

De spanning wordt me te veel!

PMT voor jongeren met PDD-NOS die last hebben van spanningen



Door:

Anne Weeterings

Scriptiebegeleider:

Henriëtte van der Meijden

Scriptiebeoordelaar:

Maurits Uijting

Opleiding:

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

Datum:

19 mei 2010

Inhoudsopgave

Inhoud	Pagina
Voorwoord	3
Samenvatting	4
Inleiding	5
Hoofdstuk 1: De doelgroep	6
1.1 <i>Wat is PDD-NOS?</i>	6
1.2 <i>De oorzaak van PDD-NOS</i>	7
Hoofdstuk 2: De geprotocolleerde behandeling	8
2.1 <i>De module</i>	8
2.2 <i>Intake</i>	9
2.3 <i>De behandeling</i>	10
2.4 <i>Eindevaluatie met cliënt en begeleiding</i>	11
2.5 <i>Eindevaluatie met orthopedagoog</i>	12
Hoofdstuk 3: Het onderzoek	14
3.1 <i>De onderzoeksinstrumenten</i>	14
3.2 <i>De onderzoeksmethode</i>	14
3.3 <i>Observaties in de therapie</i>	15
3.4 <i>Resultaten van de vragenlijsten</i>	16
Hoofdstuk 4: De conclusie	17
4.1 <i>Conclusie uit behandeling met cliënt</i>	17
4.2 <i>Conclusie uit onderzoek</i>	17
4.3 <i>Conclusie gericht op de toekomst</i>	18
Hoofdstuk 5: Aanbevelingen en conclusie	19
5.1 <i>Discussie</i>	19
5.2 <i>Aanbevelingen</i>	19
Literatuurlijst	20
Bijlagen	21

Voorwoord

Tijdens mijn stage in de VGZ kwam ik veel cliënten tegen met dezelfde hulpvraag: Ik wil graag minder snel boos worden, hoe doe ik dat? Het onderliggende probleem was dan meestal dat de cliënt de spanning in zijn of haar lichaam niet aan kon voelen en hierdoor ineens boos kon worden, omdat de spanning te hoog opliep. Ik liep met drie verschillende begeleiders mee en alle drie hadden ze een andere aanpak en andere oefeningen voor de cliënten. Ik vond het een interessante hulpvraag en besloot om de oefeningen te bundelen, zodat ik misschien wel de beste behandeling zou kunnen vinden.

Het doel was om een complete behandeling te schrijven, die acht sessies zou duren. Bij jongeren met PDD-NOS is herhaling belangrijk, dus wilde ik dezelfde thema's iedere week laten terug komen en deze vervolgens uitbreiden met iets nieuws. Ik heb veel literatuur gezocht over omgang met kinderen en jongeren met PDD-NOS en heb gekeken hoe het met de behandeling van mijn cliënten ging.

De module die ik heb geschreven, is te vinden in de bijlage.

Mijn stageplaats bood mij vele mogelijkheden tot hulp en heeft geholpen om een cliënt te vinden die in mijn onderzoek zou passen. Hiervoor wil ik Maartek van den Ent en Paul Timmers van ASVZ bedanken, zij hebben mij op het goede spoor gezet en mij hulp geboden waar ik die nodig had. We konden ook praten over verschillende meningen en lieten elkaar in onze waarde. Ook wil ik Jos van den Berg bedanken, die mij de tijd heeft gegeven om een cliënt te zien voor mijn onderzoek en de orthopedagoog van mijn cliënt, Annemieke Vos, beide van ASVZ. Als laatste wil ik ook mijn cliënt, D., bedanken voor het meewerken aan mijn onderzoek.

Anne Weeterings

19 mei 2010

Samenvatting

Jongeren met PDD-NOS hebben vaak last van spanningen, waaruit boze buien kunnen ontstaan of paniekaanvallen. Kinderen met PDD-NOS reageren te sterk of te weinig op prikkels van buitenaf. Ze hebben moeite met sociale contacten en het voelen van hun spanning. Een persoon met PDD-NOS is vaak sterk op zichzelf gericht en kan achter lopen op het emotionele, sociale en motorische vlak. Mensen met PDD-NOS hebben veel moeite met het sturen van de eigen emoties. Het gedrag dat zij dan laten zien is te weinig aangepast aan de sociale situatie.

In deze scriptie beschrijf ik de door mij ontworpen behandeling voor het herkennen van lichaamssignalen met betrekking tot spanning, voor jongeren van 12 t/m 18 jaar met PDD-NOS en een TIQ tussen de 70 en 80.

De module beschrijft oefeningen om de lichaamssignalen te leren herkennen en beschrijft de spanningsthermometer, waarmee wordt geoefend in de therapie. Door middel van een vragenlijst, welke aan het begin en het einde van de behandeling wordt ingevuld door de cliënt, is het mogelijk om goede resultaten te krijgen.

Het effect van de behandeling heb ik onderzocht door middel van een N=1 onderzoek. In een N=1 onderzoek is één cliënt het hele onderzoeksproces. Er wordt gekeken wat het effect van de behandeling is op deze ene cliënt. Dit wordt gedaan door een nulmeting en een meting achteraf.

Mijn cliënt, D., is een jongen van 18 jaar met een TIQ van 71. Hij woont intern bij de instelling ASVZ en is gediagnosticeerd met PDD-NOS. Hij heeft last van boosheid en vindt het lastig om er met mensen over te praten. Met goedkeuring van zijn orthopedagoog en familie heeft hij deelgenomen aan mijn onderzoek. Tijdens de therapie heeft hij geleerd zijn lichaamssignalen m.b.t. spanning te herkennen en de sterkte van zijn spanning aan te geven op de thermometer. Hij heeft geleerd om zijn spanning adequaat aan te geven, zowel in de therapie als op de groep.

De conclusie die ik hieruit heb kunnen trekken, is dat de behandeling een positief effect heeft gehad op D. Hij heeft minder last gehad van boosheid en probeert meer met de begeleiding te praten.

Inleiding

De titel van mijn scriptie is: 'De spanning wordt me te veel! - PMT voor jongeren met PDD-NOS die last hebben van spanningen'. Jongeren met PDD-NOS zijn zich vaak niet bewust van de spanning in hun lichaam en de spanningsopbouw die er plaatsvindt. Daardoor kan de spanning op een gegeven moment teveel worden en kunnen ze boos worden of een paniekaanval krijgen. Ik wil, door deze scriptie, duidelijk krijgen hoe je jongeren met PDD-NOS het beste kunt leren om de spanning te voelen en ermee om te gaan.

De doelgroep die ik heb gekozen voor mijn scriptie is jongeren van 12-18 jaar met PDD-NOS en een TIQ tussen de 70 en 80. Mensen met PDD-NOS hebben moeite met het herkennen van lichaamssignalen. Tijdens mijn stage kom ik veel jongeren tegen met dezelfde hulpvraag, namelijk "het reduceren van spanning". Om de spanning te reduceren, is het belangrijk voor jongeren om lichaamssignalen te herkennen die te maken hebben met spanning.

De vraagstelling die ik heb geformuleerd is:

Wat is het effect van een te ontwikkelen behandeling, gericht op het herkennen van lichaamssignalen met betrekking tot spanning, voor jongeren tussen de 12 en 18 jaar met PDD-NOS en een TIQ tussen de 70 en 80?

Het doel van mijn onderzoek is bekijken welk effect de geprotocolleerde behandeling, die ik heb samengesteld, heeft op het herkennen van lichaamssignalen met betrekking tot spanning bij een cliënt en dus antwoord te krijgen op mijn vraag. Het doel in mijn onderzoek is het verkrijgen van resultaten die bijdragen aan het herkennen van lichaamssignalen met betrekking tot spanning en het trekken van conclusies uit die resultaten, om eventueel mijn module aan te passen.

Om deze vragen te beantwoorden ben ik op zoek gegaan naar theorie over de stoornis PDD-NOS, welke beschreven is in hoofdstuk 1. Vervolgens heb ik een module geschreven met acht sessies, die ik heb aangeboden aan een cliënt. Die module, de behandeling en de evaluatie met de cliënt, zijn begeleiding en orthopedagoog, heb ik beschreven in hoofdstuk 2. In hoofdstuk 3 is het onderzoek wat ik heb uitgevoerd te vinden. Daaruit heb ik conclusies getrokken, die ik heb beschreven in hoofdstuk 4, waarin ik ook antwoord geef op mijn onderzoeksvraag. In hoofdstuk 5 reflecteer ik op de module en zijn aanbevelingen te vinden.

De naam van mijn cliënt is afgekort tot enkel zijn voorletter, om zijn privacy te beschermen en de geheimhouding te waarborgen.

Veel plezier bij het lezen.

Hoofdstuk 1: De doelgroep

1.1 Wat is PDD-NOS?

PDD-NOS wordt in de DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2006) als volgt omschreven:

Pervasieve Ontwikkelingsstoornis Niet Anderszins Omschreven
(met inbegrip van Atypisch autisme)
(Pervasive Developmental Disorder Not Otherwise Specified)

Deze categorie moet gebruikt worden als er een ernstige en pervasieve beperking is in de ontwikkeling van de wederkerige sociale interactie of van de verbale en non-verbale communicatieve vaardigheden, of als stereotiep gedrag, interesses en activiteiten aanwezig zijn, terwijl niet voldaan wordt aan de criteria voor een specifieke pervasieve ontwikkelingsstoornis, schizofrenie, schizotypische persoonlijkheidsstoornis of ontwijkende persoonlijkheidsstoornis.

Zo behoren tot deze categorie ook de 'atypische autisme' beelden die niet voldoen aan de criteria van de autistische stoornis vanwege een begin op latere leeftijd, atypische symptomatologie of te weinig symptomen of deze allemaal. (p.96)

Omdat PDD-NOS een restgroep is en de symptomen in vorm en intensiteit uiteenlopen, zijn er geen harde criteria. Er bestaan wel richtlijnen, zoals hierboven is beschreven. In de differentiaaldiagnose moet worden uitgesloten dat er sprake is van een andere pervasieve ontwikkelingsstoornis.

Volgens Jakob Rígter (2002) is de stoornis slecht gedefinieerd. Hij geeft aan dat in DSM-IV alleen maar staat dat er sprake moet zijn van een ernstige en pervasieve beperking waarbij het kind niet geheel voldoet aan de criteria zoals die in de DSM-IV opgenomen zijn voor autisme. De ondergrens van ernst en pervasiviteit wordt niet gedefinieerd.

Fred de Vries (2010) zegt dat PDD-NOS een ontwikkelingsstoornis is en dat deze in de psychologie horen tot een groepje van psychologische stoornissen, die zelf weer tot een grotere familie van stoornissen behoren. Deze stoornissen worden gewoonlijk al gediagnosticeerd in de eerste levensjaren van een kind. Al deze stoornissen hebben gemeen dat ze vermoedelijk het gevolg zijn van een klein genetisch of biochemisch probleem in de hersenen, dat ontstaan is tijdens de ontwikkeling van die hersenen gedurende de zwangerschap.

Zijn theorie is dat autisme en PDD-NOS meervoudige ontwikkelingsstoornissen zijn die zijn samengesteld uit meerdere enkelvoudige ontwikkelingsstoornissen. De ernst van de enkelvoudige stoornissen bepaalt de ernst van de samengestelde meervoudige stoornis. Doordat de symptomen diverser lijken te worden naarmate kinderen lichtere vormen van PDD-NOS hebben, kunnen kinderen daardoor ook zeer uiteenlopend gedrag vertonen.

Drs. J. Voets (2010) zegt over PDD-NOS en prikkelverwerking dat kinderen met PDD-NOS te weinig of te sterk reageren op prikkels van buitenaf. Zo kunnen ze bijvoorbeeld niet in de klas reageren op een opmerking van de leerkracht die voor alle kinderen bedoeld is. Maar het kan ook zijn dat ze juist reageren op een geluidje dat aan alle andere aanwezigen voorbij gaat.

Door het lezen van deze omschrijvingen wordt in ieder geval duidelijk dat PDD-NOS een ontwikkelingsstoornis is. PDD-NOS is echter niet altijd even ernstig. Bij iedereen zijn de kenmerken van PDD-NOS in een verschillende mate aanwezig. Er zijn altijd wel een aantal overeenkomsten. Erg veel mensen met PDD-NOS ervaren tekorten in de sociale vaardigheden. Hierdoor kunnen gemakkelijk problemen ontstaan in de omgang met anderen. Mensen met PDD-NOS vinden het lastig om emoties te herkennen en te benoemen, zowel bij zichzelf als bij anderen. In het algemeen kunnen mensen met PDD-NOS de vier basisemoties (blij, bang, boos, verdrietig) tonen, maar ze vertonen dan vaak alleen de extreme vorm van die emoties. Ze zullen bovendien ook niet vaak de gelaatsuitdrukkingen gebruiken die normaal bij subtiele vormen van emotie passen. Deze emoties komen veelal te weinig of te vaak of op de verkeerde momenten voor. Mensen met PDD-NOS hebben veel moeite met het sturen van de eigen emoties. Het gedrag dat zij dan laten zien is te weinig aangepast aan de sociale situatie.

Bij kinderen met PDD-NOS is vaak te zien dat de emotionele ontwikkeling vaak grillig verloopt. Zo blijft bijvoorbeeld de vroegkinderlijke denk- en belevingswereld met bijbehorende fantasieën en magie te lang of altijd bestaan. Kinderen met PDD-NOS hebben, meer dan andere kinderen, vaak moeite met het onderscheiden van fantasie en werkelijkheid. Hierdoor kunnen kinderen angstig zijn op een manier die voor anderen niet te begrijpen is.

Hierdoor ontstaat vaak onbegrip en afstand tussen iemand met PDD-NOS en de omgeving. Een persoon met PDD-NOS is vaak sterk op zichzelf gericht en kan achter lopen op het emotionele, sociale en motorische vlak. Men heeft vaak behoefte aan structuur, waardoor men minder vaak voor moeilijk te verwerken verrassingen komt te staan. Veranderingen binnen de planning leveren vaak gevoelens van onveiligheid en stress op.

1.2 De oorzaak van PDD-NOS

De oorzaak van PDD-NOS is niet duidelijk. Er wordt vermoedt dat een stoornis in de ontwikkeling van de hersenen gevolgen heeft voor het verwerken van informatie. Deze beperking verdwijnt niet en is niet met medicijnen te behandelen. Mensen met PDD-NOS kunnen wel leren omgaan met de stoornis. Veel handelingen en sociale vaardigheden zijn aan te leren.

PDD-NOS kan bij zowel een laag als een hoog IQ gediagnosticeerd worden. Bij alle mensen met PDD-NOS is er een onevenwichtigheid in de verhouding tussen verbale en performale intelligentie. De mate waarin mensen zich sociale vaardigheden en handelingen eigen maken, bepaalt voor een deel hoe iemand met PDD-NOS zich zal ontwikkelen.

Door de lastige definitie en moeilijke diagnosestelling, is het lastig om te zeggen hoeveel mensen PDD-NOS hebben. 5 tot 15 op de 10.000 kinderen hebben PDD-NOS, volgens de cijfers die worden aangehouden.

Hoofdstuk 2: De geprotocolleerde behandeling

In dit hoofdstuk wordt de behandeling beschreven die ik heb ontworpen voor mijn onderzoek. Ik beschrijf hierin wat de module die ik heb geschreven inhoudt. Tussendoor beschrijf ik ook de cliënt die aan de behandeling heeft meegewerkt.

Cliënt

D. is een jongen van 18 jaar. Hij heeft PDD-NOS en een TIQ van 71. Hij woont intern bij ASVZ, op een woning voor cliënten die een autisme spectrum stoornis hebben. In het weekend gaat hij naar huis. Op maandag, woensdag en vrijdag gaat hij naar school. Op dinsdag en donderdag loopt hij stage bij het TuinActiviteitenCentrum van de instelling.

In maart 2006 is PDD-NOS vastgesteld door een diagnostisch centrum in België.

D. gebruikt Risperdal om woede uitbarstingen te voorkomen.

DSM-IV classificatie:

AS I: PDD-NOS

AS II: Licht verstandelijk gehandicapt

AS III: -

AS IV: Ouders zijn gescheiden en cliënt heeft geen contact meer met vader.

2.1 De module

De module¹ die ik heb geschreven, is voor jongeren tussen de 12 en 18 jaar met PDD-NOS en een TIQ tussen de 70 en 80 die moeite hebben met het herkennen van lichaamssignalen m.b.t. spanning. Deze doelgroep kom ik op mijn stage veel tegen en ik ben erg geïnteresseerd in deze problematiek. Bij mij op stage en bij mijn klasgenoten was geen module bekend die gaat over het herkennen van lichaamssignalen m.b.t. spanning en ik merkte dat er veel cliënten waren met dezelfde problematiek.

In de theorie is te vinden dat mensen met PDD-NOS vaak moeite hebben met het herkennen en benoemen van hun gevoelens, waardoor er onbegrip kan ontstaan in de omgeving. Zaken als veranderingen in de omgeving leveren vaak spanningen op en het is voor mensen met PDD-NOS lastig om de spanningen te benoemen en actie te ondernemen om de spanningen weg te nemen.

In de behandeling heb ik geprobeerd oefeningen op te nemen waarin de cliënt kan oefenen met het herkennen van zijn lichaamssignalen die te maken hebben met spanning. Deze oefeningen zijn een combinatie van oefeningen die ik op stage heb gezien bij mijn stagebegeleiders, oefeningen die ik zelf heb gedaan met cliënten en oefeningen die ik op school ben tegengekomen. Cliënten kunnen oefenen met het herkennen en benoemen, waardoor er meer communicatie ontstaat met de omgeving en het onbegrip verdwijnt.

De indicaties voor een cliënt om aan de slag te gaan met deze behandeling, zijn:

- De cliënt ervaart zelf dat hij/zij snel boos is en ervaart dat als onprettig.
- De cliënt heeft moeite met het herkennen van lichaamssignalen m.b.t. spanning.
- De cliënt heeft (enige) affiniteit met bewegen.

¹ De module is te vinden in de bijlage.

Contra-indicaties om aan de slag te gaan met deze behandeling, zijn:

- De cliënt ervaart zelf geen last en herkent signalen vanuit de omgeving niet.
- De cliënt heeft geen affiniteit met bewegen.

In de rest van dit hoofdstuk zal ik verschillende onderdelen van de module beschrijven en een toelichting geven aan de hand van een casus.

2.2 Intake

Voordat er aan de behandeling wordt begonnen, wordt een intake gehouden met de cliënt en zijn ouders/begeleiders en verwijzer. In de intake komt in ieder geval naar voren wat de problematiek is van de cliënt en wat zijn hulpvraag is. De therapeut laat de cliënt zoveel mogelijk zelf de hulpvraag verwoorden, zodat de cliënt zelf woorden aan zijn probleem kan geven. De therapeut maakt aan de cliënt duidelijk (voor zover dat nodig is) wat psychomotorische therapie is en welke afspraken er worden gemaakt met de cliënt. Ook wordt er een afspraak gemaakt over de manier van evalueren van de behandeling. De cliënt krijgt de ruimte te zien waarin de therapie wordt gegeven, zodat dit de volgende keer niet voor onnodige spanning zorgt.

Verloop van de intake met D.

Voordat de intake met D. werd gehouden, heb ik gesproken met zijn orthopedagoog en de begeleidster van de woning waar D. op dat moment woonde. D. zou de week erna verhuizen en de therapie startte meteen daarna. Ze vertelden waarom D. was aangemeld voor psychomotorische therapie en wat hij daarin zou moeten leren. Ze vertelden over problemen die de begeleiding ervaart bij D. en dat zij graag handvatten willen om beter met D. te kunnen werken. Ze gaven ook aan dat de ouders en broer van D. graag wilden dat de therapie zo snel mogelijk zou beginnen, zodat er wat aan de problematiek van D. gedaan kon worden.

De intake met D. werd gehouden in de ruimte waar de therapie gegeven zou worden. De intake werd gehouden met alleen D., omdat hij te gespannen zou zijn als de begeleiding mee zou komen. Hij kon echter wel goed vertellen wat zijn klachten waren en waarom hij psychomotorische therapie wilde krijgen. Er was goed te zien dat D. zenuwachtig was, hij keek af en toe naar beneden en lachte als antwoord op moeilijke vragen.

D. vond het spannend om naar de therapie te komen, maar hij leek wel gemotiveerd om te beginnen. We spraken af dat hij de week erna zou beginnen. Hij zou acht keer naar de PMT komen, met één keer een onderbreking, vanwege de kampweek op school.

Klachten:

D. kan erg gespannen zijn en is dan moeilijk te sturen. Deze spanning kan zo hoog oplopen, dat er heftige woede uitbarstingen kunnen optreden. De woede uitbarstingen komen onder andere voor als het begeleidingsteam niet duidelijk is naar D. toe en als er onduidelijkheid bestaat. Zijn hoofd zit vrij snel vol waardoor er spanning optreedt.

D. kan niet aan anderen aangeven dat hij gespannen is, waardoor de uitbarstingen niet voorkomen kunnen worden door de begeleiding.

2.3 De behandeling

De module is ingedeeld in acht behandelingen. Het algemene doel van deze module is om jongeren met PDD-NOS lichaamssignalen met betrekking tot spanning te leren herkennen, zodat zij spanning kunnen voelen aankomen en er iets mee of aan kunnen doen. De specifieke doelen zijn:

- De cliënt maakt kennis met de therapeut, de zaal, de context en de spanningsthermometer.
- De cliënt leert werken met de spanningsthermometer en kan deze uitleggen aan de therapeut en aan de ouders/verzorgers.
- De cliënt leert welke lichaamssignalen hij/zij heeft bij spanning.
- De cliënt leert anders om te gaan met deze spanning.

De thermometer is een instrument wat binnen mijn stage-instelling veel wordt gebruikt en waar de meeste cliënten goed mee om kunnen gaan. Ik heb deze thermometer gekregen van mijn begeleider, die hem weer van een collega had gekregen.

In het begin van de behandeling leert de cliënt zijn lichaamssignalen te herkennen en te benoemen. Dit wordt gedaan door middel van oefeningen waarbij spanning wordt opgeroepen bij de cliënt. De cliënt benoemt waardoor hij merkt dat hij gespannen is.

Later wordt de thermometer geïntroduceerd. De cliënt leert hierop aan te geven hoe gespannen hij is op een schaal van 1 tot 10. De therapeut probeert te controleren of de cliënt dit adequaat aangeeft, door de signalen goed te observeren en te checken bij de cliënt.

De laatste sessies worden gewijd aan het anders leren omgaan met de spanning die de cliënt voelt, zodat de spanning gereduceerd kan worden en er minder boosheid ontstaat bij de cliënt.

Doelen van de therapie

- D. kan aangeven hoe gespannen hij is.
- D. wil graag leren hoe hij goed kan zeggen dat hij boos is.

Algemene indruk van de cliënt

D. is goed in sporten en heeft een vrij goede motoriek. De fijne motoriek is wat lastig voor hem.

D. kent en herkent de vier basisemoties. Hij kan op de thermometer aangeven (van 0-10) wat voor cijfer hij aan de emotie geeft, dus hoe sterk die emotie aanwezig is. Hij kan aangeven dat hij bijvoorbeeld zenuwachtig is, maar vindt het moeilijk uit te leggen waarom.

Sommige vragen die gesteld werden, waren te moeilijk voor D.. Hij vond het lastig om aan te geven dat het te moeilijk was. Opdrachten waren niet altijd snel duidelijk voor D. en hij had dan een voorbeeld nodig.

Als een gesprek gemakkelijk verliep en vanuit D. kwam, was het contact tussen therapeut en D. goed. Werd het moeilijker, dan keek D. naar beneden en zei hij weinig. Hij kon wel aangeven (na navragen van de therapeut) dat de vraag te moeilijk was. Met wat hulp kwam D. er dan soms toch wel uit. Af en toe maakte D. oogcontact, maar dat werd ook snel weer verbroken.

D. was redelijk gemotiveerd om naar de therapie te komen. Hij was binnen de therapie lastig in actie te krijgen en had enige weerstand tegen het leren van nieuwe dingen.

Verloop van de therapie

Er zijn 8 bijeenkomsten geweest in de periode van 24-02-2010 t/m 28-04-2010. De bijeenkomsten waren niet in een gymzaal, maar in een andere, kleinere ruimte. De ruimte is een zaal van acht bij acht meter en twee meter hoog. Er staat een tafel met vier stoelen, er liggen een aantal turnmatten en er staan muziekinstrumenten. Aan klein materiaal zijn er ballen beschikbaar, veel poppen en knuffels en verkleedkleding. De zaal is op de derde verdieping van een gebouw, met veel ramen.

Iedere sessie begon met een gesprekje, waarbij de cliënt en ik aan tafel gingen zitten en de afgelopen week doorspraken. Daarna werden de activiteiten van die dag toegelicht. Na de activiteiten werd de sessie afgesloten met weer een gesprekje, waarin besproken werd wat er was gedaan en wat de cliënt had geleerd.

De eerste bijeenkomsten waren gericht op het leren werken met de spanningsthermometer. In een activiteit werd gevraagd aan D. hoe hoog zijn spanning was op dat moment (van 0-10, waarbij 0 ontspannen is en 10 heel erg gespannen). D. leek altijd adequaat zijn spanning aan te kunnen geven. Opvallend was dat hij aangaf dat zijn spanning in rust ook al op de 4 zat, wat dus al behoorlijk gespannen is. Hij vertelde dat dit kwam door zenuwen voor allerlei dingen die in zijn hoofd zaten en doordrukte op de groep. Nadat ik hem hierop bevroeg, kon hij ook aangeven dat hij kriebels in zijn buik had door de zenuwen en wanneer hij die kriebels nog meer voelde.

De spanningsmeter was moeilijk voor D.. Hij had in het begin wat weerstand tegen de spanningsmeter, maar met wat hulp kon hij adequaat aangeven hoe sterk zijn gevoelens waren. Hij kan aangeven hoe blij, verdrietig, boos en bang hij is. Hierdoor was er een duidelijk beeld te vormen van wat er in D. speelt. Hij vond het wel lastig om het uit zichzelf te vertellen, hij moest hierop bevraagd worden.

Doordat D. kon aangeven hoe sterk zijn vier basisemoties aanwezig waren, kon hij later ook aangeven hoe gespannen hij was. Dit kon hij doen als iemand hem hierop bevroeg. Hij gebruikte dan zijn vinger om op de thermometer aan te geven hoe sterk de spanning (op een schaal van 0 tot 10) aanwezig was. Hij heeft leren aangeven hoe hoog zijn spanning is, door bij zichzelf na te gaan hoe hij zich voelt en of hij spanning voelt in zijn lichaam.

In een gesprekje, waarbij de thermometer de basis van het gesprek was, kon hij aangeven waarom hij zo gespannen was. Hij kon vertellen dat er iets op school was gebeurd of dat hij zenuwachtig was voor iets wat nog moest komen.

D. kwam zelf met het idee om na school even met de begeleiding te gaan zitten en te praten over hoe het op school was. In dat gesprek kan hij ook aangeven hoe sterk de vier basisgevoelens en de spanning aanwezig zijn, met behulp van de spanningsmeter. Ik ben samen met D. naar zijn groep gegaan en heb met de begeleiding gepraat. Zij vonden het een goed idee en hebben dit opgepakt. D. was hier heel erg blij mee en ziet mogelijkheden om beter met de begeleiding te communiceren.

2.4 Eindevaluatie met cliënt en begeleiding

Nadat de behandeling is uitgevoerd, wordt er een evaluatie gehouden met de cliënt en de ouders/begeleiding van de cliënt. Daarin komt naar voren wat er in de therapie is gedaan en wat de cliënt heeft geleerd. De therapeut laat de cliënt zoveel mogelijk zelf vertellen, zodat de ouders/begeleiding van de cliënt duidelijk heeft hoe zij verder kunnen werken met de cliënt. Het is de bedoeling dat in dit gesprek de klachten van de cliënt, voorafgaand aan de behandeling, terug komen en dat er wordt gekeken of en hoe deze klachten zijn veranderd of afgenomen. Ook worden de doelen geëvalueerd en wordt er gekeken of de cliënt verdere therapie nodig heeft of klaar is met de behandeling.

Evaluatie van de doelen

- D. kan aangeven hoe gespannen hij is.
D. kan met behulp van de spanningsmeter (van 0 – 10) aangeven hoe gespannen hij is. Hij moet hier wel op bevraagd worden, hij zal het niet uit zichzelf zeggen.
- D. wil graag leren hoe hij goed kan zeggen als hij boos is.
Door middel van de spanningsmeter kan D. aangeven hoe boos hij is. Dit kan hij alleen als iemand anders er naar vraagt. Hij vindt het nog wel moeilijk om aan te geven hoe boos of gespannen hij is, maar als je hem even de tijd geeft en helpt, kan hij het aangeven.

Eindevaluatie met de cliënt en begeleiding

D. gaf tijdens de zevende sessie aan dat hij met de begeleiding na schooltijd even wil gaan praten, met de thermometer, zodat de begeleiding weet wat er bij hem speelt. Ik ben op dat moment met D. naar zijn groep gelopen en heb met zijn begeleiding gesproken over wat we in de therapie hebben gedaan en wat D. heeft geleerd. Hij vond het zelf moeilijk om te vertellen en liet het vooral aan mij over. Hij knikte wel instemmend en maakte af en toe een positief geluid. De begeleiding vond het erg fijn om dit met D. op te pakken.

Een week nadat de begeleiding dit begon te doen, ben ik terug gegaan om te vragen hoe het ging. Ze vertelden dat het fijn was om zo met D. te praten over hoe hij zich voelt en dat het voor D. makkelijker is om over de gebeurtenissen op school te praten. Na de eerste week heb ik nog contact opgenomen met de begeleiding en zij hebben aangegeven dat D. steeds meer durft te vertellen als hij even met ze praat. Hij is opener geworden en kan makkelijker vertellen wat er is gebeurd.

D. is volgens de leiding minder vaak boos geweest, doordat hij in het gesprekje kan aangeven hoe hij zich voelt. De leiding kan er dan rekening mee houden en D. is zijn verhaal al een beetje kwijt, waardoor de spanning wat afneemt.

2.5 Eindevaluatie met orthopedagoog

Normaal gesproken is de orthopedagoog ook aanwezig bij de eindevaluatie, maar in dit geval was het niet mogelijk om een afspraak te plannen waarbij iedereen aanwezig was. De orthopedagoog is vaak de verwijzer voor een therapie in de verstandelijk gehandicapten zorg en daarom is het belangrijk om het proces van de cliënt in de therapie met de orthopedagoog te bespreken.

Conclusie en advies

In de therapie heeft D. leren werken met de spanningsthermometer, die loopt van 0 – 10. Hij kan hierop aangeven hoe gespannen hij is en hoe sterk zijn vier basisemoties aanwezig zijn. Hij moet hier wel op bevraagd worden, hij vindt het nog lastig om uit zichzelf aan te geven hoe hij zich voelt.

De spanningsthermometer is een mogelijkheid voor de begeleiding om te praten over de boosheid van D.. Er zal een moment zijn in zijn boosheid dat het onmogelijk is om met hem te praten, maar voor of na dat moment zal het mogelijk zijn om de sterkte van zijn spanning of boosheid na te vragen. Met de begeleiding is dit besproken en zij zullen dit met D. oppakken, bijvoorbeeld als D. uit school/stage komt. D. was het er zelf ook mee eens.

Op dit moment stopt de PMT. De doelen zijn voor een deel behaald, maar op dit moment is het niet mogelijk om aan het gestelde doel te werken. Hopelijk is het in de toekomst nog mogelijk om hier met D. aan te werken, hij zou dan weer kunnen worden aangemeld voor PMT.

Eindevaluatie met orthopedagoog

De orthopedagoog vertelde dat zij tevreden was met de vooruitgang die D. had geboekt. Ze zag veranderingen in hem, bijvoorbeeld dat hij makkelijker kon praten over hoe sterk zijn gevoelens aanwezig zijn en dat hij, sinds de therapie was gestart, minder snel boos is geworden. Ze gaf aan dat hij minder gespannen lijkt en dat hij beter met anderen kan praten over zijn spanning. Ze vond het een mooi resultaat. Van de familie had ze hetzelfde resultaat terug gekregen, de familie was erg blij met hoe D. nu met zijn spanning omgaat. Ze heeft voorgesteld om D. over een half jaar weer aan te melden voor PMT om een volgende stap te maken in het reduceren van de spanning.

Hoofdstuk 3: Het onderzoek

In het vorige hoofdstuk is beschreven hoe de geprotocolleerde behandeling eruit ziet en hoe die is aangeboden aan een cliënt. In dit hoofdstuk beschrijf ik de welke onderzoeks-instrumenten en methode ik heb gebruikt. Later beschrijf ik de resultaten uit mijn onderzoek, welke ik heb onderverdeeld in observaties in de therapie en antwoorden op de vragenlijst.

3.1 De onderzoeksinstrumenten

De onderzoeksinstrumenten die in dit onderzoek zijn gebruikt, zijn vragenlijsten² die de cliënt voor de behandeling en na de behandeling heeft ingevuld. Hierdoor kan inzicht verkregen worden in het effect van de behandeling. Er kan gekeken worden naar het verschil tussen het begin en het einde van de therapie, waardoor een conclusie kan worden getrokken over het effect van de behandeling en het nut van de geschreven module.

De vragenlijst is een lijst die ik zelf heb samengesteld. Ik heb deze gemaakt in overleg met een orthopedagoog van mijn stage-instelling en mijn stagebegeleider. Ik heb er zoveel mogelijk vragen in gesteld die te maken hebben met spanning en zaken rondom spanning en lichaamssignalen. Ik wilde zoveel mogelijk zaken duidelijk krijgen, voordat de therapie begon en heb de vragen zo gesteld, dat er duidelijk te zien is of er een verschil is tussen voor en na de therapie.

Door de cliënt te vragen om de vragenlijst in te vullen, kan de therapeut een goed beeld krijgen van wat de cliënt onder spanning verstaat, wanneer hij gespannen is en of en hoe hij kan voelen dat hij gespannen is. Het is een nulmeting, een meting voordat de behandeling wordt gestart. Na de behandeling wordt de vragenlijst nogmaals ingevuld door de cliënt en kunnen beide vragenlijsten worden vergeleken.

De cliënt kan deze vragenlijsten zelf invullen, of met behulp van zijn begeleiding. Samen met de begeleiding kan er gekeken worden naar het verschil in aantal incidenten rondom spanning bij de cliënt. De begeleiding kan bijhouden hoeveel incidenten er waren in een bepaalde periode vóór de behandeling en ná de behandeling.

3.2 De onderzoeksmethode

De methodiek die is gekozen voor dit onderzoek is het schrijven van een module, deze module aanbieden aan een cliënt en deze module te evalueren. De module is geschreven volgens de richtlijnen van de NVPMT voor het schrijven van een module. In het tweede hoofdstuk heb ik de module toegelicht.

De module wordt aangeboden aan één cliënt, waarmee ik een N=1 onderzoek uitvoer. Een N=1 onderzoek is een onderzoek waarbij één cliënt het hele onderzoeksproces is. Dit onderzoekstype heeft onderzoekers in staat gesteld om experimenten uit te voeren zonder een controlegroep nodig te hebben. Het kan effectief zijn bij het bevestigen van oorzakelijke verbanden. De meest voorkomende manier van een N=1 onderzoek is de ABA-stijl, waar een nulmeting het onderzoek voorgaat, waarna er tijdens en na de behandeling een tweede en derde meting gedaan worden. Als het probleem verdwijnt tijdens de behandeling, kan er worden gesteld dat de behandeling effectief was. Het N=1 onderzoek kan ook worden uitgevoerd in een AB-stijl, waar er een nulmeting aan het onderzoek vooraf gaat en er

² De vragenlijsten zijn te vinden in de bijlage van de module.

achteraf een meting gedaan wordt. Hierin kan echter een oorzakelijk verband minder makkelijk worden vastgesteld, omdat dit meer een experimentelere manier is van onderzoeken. De uitkomsten van deze onderzoeken zijn vaak van grote waarde en kunnen net zo effectief zijn als een groepsstudie. Een N=1 onderzoek is vooral effectief gebleken in de psychologie en andere vormen van gedragswetenschappen.

Voordat de module wordt aangeboden, vult de cliënt (zelf of met hulp) een vragenlijst in. Dit is de nulmeting. Na het aanbieden van de module, krijgt de cliënt dezelfde vragenlijst en vult deze weer in. Hierna wordt de module geëvalueerd en wordt er gekeken welke aanbevelingen gedaan kunnen worden.

D. en de eerste vragenlijst

Na de intake heeft D. een vragenlijst meegekregen. Hij heeft de vragenlijst zelf proberen in te vullen, maar hij vond het laatste gedeelte te moeilijk (het deel met de bolletjes). Daar heeft hij hulp van de begeleiding bij gevraagd en gekregen. Hij gaf aan dat hij boos was geworden, omdat hij de lijst met bolletjes niet snapte. Toen hij hulp van de leiding had gekregen, zakte de boosheid weg.

D. gaf aan dat hij verrassingen spannend vindt en dat hij boos wordt als mensen op één ding doorgaan. Als hij boos is, gooit hij spullen kapot en als hij iets spannend vindt, gaat hij rondjes lopen en op en neer lopen. Hij geeft aan dat hij met de leiding kan praten, of met zijn persoonlijk begeleider. Hij gaat het liefst naar zijn kamer om niet meer boos te zijn. Hij wil bij de PMT leren om goed om te gaan met boze buiten.

In de bolletjeslijst vulde D. in dat hij het vooral spannend vindt om nieuwe mensen te ontmoeten, maar dat hij niet tegen anderen durft te zeggen dat hij iets spannend vindt. Hij wil heel graag leren om beter met zijn spanningen om te gaan. Hij merkt het in zijn hoofd, armen en benen als hij gespannen is.

D. en de tweede vragenlijst

De tweede vragenlijst bestaat uit dezelfde vragen als de eerste. D. gaf hierbij aan dat hij meer probeert met de leiding te praten als hij gespannen of boos is. Hij geeft aan dat hij minder snel boos wordt en niet meer gaat slaan als hij boos wordt. Hij weet ook wat beter wat hij moet doen als hij iets spannend vindt.

In de bolletjeslijst staan een aantal andere antwoorden dan in de eerste lijst. Hij weet beter wat 'gespannen zijn' betekent en hij voelt het meer in zijn hoofd als hij gespannen is. Hij wil duidelijk minder leren in PMT.

3.3 Observaties in de therapie

Observaties die in de therapie worden gedaan, zijn belangrijk voor een therapeut. Observaties kunnen gedaan worden op basis van een observatiemodel, of op basis van ervaring van een therapeut. In deze behandeling leert de cliënt zijn lichaamssignalen m.b.t. spanning te herkennen, dus is het belangrijk dat de therapeut zijn observaties daarop richt. Het kan natuurlijk altijd voorkomen dat er uit observaties blijkt dat er andere problematiek naar voren komt, maar daar is bij het maken van deze module niet vanuit gegaan.

Observaties in de therapie

In de therapie met D. heb ik gekeken hoe de cliënt reageerde op de thermometer en hoe hij ermee omging. Ik heb gelet op de manier waarop de cliënt bezig was met zijn lichaamssignalen met betrekking tot spanning en hoe hij in de therapie aanwezig was.

Observaties bij D.

In het begin wilde D. eigenlijk niet werken met de thermometer. Hij vond het moeilijk om zijn spanning daarop aan te geven. Ik heb de spanning even losgelaten en ben verder gegaan met de vier basisemoties. Als ik het aan hem vroeg, kon hij aangeven op een schaal van 0 tot 10 (dus op de thermometer) hoe boos hij op dat moment was, hoe blij, hoe bang en hoe verdrietig. Later kon hij vertellen hoe gespannen hij was. Het aangeven hoe sterk een gevoel was of hoe gespannen hij was, deed hij door aan te wijzen op de meter. Soms had hij wat hulp nodig ("Ben je 10 boos? Volgens mij niet, want je bent niet ontzettend kwaad."), maar daarna kon hij adequaat aangeven hoe sterk zijn gevoel was.

Later kon hij de spanning wel aangeven. Hij moest dan even nadenken en voelen bij zichzelf, welke signalen zijn lichaam afgaf en kon op een schaal van 0 tot 10 aangeven hoe sterk de spanning in zijn lichaam aanwezig was. Hij moest hier wel op bevestigd worden en kon dit nog niet uit zichzelf aangeven.

In de therapie was D. moeilijk in beweging te krijgen. Hij wilde vaak de activiteit niet doen, omdat hij het nut ervan niet zag. Als ik het nogmaals aan hem uitlegde, wilde hij het alsnog niet doen. Vaak nam ik daarna het initiatief en begon ik zelf met de activiteit, waarna D. mee kwam doen. Daardoor kon de activiteit toch nog worden uitgevoerd.

De resultaten van de behandeling zijn dat D. heeft geleerd om zijn gevoelens en de spanning aan te wijzen op de thermometer. Hij wilde dit ook met de begeleiding oppakken en de begeleiding was hier enthousiast over.

3.4 Resultaten van de vragenlijsten

Door de vragenlijsten met elkaar te vergelijken, kan de therapeut een goed beeld vormen over de resultaten die de behandeling hebben opgeleverd. De antwoorden kunnen één op één met elkaar worden vergeleken. Hieruit kan een conclusie getrokken worden. Eventueel kan hierna een andere behandeling worden voorgesteld.

Opvallende verschillen tussen de vragenlijsten bij D.

Bij de eerste vragenlijst gaf D. vaak antwoorden waarin hij probeerde om zelf om te gaan met spanningen, zenuwen, boosheid of verdrietig zijn, maar bij de tweede vragenlijst geeft hij aan dat hij naar de leiding probeert te gaan en tegen hen probeert te zeggen dat hij gespannen, zenuwachtig, boos of verdrietig is.

Bij de eerste vragenlijst gaf D. aan dat hij, als hij boos is, spullen kapot gooit. Bij de tweede vragenlijst geeft hij aan juist naar zijn kamer te gaan en tegen de leiding probeert te zeggen dat hij boos is.

In tegenstelling tot de eerste vragenlijst, geeft D. in de tweede vragenlijst antwoorden die te maken hebben met verliefd zijn. Hij vindt het spannend om verliefd te zijn en is verdrietig als de ander niet verliefd is op hem.

Bij de eerste vragenlijst gaf D. aan dat hij, als hij zenuwachtig is, niets doet. In de tweede vragenlijst zegt hij dat hij probeert er met de leiding over te praten, maar dat het nog wel moeilijk is.

Bij de vragen die met een cijfer beantwoord moesten worden, is een verschil te zien tussen een aantal vragen. Zo geeft D. aan dat hij minder snel boos wordt, niet meer gaat slaan als hij boos is, hij weet wat beter wat hij moet doen als iets spannend is, hij weet beter wat 'gespannen zijn' betekent en hij voelt het beter in zijn hoofd als hij gespannen is.

Hoofdstuk 4: Conclusie

In deze scriptie is een onderzoek besproken naar een door mij geschreven behandeling voor jongeren met PDD-NOS gericht op het herkennen van lichaamssignalen met betrekking tot spanning. Deze behandeling heb ik aangeboden aan een cliënt op mijn stage en met hem zelf, zijn begeleiding en orthopedagoog geëvalueerd. Ik heb de theorie in het eerste hoofdstuk besproken en de resultaten van het onderzoek heb ik in het hoofdstuk hiervoor opgesomd. Uit deze resultaten zal ik in dit hoofdstuk mijn conclusies trekken.

4.1 Conclusie uit behandeling met cliënt

Uit de resultaten kan ik concluderen dat de cliënt beter heeft geleerd om aan te geven hoe gespannen hij is, of hoe sterk hij een emotie heeft. Ook is gebleken dat hij er verder niet over wilde praten, maar het alleen aan wilde geven op de thermometer. De conclusie is dus dat de behandeling een positief effect heeft gehad op het herkennen van lichaamssignalen met betrekking tot spanning bij deze cliënt. De cliënt kan aangeven hoe hoog zijn spanning is, door bij zichzelf na te gaan wat hij voelt en hoe sterk dat is op een schaal van 0 tot 10. Hij leek dit vrij adequaat aan te kunnen geven. Hij moet hier nog wel op bevestigd worden door een ander.

4.2 Conclusie uit onderzoek

Het doel van mijn onderzoek was: bekijken welk effect de geprotocolleerde behandeling, die ik heb samengesteld, heeft op het herkennen van lichaamssignalen met betrekking tot spanning bij een cliënt.

Het antwoord hierop is dat de behandeling een positief effect had op het herkennen van lichaamssignalen met betrekking tot spanning. De cliënt kon bij zichzelf nagaan welke signalen zijn lichaam afgeeft en wat dat voor hem betekent. Hij kon dit ook aan anderen vertellen, zodat zij wisten welke signalen hij herkende bij zichzelf. Dit doel is bereikt.

Het doel in mijn onderzoek was: het verkrijgen van resultaten die bijdragen aan het herkennen van lichaamssignalen met betrekking tot spanning en het trekken van conclusies uit die resultaten, om eventueel mijn module aan te passen.

De resultaten die ik heb verkregen uit mijn onderzoek, heb ik in het vorige hoofdstuk opgesomd. De conclusies uit deze resultaten staan hierboven beschreven. Er zijn een aantal die ik wil doen aan mijn module. Deze beschrijf ik in het volgende hoofdstuk, waarin de aanbevelingen staan. Ook dit doel heb ik dus bereikt.

De vraagstelling die ik heb gesteld in de inleiding is:

Wat is het effect van een te ontwikkelen behandeling, gericht op het herkennen van lichaamssignalen met betrekking tot spanning, voor jongeren tussen de 12 en 18 jaar met PDD-NOS en een TIQ tussen de 70 en 80?

Het antwoord op deze vraag is:

Het effect van de ontwikkelde behandeling is dat de cliënt zijn lichaamssignalen met betrekking tot spanning beter leerde herkennen en de sterkte van de spanning aan kan geven op een spanningsthermometer (een schaal van 0 tot 10), zoals ik hierboven heb beschreven. Hierdoor kan er meer met hem gesproken worden over zijn spanning en emoties, zodat anderen beter weten wat er in hem omgaat.

4.3 Conclusie gericht op de toekomst

Doordat er positieve resultaten uit dit onderzoek zijn gekomen, kan ik concluderen dat ik deze behandeling in de toekomst vaker kan gebruiken en deze ook aan collega's kan aanbieden. Deze module zou een goed voortraject kunnen zijn voor een behandeling waarin een cliënt leert om te gaan met zijn spanning en zijn spanning leert te reduceren. De behandeling die ik in dit onderzoek heb uitgevoerd, is daarvoor te kort. Het is echter wel een goede basis om een langer behandeltraject in te gaan met een cliënt. Dit zou kunnen met een cliënt uit de doelgroep, maar wellicht kan de doelgroep ook nog uitgebreid worden, als de module wat aangepast wordt.

Hoofdstuk 5: Discussie en aanbevelingen

5.1 Discussie

Er zijn in dit onderzoek uiteraard een paar punten waarover gediscussieerd kan worden. Deze probeer ik hieronder zoveel mogelijk te noemen.

Mensen met PDD-NOS denken vaak in hokjes en vinden het moeilijk om verschillende situaties met elkaar te vergelijken. Ze vinden het ook moeilijk om wat ze op de ene plek hebben geleerd, mee te nemen naar een andere plek.

Ik ben van mening dat, als je als therapeut een bepaalde vaardigheid vaak genoeg herhaalt, de cliënt zo vaardig wordt en niet meer hoeft na te denken over wat hij moet doen in een bepaalde situatie, dat hij het ook buiten de therapie kan doen. Mensen met PDD-NOS kunnen automatismen aangeleerd worden en dat kan ook in dit onderzoek. De cliënt is zo geoefend in het aangeven van de sterkte van zijn spanning en gevoel in de therapie en bevraagd op de sterkte van de spanning en gevoel buiten de therapie, dat hij het ook buiten de therapie kan toepassen.

Het onderzoek duurde kort (8 weken) en besloeg maar één cliënt. Dit kan een reden zijn om het onderzoek minder betrouwbaar te noemen.

Om deze reden heb ik gekozen voor een N=1 onderzoek, waarvan ik de werking heb toegelicht in hoofdstuk 3, paragraaf 3.3. Door voor dit onderzoek slechts één cliënt te nemen, heb ik het effect wat mijn behandeling heeft op die cliënt hier kunnen beschrijven en kan ik dat meenemen naar een volgende cliënt, waarna ik eventueel de module weer aan kan passen.

5.2 Aanbevelingen

Het doel van mijn onderzoek was: het verkrijgen van resultaten die bijdragen aan het herkennen van lichaamssignalen met betrekking tot spanning en het trekken van conclusies uit die resultaten, om eventueel mijn module aan te passen.

De resultaten die ik heb verkregen uit het onderzoek, heb ik in het vorige hoofdstuk besproken.

Om betere resultaten te kunnen krijgen, is het wellicht handig om de cliënt halverwege een vragenlijst te laten invullen, waardoor de therapeut meer inzicht krijgt in het proces tijdens de behandeling. Op dit moment krijgt de therapeut alleen een beeld over het beginpunt en het eindpunt van de cliënt, maar niet over wat er halverwege nog lastig is. De therapeut ziet dat wellicht wel in de therapie, maar heeft het niet op papier.

De therapeutische attitude in mijn module is een sturende attitude. De cliënt die ik voor dit onderzoek zag, was passief en moeilijk in beweging te krijgen. Een directieve attitude was dan wellicht beter geweest, hoewel de cliënt dan wellicht juist ook in de weerstand had kunnen komen tegen de therapie en de therapeut. Dat zal afhangen van de cliënt en de attitude die het beste bij de therapeut past.

Literatuur

Boeken:

- Baron-Cohen, S (2009). *Autisme en Asperger-syndroom, de stand van zaken*. Amsterdam: Nieuwezijds
- Degrieck, S. (2002). *Denk & Doe*. Antwerpen: Epo, Uitgeverij
- Gillberg, C. & Peeters, T. (2003). *Autisme, medisch & educatief*. Antwerpen: Uitgeverij Houtekiet
- Noens, I. & IJzendoorn, R. van (red.) (2007). *Autisme in orthopedagogisch perspectief*. Amsterdam: Boom Onderwijs
- Rigter, J. (2002). *Ontwikkelingspsychopathologie bij kinderen en jeugdigen*. Bussum: Coutinho
- Vermeulen, P. (1999). *Dit is de titel, over autistisch denken*. Leuven: Uitgeverij Acco
- Vermeulen, P. (2001). *Een gesloten boek, autisme en emoties*. Leuven: Uitgeverij Acco
- Zeevalking, M. (2002). *Autisme: hoe te verstaan, hoe te begeleiden?* Houten: Bohn Stafleu van Loghum

Folder:

Diagnostiek en behandeling autismespectrumstoornissen bij kinderen en jeugdigen – 2009 Richtlijn

Websites:

- <http://www.defeautismnow.com>
- <http://www.pdd-nos.nl>
- http://www.youtube.com/watch?v=88Gg_rGi7QQ&feature=Playlist&p=DB68B41E7BC2E95C&index=0&playnext=1
- <http://www.fietsenmetass.nl>
- <http://www.autismspeaks.org>
- [http://www.volkskrant.nl/wetenschap/article381671.ece/Soms is een patient beter dan statistiek](http://www.volkskrant.nl/wetenschap/article381671.ece/Soms%20is%20een%20patient%20beter%20dan%20statistiek)
- <http://www.cs.vu.nl/~cogsci/cogpsy/mieke/m06.pdf>
- <http://www.fda.gov/ohrms/dockets/dockets/07n0016/07n-0016-ts00017-pace.pdf>
- http://en.wikipedia.org/wiki/N_of_1_trial
- http://www.mcharts.be/artsen/Documenten/medische%20methodiek/200703_01.pdf
- <http://www.jufnaomi.nl/les.php?les=pddnos>
- <http://www.svzjeugdzorg.nl/?page=20>
- <http://www.autisme.nl/>
- <http://nl.wikipedia.org/wiki/PDD-NOS>

Bijlagen

Bijlage 1

Achter deze pagina is de module te vinden die ik heb geschreven voor mijn onderzoek.

De spanning wordt me te veel!

PMT voor jongeren met PDD-NOS

Opleiding: Psychomotorische Therapie en Bewegingsagogie

Februari 2010

Inhoudsopgave

Inhoud	Pagina
Inleiding	3
Doelgroep	4
(Contra-)indicatie	5
Randvoorwaarden voor de cliënt	6
Intake	7
Doelen	8
Referentiekader	9
Behandeling	10
Organisatie	20
Evaluatie	21
Algemene randvoorwaarden	22
Valkuilen en oplossingen	23
Literatuur	24
Bijlagen	25

Inleiding

Dit is de module 'Herkennen van lichaamssignalen m.b.t. spanning voor jongeren met PDD-NOS'.

De module is ontwikkeld door Anne Weeterings, 4^e jaars student Psychomotorische Therapie en Bewegingsagogie aan Hogeschool Windesheim te Zwolle.

De doelgroep is jongeren met PDD-NOS, in de leeftijdscategorie 12 t/m 18 jaar, met een TIQ tussen de 70 en 80, die intramuraal, semi-muraal of extramuraal wonen.

De reden dat deze module is ontwikkeld, is een onderzoek in het kader van mijn afstudeerscriptie, voor de opleiding Psychomotorische Therapie en Bewegingsagogie. De module zal tijdens mijn eindstage bij ASVZ in Sliedrecht worden aangeboden aan cliënten.

Anne Weeterings

Januari 2010

Doelgroep

De doelgroep voor wie deze module is geschreven is:

Jongeren tussen de 12 en 18 jaar, met PDD-NOS (Pervasive Developmental Disorder – Not Otherwise Specified) met een TIQ tussen de 70 en 80. Deze jongeren kunnen zowel intra-muraal als semi-muraal of extra-muraal wonen.

DSM-IV criteria voor PDD-NOS

Pervasieve Ontwikkelingsstoornis Niet Anderszins Omschreven
(met inbegrip van Atypisch autisme)

(Pervasive Developmental Disorder Not Otherwise Specified)

Deze categorie moet gebruikt worden als er een ernstige en pervasieve beperking is in de ontwikkeling van de wederkerige sociale interactie of van de verbale en nonverbale communicatieve vaardigheden, of als stereotiep gedrag, interesses en activiteiten aanwezig zijn, terwijl niet voldaan wordt aan de criteria voor een specifieke pervasieve ontwikkelingsstoornis, schizofrenie, schizotypische persoonlijkheidsstoornis of ontwijkende persoonlijkheidsstoornis. Zo behoren tot deze categorie ook de 'atypische autisme' beelden die niet voldoen aan de criteria van de autistische stoornis vanwege een begin op latere leeftijd, atypische symptomatologie of te weinig symptomen of deze allemaal.

PDD-NOS is een contactstoornis. Dat wil echter niet zeggen dat kinderen met een PDD-NOS geen contact aangaan of geen gevoel hebben. Hun contacten en gevoelens verlopen echter anders dan gemiddeld. Het feit dat ze wel degelijk gevoelens hebben, betekent dat sommige PDD-NOS-kinderen ergens gedurende hun ontwikkeling ook last krijgen van hun zwakke plek. Ze beginnen te merken dat ze anders zijn dan anderen. Ze hebben meer problemen met hun ouders dan hun broertje of zusje, ze hebben minder vriendjes dan anderen, ze hebben vaker conflicten, ze worden vaker niet begrepen, enzovoort. Dit betekent dat er een moment in de ontwikkeling komt dat PDD-NOS-kinderen emotioneel last kunnen krijgen van hun zwakke plek. Er zijn in grote lijnen twee mogelijke reacties zichtbaar, die ook nog weer bij één kind samen kunnen komen. Het kind kan zich terugtrekken, depressief worden of het kind kan krampachtige, onhandige pogingen doen er toch bij te horen met alle gevolgen van dien.

Het resultaat daarvan is dat er nogal eens onbegrip en afstand ontstaat tussen iemand met PDD-NOS en anderen. Onverwachte gebeurtenissen en gebrek aan overzicht geven daarbij vaak planningsproblemen. Ze leveren ook vaak stress en gevoelens van onveiligheid op.

De module is geschreven voor jongeren die moeite hebben met het herkennen van lichaamssignalen met betrekking tot spanning. Mensen met PDD-NOS hebben moeite met het herkennen van deze lichaamssignalen. Ze merken niet dat de spanning in hun lichaam oploopt, maar merken het pas op als de spanning heel groot is. Vaak wordt dit geuit als boosheid, maar het kan ook worden geuit als een paniekaanval. Hierdoor stuiten zij op onbegrip van de omgeving.

Door de lichaamssignalen eerder te herkennen, kunnen deze jongeren een uiting van grote spanning voorkomen en beter in contact blijven met de omgeving.

(Contra-)Indicaties

De behandeling die wordt toegepast, is bedoeld voor jongeren met PDD-NOS die moeite hebben met het herkennen van lichaamssignalen met betrekking tot spanning. Doordat deze jongeren moeite hebben met het herkennen van deze signalen, kunnen ze een boze bui niet aan voelen komen.

Indicaties om aan de slag te gaan met deze behandeling zijn:

De cliënt ervaart zelf dat hij/zij snel boos is en ervaart dat als onprettig.

De cliënt heeft moeite met het herkennen van lichaamssignalen m.b.t. spanning.

De cliënt heeft (enige) affiniteit met bewegen.

Contra-indicaties om aan de slag te gaan met deze behandeling zijn:

De cliënt ervaart zelf geen last en herkent signalen vanuit de omgeving niet.

De cliënt heeft geen affiniteit met bewegen.

Randvoorwaarden voor de cliënt

De cliënten zijn gemotiveerd om aan de slag te gaan met hun hulpvraag.

De cliënten hebben beschikking over vervoer naar de plaats van therapie.

De cliënten hebben een sociaal netwerk, waarin geoefend kan worden met het herkennen van lichaamssignalen.

Intake

Het algemene verloop van de intake:

De therapeut verwelkomt de cliënt. De intake wordt bij voorkeur gehouden met de cliënt en zijn/haar ouders/verzorgers en eventueel verwijzer, in een vergaderruimte of kantoor. De therapeut legt uit waarom de cliënt in aanmerking komt voor de therapie en vraagt waar de cliënt zelf moeilijkheden mee ondervindt. Er wordt uitgelegd wat de bedoeling is van de therapie en wat PMT inhoudt.

De cliënt vertelt, eventueel met behulp van ouders/verzorgers/verwijzer, waar de last zit en wat de hulpvraag is. De PMT-er besluit aan de hand van deze hulpvraag of de cliënt geschikt is voor deze module.

Er is geen vaste structuur in de intake. De intake wordt iedere keer op dezelfde manier begonnen, maar het ligt aan de cliënt waar het gesprek heengaat. De therapeut draagt zorg dat alle belangrijke onderdelen terug komen in ieder gesprek, maar de volgorde is willekeurig.

De onderdelen die in ieder geval besproken moeten worden, zijn:

- Uitleg over wat PMT is.
- Wat is de hulpvraag van de cliënt?
- Wat merkt de omgeving van de problemen van de cliënt?
- Wat merkt de cliënt er zelf van?
- Afspraken die naar aanleiding van het gesprek gemaakt worden.

Na de intake gaan de therapeut, de cliënt en de ouders/verzorgers even naar de zaal, om de ruimte te bekijken en om af te spreken waar de cliënt en therapeut elkaar bij de eerste therapie ontmoeten.

De cliënt vult na de intake een vragenlijst in met betrekking tot de therapie en neemt die de eerste keer mee naar de therapie.

Doelen

Algemeen doel:

Het algemene doel van deze module is om jongeren met PDD-NOS lichaamssignalen met betrekking tot spanning te leren herkennen, zodat zij spanning kunnen voelen aankomen en er iets mee of aan kunnen doen.

Specifieke doelen:

De cliënt maakt kennis met de therapeut, de zaal, de context en de spanningsthermometer.

De cliënt leert werken met de spanningsthermometer en kan deze uitleggen aan de therapeut en aan de ouders/verzorgers.

De cliënt leert welke lichaamssignalen hij/zij heeft bij spanning.

De cliënt leert anders om te gaan met deze spanning.

Meetbare doelen:

De cliënt wordt door ouders/verzorgers ervaren als rustiger, er zijn minder boze buien.

De cliënt herkent zijn/haar lichaamssignalen m.b.t. spanning eerder.

De cliënt scoort hoger op de vragenlijst over het herkennen van lichaamssignalen m.b.t. spanning.

Referentiekader

Deze module is geschreven vanuit een client-centered referentiekader, in combinatie met cognitieve gedragstherapie, waarbij de therapeut een directieve en klachtgerichte attitude aanneemt. Bij het opstellen van de doelstellingen is er ruimte voor individuele wensen van de cliënt, zolang deze binnen de module vallen. Bij de individuele intake is de houding van de therapeut actief luisterend, zonder hierbij een therapeutische richting aan te geven. In deze intake wordt uitgegaan van de stelling dat de cliënt zelf weet wat de hulpvraag is, alleen het antwoord is nog onbekend. Vanuit zijn/haar eigen kracht is hij/zij in staat het probleem op te lossen.

Er wordt gewerkt aan het lichamelijk ervaren en het herkennen van lichaamssignalen. Er worden ook huiswerkopdrachten meegegeven, waardoor thuis ook wordt geoefend en ervaren.

Behandeling

Bewegingssituaties/arrangementen

Sessie 1

Begingesprek:

In het begingesprek worden in ieder geval de volgende punten besproken:

- Cliënt wordt welkom geheten.
- Er wordt nagevraagd waarom de cliënt bij de PMT is. Wat wil de cliënt leren?
- Wat wil de cliënt vandaag voor spel doen?
- Uitleg over de kennismaking, cliënt en therapeut leren elkaar vandaag kennen. Ze krijgen allebei de opdracht om iets te ontdekken waar de ander goed in is en iets waar de ander nog niet zo goed in is.

Activiteit

De activiteit is een spel wat is gekozen door de cliënt. De therapeut stelt de volgende regel op:

‘We spelen één tegen één. Als je scoort, mag je de ander een vraag stellen.’ (bij een balspel)

‘We doen dit na elkaar. Als het je lukt, mag je de ander een vraag stellen.’ (bij een turnactiviteit)

Door middel van de vragen leren de therapeut en cliënt elkaar wat beter kennen. Een aantal voorbeelden van vragen kunnen zijn:

- “Wat is je lievelingseten?”
- “Wat wil je over een half jaar kunnen wat je op dit moment nog niet kan?”
- “Wat vind je het leukst om met vrienden te doen?”
- “Wat is je beste vak op school?”
- “Met wie kan je het beste praten?”
- “Welke gevoelens ken je allemaal?”

Nagesprek

In het nagesprek wordt in ieder geval besproken:

- Hoe vond de cliënt het vandaag?
- Was de cliënt zenuwachtig van tevoren?
- Wat is er vandaag gedaan in de therapie?
- Volgende week wordt er gekeken naar spanning en wat dat te maken heeft met angst.

Sessie 2

Begingesprek:

In het begingesprek worden in ieder geval de volgende punten besproken:

- Cliënt wordt welkom geheten.
- Hoe is het met de cliënt?
- Hoe is de afgelopen week gegaan? Zijn er bijzonderheden?
- Wat is er vorige week in de therapie gedaan?
- Introductie van de spanningsthermometer (zie bijlage).
- Het doel van vandaag is het leren werken met de spanningsthermometer in situaties met spanning die vanuit angst komt.

Activiteit

Er staan twee turnkasten vlakbij elkaar.

De therapeut geeft de cliënt opdrachten en vraagt naar de spanning op de spanningsthermometer.

- Cliënt gaat op de kast staan.
- Cliënt doet de ogen dicht.
- Cliënt staat op één been.
- Cliënt springt van de ene kast naar de andere.
- De kasten worden steeds verder uit elkaar gezet en de cliënt blijft van kast naar kast springen.
- Wanneer stopt de cliënt?

De therapeut staat veel stil bij het gevoel van de cliënt. Hoe voelt de cliënt de spanning? Waar voelt de cliënt de spanning? Wat is het verschil met de vorige opdracht in gevoel?

Nagesprek

In het nagesprek wordt in ieder geval besproken:

- Hoe is het om met de thermometer te werken?
- Hoe vond de cliënt de therapie van vandaag?
- Volgende week wordt er gewerkt met de spanningsthermometer i.c.m. boosheid.

Huiswerk

De cliënt krijgt een spanningsthermometer mee naar huis. Hij vult deze twee dagen in, door kruisjes te zetten hoe hoog de spanning op een bepaald moment is. De cliënt schrijft bij het kruisje wat er op dat moment was gebeurd.

Sessie 3

Begingesprek:

In het begingesprek worden in ieder geval de volgende punten besproken:

- Hoe is het met de cliënt?
- Zijn er nog bijzonderheden gebeurd de afgelopen week?
- Wat is er vorige week in de therapie gedaan?
- Het huiswerk wordt besproken.
- Vandaag gaan we kijken naar spanning in combinatie met boosheid.

Activiteit

Voetbal, twee verschillende vormen.

1. De therapeut en de cliënt hebben allebei een doeltje. Ze proberen bij elkaar te scoren. De therapeut speelt met veel fysiek contact en bekijkt de reactie van de cliënt. De spanning wordt besproken i.c.m. de spanningsthermometer. Hoe voelt de cliënt spanning in deze situatie?
2. De therapeut en de cliënt hebben allebei een kegel/blokje. Ze proberen elkaars blokje/kegel om te schieten. De therapeut speelt vals, bijvoorbeeld door zijn blokje te verstoppen of door de bal snel uit te nemen. Wat voelt de cliënt? Hoe hoog is de spanning op de thermometer?

De therapeut staat, net als vorige week, veel stil bij wat de cliënt voelt. Het is belangrijk voor de cliënt om erachter te komen waar hij/zij de spanning voelt, zodat hij/zij dat later in de behandeling kan gebruiken.

Nagesprek

In het nagesprek wordt in ieder geval besproken:

- Hoe vond de cliënt het vandaag?
- Wat is er vandaag gedaan in de therapie?
- Volgende week wordt er gekeken naar hoe goed de cliënt spanning kan inschatten en wat het verschil in gevoel is.

Huiswerk

De cliënt krijgt een spanningsthermometer mee naar huis. Hij vult deze twee dagen in, door kruisjes te zetten hoe hoog de spanning op een bepaald moment is. De cliënt schrijft bij het kruisje wat er op dat moment was gebeurd.

Sessie 4

Begingesprek:

In het begingesprek worden in ieder geval de volgende punten besproken:

- Hoe is het met de cliënt?
- Zijn er nog bijzonderheden gebeurd de afgelopen week?
- Wat is er vorige week in de therapie gedaan?
- Het huiswerk wordt besproken.
- Vandaag gaan we kijken naar hoe goed de cliënt spanning in kan schatten en hoe je het verschil kan voelen.

Activiteit

De therapeut heeft op vier plaatsen in de zaal een briefje neergelegd. De volgende briefjes zijn gebruikt:

- 0 spanning
- 3 spanning
- 6 spanning
- 8 spanning

De cliënt wordt gevraagd om bij ieder briefje een situatie te bouwen met het aanwezige materiaal, die qua spanningsgevoel voor de cliënt overeen komen met de spanning op de briefjes.

Als de cliënt de vier situaties heeft gebouwd, gaan de cliënt en therapeut naar de situatie met 0 spanning. Daarna bezoeken ze de oplopende spanningssituaties. De therapeut vraagt bij iedere situatie de volgende dingen na:

- Klopt de gebouwde situatie voor jou met de spanning op het briefje?
- Wat voel je nu?
- Als het niet klopt, wat moet je dan aanpassen aan de situatie om toch de spanning overeen te laten komen met het briefje?
- Wat voel je in deze situatie anders dan in de andere situaties? Wat is het verschil in je lichaam?

Nagesprek

In het nagesprek wordt in ieder geval besproken:

- Hoe vond de cliënt het vandaag?
- Wat is er vandaag gedaan in de therapie?
- Volgende week wordt er gekeken naar wat de verschillende kleuren in de thermometer betekenen en wat je wanneer het beste kan doen.

Huiswerk

De cliënt krijgt een vragenlijst mee. Dit is dezelfde vragenlijst als de cliënt bij de intake heeft meegekregen. De cliënt wordt gevraagd deze in te vullen en volgende week mee te nemen.

Sessie 5

Begingesprek:

In het begingesprek worden in ieder geval de volgende punten besproken:

- Hoe is het met de cliënt?
- Zijn er nog bijzonderheden gebeurd de afgelopen week?
- Wat is er vorige week in de therapie gedaan?
- Vandaag gaan we kijken wat de verschillende kleuren van thermometer nou eigenlijk betekenen. En wat doe je bij welke kleur?

Activiteit

De therapeut geeft de cliënt de opdracht om een zo hoog mogelijke toren te bouwen van al het beschikbaar materiaal in de zaal. De cliënt bouwt zelf de toren. Als hij/zij het moeilijk vindt worden of als de toren niet helemaal stevig staat, betekent dat, dat de situatie oranje is. De cliënt moet dan proberen om hulp te vragen van de therapeut, zodat de situatie weer veilig wordt. Als de toren te instabiel staat of als de cliënt het te moeilijk vindt, moet de cliënt stoppen en de therapeut vragen om het weer veilig te maken. Dan is de situatie namelijk rood.

Dit is een vrij abstracte situatie waarin de cliënt misschien af en toe bevraagd moet worden op de kleur van de toren. Is de toren nog groen? Of is hij eigenlijk al oranje en zou de cliënt om hulp moeten vragen?

Aan het eind van de therapie mag de cliënt omhoog klimmen. Tot waar gaat de cliënt? Heeft hij/zij hulp nodig of kan hij/zij het alleen? Wat wil dat zeggen over de kleur van de situatie?

Nagesprek

In het nagesprek wordt in ieder geval besproken:

- Hoe vond de cliënt het vandaag?
- Wat is er vandaag gedaan in de therapie?
- Volgende week gaan we nog een keer aan de slag met de kleuren van de thermometer.

Sessie 6

Begingesprek:

In het begingesprek worden in ieder geval de volgende punten besproken:

- Hoe is het met de cliënt?
- Zijn er nog bijzonderheden gebeurd de afgelopen week?
- Wat is er vorige week in de therapie gedaan?
- Vandaag gaan we op een andere manier kijken wat je kunt doen bij de verschillende kleuren van de thermometer.

Activiteit

De cliënt en de therapeut gaan trampoline springen. De grote trampoline wordt in de zaal gezet en de cliënt mag even inspringen om aan de trampoline te wennen.

De therapeut gaat samen met de cliënt op de trampoline. Ze hebben allebei hun eigen ruimte. De therapeut gaat steeds dichterbij de cliënt toe springen en let daarbij op wat de cliënt laat zien. Hij vraagt ook naar het gevoel van de cliënt. Levert dit spanning op? Hoe voelt die spanning?

De therapeut stuurt, waar nodig, de cliënt aan om een adequate oplossing te vinden ten opzichte van de spanning. Bijvoorbeeld weglopen/springen van de therapeut of vragen of de therapeut naar achter wil gaan. De therapeut zorgt ervoor dat dit dan ook gebeurt. Nagelang de cliënt dit oppikt, maakt de therapeut het hem/haar steeds moeilijker, maar blijft wel alert op de signalen die de cliënt afgeeft.

Nagesprek

In het nagesprek wordt in ieder geval besproken:

- Hoe vond de cliënt het vandaag?
- Wat is er vandaag gedaan in de therapie?
- Volgende week wordt er gekeken wat de cliënt de fijnste manier vindt om spanning te reduceren, zodat deze niet uitmondt in een paniekaanval of woede-uitbarsting.

Sessie 7

Begingesprek:

In het begingesprek worden in ieder geval de volgende punten besproken:

- Hoe is het met de cliënt?
- Zijn er nog bijzonderheden gebeurd de afgelopen week?
- Wat is er vorige week in de therapie gedaan?
- De therapeut legt uit dat de cliënt nu de mate van spanning in zijn/haar lichaam kan aan voelen en dat de cliënt het waarschijnlijk het fijnst vindt om een lage spanning te hebben. De afgelopen twee weken hebben we geoefend met wat je moet doen bij welke kleur op de spanningsthermometer om de spanning laag te houden.
- Vandaag gaat de cliënt op zoek naar de fijnste manier voor hem/haar om spanning te reduceren.

Activiteit

Vandaag wordt er tikkertje met hindernissen gespeeld. Sommige hindernissen zijn te moeilijk/gevaarlijk/spannend voor de cliënt. De therapeut observeert wat de cliënt doet bij deze hindernissen (bijv. hulp vragen, vermijden, situatie aanpassen, niets). Deze observatie kan informatie geven voor een eventueel vervolgtraject.

De therapeut probeert, indien nodig, de cliënt bij te sturen in de gevaarlijke/spannende situaties. Hierin wordt ook weer geobserveerd wat de cliënt doet met de aanwijzingen en de hulp.

De therapeut zorgt ervoor dat hij in ieder geval duidelijkheid krijgt over:

- Waar de spannende situaties waren voor de cliënt.
- Wat de cliënt spannend vond.
- Wat de cliënt heeft gedaan met die spannende situaties.
- Hoe de cliënt het vond.

De therapeut en cliënt kunnen samen de situaties aanpassen, zodat deze wel weer veilig en niet te spannend worden.

Nagesprek

In het nagesprek wordt in ieder geval besproken:

- Hoe vond de cliënt het vandaag?
- Wat is er vandaag gedaan in de therapie?
- Volgende week is de laatste keer. Als de cliënt zelf nog iets heeft waar hij/zij mee wil werken, wordt dat gedaan. Anders kiest de therapeut een thema wat al aan bod is gekomen, om nog een keer mee te oefenen.

Sessie 8

Begingesprek:

In het begingesprek worden in ieder geval de volgende punten besproken:

- Hoe is het met de cliënt?
- Zijn er nog bijzonderheden gebeurd de afgelopen week?
- Wat is er vorige week in de therapie gedaan?
- Vandaag is de laatste keer. Als de cliënt specifiek iets heeft waar hij/zij aan wil werken, wordt daaraan gewerkt. Anders wordt de volgende activiteit aangeboden:

Activiteit

Vandaag wordt er een activiteit gedaan die door de cliënt wordt gekozen (als die nog wat heeft om aan te werken) of de therapeut kan een thema terug laten komen van de afgelopen weken.

Nagesprek

In het nagesprek wordt in ieder geval besproken:

- Hoe vond de cliënt het vandaag?
- Wat is er vandaag gedaan in de therapie?
- Vandaag was de laatste keer. Volgende week hebben we eindevaluatie.
- Wat heeft de cliënt in de afgelopen acht keer geleerd?

Huiswerk

De cliënt krijgt een vragenlijst mee om in te vullen voor de eindevaluatie. Dit is dezelfde vragenlijst als hij heeft meegekregen bij de intake en na de vierde sessie.

Behandelstrategieën en interventies

Hieronder is schematisch weergegeven hoe de sessies zijn ingedeeld over de acht weken. De strategie en interventies staan hierin beschreven.

In het begin wordt de meeste aandacht besteed aan ontdekkingsgerichte therapie. De cliënt ontdekt, met hulp van de therapeut, hoe spanning bij hem/haar in elkaar zit. Pas als de cliënt heeft ontdekt hoe hij/zij spanning kan voelen, kan er geoefend worden met nieuwe manieren van omgaan met de spanning, de cliënt leert nieuwe vaardigheden.

Week	Thema	Strategie	Interventie
1	Kennismaken	Ontdekken	Informatie geven/inwinnen
2	Spanningsthermometer en angst	Ontdekken	Instructies geven
3	Spanningsthermometer en boosheid	Ontdekken	Instructies geven/confronteren
4	Verschil in spanning	Ontdekken	Instructies geven
5	Wat te doen bij welke spanning?	Oefenen	Instructies geven/bekrachten
6	Wat te doen bij welke kleur?	Oefenen	Instructies geven/bekrachten
7	Spanning reduceren	Oefenen	Instructies geven/bekrachten
8	Herhaling en afscheid	Oefenen	Instructies en informatie geven

Therapeut en therapeutische attitude

Er wordt in deze module gewerkt met één therapeut. Het geslacht van deze therapeut heeft geen invloed op de uitvoering van de module. De reden voor het werken met één therapeut is om de cliënt duidelijkheid te verschaffen in de relatie met de therapeut.

De therapeut heeft een sturende attitude, de therapeut stuurt het proces, maar laat de cliënt werken. De therapeut observeert het proces van de cliënt en geeft terug wat hij daarin ziet.

Groep en/of individueel

Deze module is geschreven voor individuele therapie. De therapeut werkt één op één met de cliënt.

Fasering

De behandeling bestaat uit acht sessies. De eerste sessie staat in het teken van kennismaking, contact maken en een vertrouwensband creëren.

Tijdens de eerste fase van de behandeling wordt nagegaan wat de cliënt voelt als hij spanning voelt en hoeveel spanning hij dan voelt. De spanningsthermometer wordt in deze fase geïntroduceerd.

In de tweede fase wordt in meer complexere oefeningen geprobeerd spanning op te wekken en de cliënt oefent om met die spanning om te gaan of die spanning te reduceren.

De laatste sessie staat in het teken van een laatste oefening van wat er is geleerd, afscheid nemen en de behandeling afsluiten.

Opbouw sessie(s)

Een sessie begint met een begingesprek, de therapeut vraagt hoe het met de cliënt is, of er de afgelopen week nog bijzonderheden zijn gebeurd die besproken moeten worden en of de cliënt nog weet wat er de week ervoor in de therapie gedaan is. Na dit gesprek wordt het doel voor de sessie van die dag uitgelegd.

Na het gesprek volgt het oefendeel. In dit deel van de sessie kunnen er één of meerdere oefeningen gedaan worden, afhankelijk van het thema en het verloop van de sessie.

Na de oefeningen wordt er nog nabesproken, wat heeft de cliënt vandaag gedaan en/of geleerd? De sessie wordt afgesloten en de cliënt gaat terug naar huis of school.

Huiswerk

Als de spanningsthermometer geïntroduceerd is aan de cliënt, krijgt hij die ook eentje mee naar huis. De cliënt vult de spanningsthermometer gedurende twee dagen per week in. Op een aantal momenten per dag (bijvoorbeeld bij het opstaan, op school, bij het avondeten, als er iets spannends gebeurt) kruist de cliënt aan hoe hoog zijn spanning is. Hij schrijft er ook bij wat er op dat moment gebeurde.

Deze huiswerkopdracht kan een aantal keer herhaald worden tijdens de behandeling, om de cliënt meer inzicht te geven over zijn spanning.

Organisatie

Iedere sessie duurt ongeveer 45 minuten, met een uitloopmogelijkheid tot één uur.

De cliënt komt één keer in de week bij de therapeut.

Er worden acht sessies gehouden, plus een intake en een eindevaluatiegesprek.

Als een cliënt vragen heeft naar aanleiding van een sessie, kan hij met vragen altijd terecht bij de therapeut.

Evaluatie

De cliënt heeft voorafgaand aan de behandeling een vragenlijst ingevuld over lichaamssignalen met betrekking tot spanning. Na de behandeling vult de cliënt dezelfde vragenlijst in, waarna de twee vragenlijsten kunnen worden vergeleken. Aan de hand van deze vragenlijsten kan de module worden geëvalueerd.

Het proces van de cliënt wordt in het eindevaluatiegesprek geëvalueerd. Er wordt door de therapeut een evaluatieverslag geschreven, aan de hand van een aantal punten (zijn de doelen bereikt? Zijn de klachten weggenomen? Zijn er zichtbaar veranderingen in het gedrag van de cliënt?). Dit wordt ook besproken in het eindevaluatiegesprek.

Algemene randvoorwaarden

Algemeen

Voor de basisberoepscode verwijst ik u naar het 'Beroepsprofiel Psychomotorisch Therapeut' van de NVPMT.

Spel- en oefenmateriaal

Tijdens de behandeling wordt volop gebruik gemaakt van materiaal wat normaal gesproken beschikbaar is in een gymzaal. Indien materiaal, zoals beschreven in deze module, niet beschikbaar is, moet er gezocht worden naar een zo goed mogelijk alternatief.

Op zijn minst zijn nodig:

- Een (voet)bal
- Twee banken
- Twee pylonen/kegels/blokjes
- Twee kasten
- Een grote trampoline
- Materiaal voor een hindernisbaan
- Materiaal om een zo hoog mogelijke toren mee te bouwen

(Sport)kleding/schoeisel/beschermingsmateriaal

De cliënt draagt makkelijk zittende kleding, dit hoeft geen sportkleding te zijn. Beiden dragen ze sportschoenen zonder zwarte zolen. De therapeut draagt passende kleding, die makkelijk zit en waar makkelijk in bewogen kan worden.

Audiovisuele hulpmiddelen

Er wordt geen gebruik gemaakt van audiovisuele hulpmiddelen.

Accommodatie

De behandeling wordt bij voorkeur gegeven in een gymzaal, van ongeveer 11 meter bij 20 meter. Het is handig als er lijnen op de vloer staan.

Personeel

Deze module kan gegeven worden door zowel een beginnende beroepsbeoefenaar als een meer ervaren therapeut. De therapeut moet kennis hebben van de verschillende lichaamssignalen die naar voren komen bij spanning bij de cliënt.

Tijdsinvestering

Iedere therapie duurt ongeveer 45 minuten. De therapeut bereidt deze therapie voor, waardoor de totale tijd voor de therapie op ongeveer een uur komt. De intake duurt ook ongeveer 45 minuten, waarna de therapeut een intakeverslag schrijft. Het schrijven van dit verslag neemt ongeveer een uur tot 1,5 uur in beslag.

Halverwege de therapie schrijft de therapeut een observatieverslag, wat ook ongeveer een uur tot 1,5 uur in beslag neemt. Na afloop van de behandeling schrijft de therapeut een eindevaluatie, wat ongeveer 1,5 uur kost.

Valkuilen en oplossingen

Iemand met PDD-NOS denkt veel in hokjes. Ze vinden het lastig om verschillende situaties met elkaar te vergelijken en om het geleerde uit de ene situatie mee te nemen naar een andere situatie. Iets wat thuis gebeurt, heeft volgens hen vaak niets te maken met wat er op school of in de therapie gebeurt.

Mensen met PDD-NOS kunnen wel iets aangeleerd krijgen. Als ze iets vaak genoeg herhalen, bijvoorbeeld in de therapie, zullen ze zich een vaardigheid eigen maken en daardoor ook de vaardigheid in andere situaties kunnen gebruiken.

Een andere valkuil is dat een cliënt lastig in beweging te krijgen is. Hij of zij kan de oefening niet begrijpen of het nut er niet van inzien. Als het doel van de oefening niet duidelijk is, is het lastig voor de cliënt om deel te nemen aan de oefening. Het is dus belangrijk om de rationale goed uit te leggen. Als de cliënt dan nog niet in beweging te krijgen is, kan de therapeut zelf beginnen met de oefening, waarna de cliënt waarschijnlijk zal volgen. Als de cliënt een visueel beeld bij de oefening heeft, zal hij of zij sneller meedoen.

Literatuur

<http://www.orthopedagogiek.com/pdd-nos.htm>

American Psychiatric Association (2006). *DSM-IV-TR*

Bijlagen

Bijlage 1

Vragenlijst

Deze vragenlijst wordt aan de cliënt gegeven bij de intake, na de vierde therapie en voor de eindevaluatie. De vragenlijst is geschreven in lettertype Comic Sans, lettergrootte 14. Uit onderzoek is gebleken dat cliënten in de VGZ dit het prettigst vinden lezen. De vragenlijst is te vinden op de volgende bladzijde.

De cliënt krijgt deze vragenlijst drie keer mee. De therapeut kan de vragenlijsten met elkaar vergelijken en hierdoor bekijken of er resultaat is geboekt.

Vragenlijst

Naam cliënt:

Datum:

Deze vragen gaan over spanning. Vul deze lijst in (je mag hulp vragen) en neem hem mee naar de eerste therapie.

Wat vind jij spannend?

Wat vind jij eng?

Waar word jij boos van?

Waar word jij verdrietig van?

Als jij iets spannend vindt, wat doe je dan?

Als jij iets eng vind, wat doe je dan?

Als je boos bent, wat doe je dan?

Als je verdrietig bent, wat doe je dan?

Wanneer ben je zenuwachtig?

Wat doe je als je zenuwachtig bent?

Met wie kan je praten als je boos bent?

Wat doe je om niet meer boos te zijn?

Wat doe je om niet meer bang te zijn?

Wat doe je om niet meer zenuwachtig te zijn?

Wat wil je leren bij de PMT?

Beantwoord de volgende vragen door een kruisje te zetten.

1 betekent helemaal niet, 2 een beetje, 3 gemiddeld, 4 best veel en 5 heel veel.

	1	2	3	4	5
Ik vind het spannend als ik nieuwe mensen ontmoet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik word snel boos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik ga slaan als ik boos word.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik word snel verdrietig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik ben vaak zenuwachtig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik vind het vervelend als het druk is.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik vind nieuwe dingen doen spannend.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik weet niet zo goed wat ik moet doen als ik iets spannend vind.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik durf tegen iemand anders te zeggen dat ik iets spannend vind.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik weet wat 'gespannen zijn' betekent.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik merk het in mijn hoofd als ik gespannen ben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik merk het in mijn armen als ik gespannen ben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik merk het in mijn benen als ik gespannen ben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik wil leren beter met mijn spanning om te gaan.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bijlage 2

Spanningsthermometer

