een andere rol aan te nemen. Bijv. bij veel praten juist niet praten, bij het zorgend naar een ander juist heel erg zorgend voor jezelf, of juist leiding geven indien iemand hier moeite mee heeft.

Afhankelijk van de veiligheid in de groep kun je of in zijn algemeenheid de rollen die je gezien hebt teruggeven, of de persoon benoemen bij de rol die je gezien hebt. Dit laatste kan erg confronterend werken.

Vragen of je mee mag doen en nee zeggen (week 9 & 10)

- Assertiviteit
- Leiden en volgen
- Ruimte innemen

Passende activiteiten

- Zoek een prettige plek in de ruimte uit en baken daar je eigen plek af. Maak het er aangenaam, neem eventueel wat spullen in je plek die een betekenis hebben of bijvoorbeeld mooi zijn. Alle spullen uit de zaal en de kasten kunnen gebruikt worden. Na het maken van een eigen plekje kan je vragen of je bij een ander op bezoek mag. Waarom wel en waarom niet? Als de ander iets heeft wat jij graag wil hebben kan je vragen of je dat mag hebben enz.
- Er liggen drie matjes op de grond. Bij elk matje gaat een tweetal staan. Deze moeten ze zelf maken. Het tweetal bepaald zelf wie als eerst op het matje gaat staan en wie gaat vragen of hij of zij erbij mag. Diegene die op het matje staat kan op diverse manieren reageren. Heel rustig, of heel fel. De vrager kan ook diverse strategieën hanteren. Doorzeuren, boos worden, of snel afhaken (1 keer vragen)
- Eigen keuze in afsluitend tikspel → hoe werkt de besluitvorming in de groep.

Kritiek krijgen en last hebben van een ander (week 11 & 12)

- afstand en nabijheid
- frustratie

Passende activiteiten

- Spel zonder grenzen (wel afgebakend met een bal en een vast veld). Het spel wordt begonnen met een bal. Er zijn geen regels en de spelvorm ligt nog niet vast. (wel staat de veiligheid altijd voorop!!). Ben je het ergens niet mee eens of wil je graag een regel, dan ga je op de bank staan en vraag je de aandacht. Op deze manier kan je een regel toevoegen om het spel te veranderen.
- Boompje verwisselen als intro, of afsluiting. Hierbij moet er gelet worden op elkaar en kunnen we eigenlijk alles wat we de afgelopen weken hebben behandeld terug zien.

Bijlage 2:



Sociale vaardigheidstraining

Tijdens de sociale vaardigheidstraining (SOVA-training) op ViaReva zal er om de week een programma in de grote oefenzaal plaatsvinden. Tijdens dit programma zullen de sociale vaardigheden in een aantal sport- en spelactiviteiten geoefend worden. Hierbij staat meestal een thema centraal wat middels deze brief kort wordt uitgelegd. Daarnaast wordt er van jullie een reactie gevraagd.

Hierdoor krijgen we zicht op hoe je de activiteiten ervaren hebt, wat er bij jou leeft en het geeft mogelijk handvatten voor een vervolg. Dit vraagt van jullie een (korte) reactie, waar je ouders bij mogen helpen, dan wel ook inbreng kunnen hebben.

Datum:
Week Thema('s): (met een eventuele korte uitleg)
Activiteit: (korte omschrijving waarbij je zelf uitleg kan geven - aan bijvoorbeeld je ouders - over de gedane activiteiten)
Wat vond ik van de activiteiten? Wat is me bijgebleven, wat kan ik me nog herinneren van het thema, hoe was het in de groep en eventuele andere zaken die zijn opgevallen.
Kan je iets positiefs noemen van vandaag? Wat heb je erg leuk gevonden (welke activiteit vond je het leukst) of waar ben je bijvoorbeeld trots op.
Kan je iets negatiefs noemen? Wat vond je niet leuk, waar heb je geen plezier bij gehad of vond je misschien wel spannend.
Rapportcijfer Als je de les zelf een cijfer moest geven dan was dat een: Als je jezelf en je eigen inbreng een cijfer moest geven dan was dat een:

Bijlage 3:

Aangepaste vragenlijst naar niveau cliënten, naar origineel van M. Banks, 1976⁷

Vragenlijst Zelfvertrouwen

Instructies: Hieronder staan een aantal vragen en bij elke vraag heb je de keuze uit drie antwoorden: ja - nee of soms.

Kruis het antwoord aan dat op jou van toepassing is.

Er mag slechts één antwoord per vraag gegeven worden. Graag eerlijk invullen!

- 1) Heb je moeite met het vinden van goede vrienden?
☐ Ja ☐ Nee ☐ Soms
- 2) Kijk je vaak in de spiegel om te kijken of je er leuk uit ziet?
☐ Ja ☐ Nee ☐ Soms
- 3) Vind je dat andere mensen altijd worden voorgetrokken?
☐ Ja ☐ Nee ☐ Soms
- 4) Heb je vaak kritiek op jezelf? Ben je vaak niet blij met jezelf?
☐ Ja ☐ Nee ☐ Soms
- 5) Ben je verlegen of bang om iets te gaan doen wat je niet kent?
☐ Ja ☐ Nee ☐ Soms
- 6) Controleer je steeds weer of je taken goed hebt gedaan om jezelf te controleren?
☐ Ja ☐ Nee ☐ Soms
- 7) Ontloop je spreken in het openbaar?
☐ Ja ☐ Nee ☐ Soms
- 8) Vind je dat je 'nooit eens geluk hebt'?
☐ Ja ☐ Nee ☐ Soms
- 9) Heb je het gevoel dat je toch nooit iets tot zult bereiken?
☐ Ja ☐ Nee ☐ Soms
- 10) Raak je gauw in verlegenheid?
☐ Ja ☐ Nee ☐ Soms
- 11) Heb je het gevoel dat je je in maatschappelijke situaties niet op je gemak voelt?
☐ Ja ☐ Nee ☐ Soms
- 12) Denk je dat het je nooit zal lukken om je verlangens, wensen in je leven te vullen?
☐ Ja ☐ Nee ☐ Soms
- 13) Geloof je dat anderen je pogingen om iets te bereiken hebben gehinderd?
☐ Ja ☐ Nee ☐ Soms
- 14) Denk je veel na over je slechte kanten?
☐ Ja ☐ Nee ☐ Soms
- 15) Stel jij je vaak voor dat je iemand anders was?
☐ Ja ☐ Nee ☐ Soms
- 16) Vergelijk jij je vaak met anderen?
☐ Ja ☐ Nee ☐ Soms
- 17) Ben je bang voor mislukkingen, dingen mis gaan?

⁷ <http://www.zelfvertrouwen.nl/page.php?page=367> vragenlijst zelfvertrouwen (M. Banks, 1976)

O Ja O Nee O Soms

18) Ben je jaloers op de bezittingen van anderen?

O Ja O Nee O Soms

19) Ben je vaak bang om je in het openbaar te laten zien?

O Ja O Nee O Soms

20) Ben je jaloers op het gedrag van andere mensen?

O Ja O Nee O Soms

Scoring: Geef jezelf een **8** bij alle vragen waarop je 'Ja' hebt geantwoord. Geef jezelf een **7** voor alle vragen waarop je 'Soms' hebt gescoord. Geef een **0** bij alle vragen waarop je met 'Nee' hebt geantwoord. Tel het totaal aantal punten op.

Resultaten:

* Bij 126 of meer punten: je hebt last van sterke minderwaardigheidsgevoelens, je bent erg onzeker; onzekerder dan de meeste mensen.

* Bij 85 - 125 punten: je hebt de neiging om over jezelf en je fouten te tobben. Je bent niet zo

onzeker als de eerste groep, maar toch nog onzekerder dan veel andere mensen.

* Bij 40 - 84 punten: dit is een normaal midden niveau, wat veel mensen qua score behalen. Veel mensen scoren lager, maar er zijn ook mensen die hoger scoren qua onzekerheid.

* Bij 19 - 39 punten: je hebt een goede mening over jezelf, je voelt je zeker. In ieder geval zekerder dan de meeste andere mensen.

* Bij minder dan 18 punten: je voelt je erg zeker van jezelf, geen minderwaardigheids- maar juist meerderwaardigheidsgevoelens. Je vormt een uitzondering!