



VERSLAVING LICHAAMSBEWUSTZIEN & ASSERTIVITEIT

Een onderzoek naar de relatie tussen lichaamsbewustzijn en assertiviteit.

Naam student: Lisa Zweers
Studentnummer: S1024806
Naam begeleider: Thomas Scheewe
Naam beoordelaar: Cor Niks
School: Chr. Hogeschool Windesheim, Zwolle
Opleiding: Psychomotorische therapie
& bewegingsagogie
Datum: 1 juni 2014
VOE code: HSK3AFS-BV4-13

Voorwoord

Het afgelopen jaar heb ik stage gelopen in de therapeutische gemeenschap van Hoog-hullen, onderdeel van Verslavingszorg Noord Nederland, in Eelde. Een van de zwaardere verslavingsklinieken voor mensen met een langdurige verslaving en problemen die daar bij komen kijken. Ik mocht hier een jaar lang mee kijken hoe de behandeling eruit zag en een aandeel leveren in die behandeling, in de vorm van psychomotorische therapie.

Wat al snel duidelijk werd, is dat veel mensen het moeilijk vinden zichzelf op een heldere en oprechte manier duidelijk te maken aan hun omgeving. De een houdt zich op de achtergrond en laat zich weinig zien, terwijl de ander constant op de voorgrond is en een ander weinig kans geeft iets te zeggen. Het leren van assertiviteit is voor de cliënten op de kliniek een belangrijk element. Doordat ik zelf veel bezig was met het aanbieden van lichaamsgerichte oefeningen en dit tegenkwam in assertiviteitsmodules, werd ik nieuwsgierig naar het verband tussen het lichaamsbewustzijn en de assertiviteit. Zodoende heb ik dit onderzoek opgestart. Ik ben persoonlijk ook aan de slag gegaan met het thema lichaamsbewustzijn in een cursus mindfulness. Mijn ervaringen uit deze cursus kon ik regelmatig gebruiken in de uitvoering van het onderzoek.

Het uitvoeren van het onderzoek was een uitdaging, voornamelijk qua tijdsplanning. Het paste allemaal strak in elkaar, waardoor alles in een keer goed moest gaan. Er was weinig speling. Ik vond het een uitdaging om mijn keuzes goed te onderbouwen, voor ik aan de slag kon gaan. Hierdoor vielen dingen soms ook mooi op hun plek, doordat het voorwerk goed was. Uit de vragenlijsten kwamen uiteindelijk niet de verwachte resultaten, wat me op een andere manier naar de stof liet kijken om te kunnen verklaren waar dit vandaan kwam. Al met al een interessante zoektocht waarin ik veel heb geleerd over lichaamsbewustzijn, assertiviteit en met name ook de verslavingsproblematiek. Het heeft me getriggerd om ook na het onderzoek me te verdiepen in de verslavingsproblematiek en in lichaamsgerichte oefening op zich.

Bij het voorbereiden en uitvoeren van dit onderzoek heb ik regelmatig hulp gehad van mensen die even over mijn schouder mee keken. Allereerst wil ik de cliënten van verslavingskliniek Hoog-hullen bedanken voor hun medewerking tijdens het onderzoek. Er was belangstelling voor wat ik deed en er werd serieus mee om gegaan. Zonder de deelnemers zou het niet gelukt zijn. Daarnaast wil ik ook graag mijn stagebegeleider, Hatta Smit, bedanken. Hij heeft regelmatig tijd gemaakt om even te sparren over de onderwerpen en het onderzoek goed in elkaar te zetten. Van zijn ervaring heb ik veel mogen leren over hoe je het lichaamsgericht werken breed kunt trekken. Ook wil ik Thomas Scheewe bedanken voor zijn hulp bij het uitwerken van de resultaten en de algemene ondersteuning.

Ik wens u veel plezier bij het lezen van dit onderzoeksverslag.

Lisa Zweers

Zwolle, 1 juni 2014

Samenvatting

Uit literatuur lijkt er een verband te zijn tussen lichaamsbewustzijn en assertiviteit. Mensen met een goed lichaamsbewustzijn, zijn meer assertief. Mensen met verslavingsproblematiek zijn zich, onder andere door het gebruik van middelen, vermindert bewust van hun lichaam. Vaak hebben zij ook problemen met het uiten van hun mening en gevoelens, ze zijn vermindert assertief. In dit onderzoek is onderzocht of er een relatie is tussen het vergroten van het lichaamsbewustzijn, door het aanbieden van lichaamsgerichte oefeningen in PMT, en de mate van assertiviteit van cliënten in verslavingskliniek Hoog-hullen.

De onderzoeksgroep bestond uit vijftien mannen met een alcohol- en/of drugsverslaving. Zij hebben tijdens de voor en nameting twee vragenlijsten ingevuld, namelijk de Scale of Body Connection en de Schaal voor interpersoonlijk Gedrag. Tussen de voor- en nameting vond een lichaamsgerichte interventie plaats waaraan de onderzoeksgroep deelnam. Het gaat hier om een pre-experimenteel, kwantitatief onderzoek.

Uit de resultaten bleek dat er weinig verandert was in het lichaamsbewustzijn en de assertiviteit van de cliënten. In de eerste meting leek er al weinig verband tussen beide vragenlijsten, wat in de tweede meting ook het geval was. Voor deze onderzoeksgroep leek er weinig verband tussen de mate van lichaamsbewustzijn en de assertiviteit.

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Samenvatting.....	3
Inhoudsopgave	4
Inleiding	5
Hoofdstuk 1: Methode	8
Hoofdstuk 2: Resultaten.....	12
Onderzoekspopulatie	12
Resultaten vragenlijsten.....	13
Relatie tussen vragenlijsten (SBC en SIG).....	14
Hoofdstuk 3: Discussie	17
Deelvraag 1.....	17
Deelvraag 2.....	18
Deelvraag 3.....	19
Onderzoek en beperkingen	19
Hoofdstuk 4: Conclusie	21
Hoofdstuk 5: Aanbevelingen	22
Literatuurlijst	23
Bijlage A : Algemene vragenlijst	24
Bijlage B : Scale of Body Connection	25
Bijlage C : Schaal voor Interpersoonlijk Gedrag	27

Inleiding

In Nederland zijn er verschillende organisaties die zich bezighouden met mensen met verslavingsproblematiek. De instelling 'Verslavingszorg Noord Nederland (VNN)' is daar één van. Een onderdeel van VNN is de therapeutische gemeenschap 'Hoog-hullen' in Eelde. Op deze locatie zijn gemiddeld dertig cliënten in behandeling die na het vastlopen in een lange periode van verslaving hun leven weer op willen pakken.

Verslaafd zijn wordt in het Van Dale woordenboek (Boon & Geeraerts, 2005) beschreven als het niet in staat zijn los te komen van een bepaalde gewoonte. Deze gewoonte is voor de cliënten die op de therapeutische gemeenschap Hoog-hullen in behandeling zijn het gebruik van drugs en/of alcohol. Ze zijn in hun dagelijks leven vastgelopen onder invloed van het gebruik van alcohol en/of drugs en kunnen zelfstandig de draad niet meer oppakken.

Wat gebruik van alcohol- en drugs gemeen hebben is de verandering van het bewustzijn die het tot gevolg heeft bij degene die de middelen gebruikt (Tjaden, 2004). Bewustzijn is het beseffen en kennen van het bestaan van zichzelf of van iets (Boon & Geeraerts, 2005). Het bewustzijn vermindert bijvoorbeeld door gebruik van drugs die verdoven of wordt juist verruimd door bijvoorbeeld de hallucinerende werking van bepaalde drugs.

Onder lichaamsbewustzijn wordt verstaan de mate waarin iemand zich bewust is van de sensaties die zich in het eigen lichaam voordoen, zowel fysiologisch als emotioneel (Price & Thompson, 2007).

Price en Thompson (2007) plaatsen tegenover lichaamsbewustzijn de lichaamsdissociatie. Dit wordt omschreven als het vermijden van lichaamssensaties, wat vervreemding van het lichaam en zijn emoties tot gevolg kan hebben. De lichaamsdissociatie kan dienen als natuurlijk beschermingsmechanisme om om te kunnen gaan met trauma's of pijnlijke herinneringen.

Bongaertz en Scheffers (2012) beschrijven lichaamsbewustzijn als het ervaren en uiting geven aan de lichamelijke sensaties en ook het opmerken van veranderingen in die lichaamssensaties.

In het onderzoek van Bongaertz en Scheffers (2012) wordt beschreven hoe het gebruik van middelen ervoor kan zorgen dat lichaamssensaties en emoties worden onderdrukt of vervormd en dus niet goed worden waargenomen.

De meerderheid van de onderzoeksgroep in het huidige onderzoek, bestaande uit cliënten met verslavingsproblematiek, benoemt lichaamssensaties te ontkennen en deze niet te koppelen aan emoties.

Door de werking van de drugs reageert een verslaafde veelal op basis van het hormonale verdedigingsmechanisme van vechten, vluchten of bevriezen. Dit verdedigingsmechanisme wordt actief in stressvolle situaties. De reactie gaat via het autonome zenuwstelsel (Leenders- Van Den Berkmortel, De Hoon, & Jansen, 2010) en gaat niet via het bewustzijn. Het lichaam maakt extra stresshormonen aan en staat klaar om te vechten, vluchten of bevriezen. Gedachten of gevoelens hebben hier weinig tot geen invloed op en dit proces komt pas achteraf in het bewustzijn. Het lichaam neemt tijdens de stress situatie de regie over om te kunnen overleven.

Wanneer het gaat over assertief gedrag, is het kunnen uiten van gedachten en gevoelens belangrijk. Van Erven (1980) beschrijft assertiviteit als een vaardigheid om in interpersoonlijke situaties bekrachtiging te zoeken, in stand te houden of te vergroten door uiting te geven aan gevoelens of wensen. Deze uiting kent het risico van verlies of zelfs straf. Een interpersoonlijke situatie is een situatie waarin er communicatie plaats vindt tussen twee of meer personen.

Wanneer er een gebrek is aan assertiviteit wordt dit in het algemeen zichtbaar in sub-assertief of agressief gedrag. Sub-assertief gedrag is het niet of nauwelijks opkomen voor iemands mening, er is weinig zelfrespect en er wordt overmatig rekening gehouden met de ander. Van agressief gedrag is sprake wanneer iemand zijn mening doordrukt en geen rekening houdt met de ander (Van Dijk & Elbers, 2007).

Uit onderzoek van Bakhshani en Hossienbor (2013) blijkt de mate van zelfregulering en de mate van assertiviteit bij mensen met een verslaving lager te zijn dan bij mensen zonder verslaving.

In dit onderzoek wordt de relatie tussen het lichaamsbewustzijn en assertiviteit onderzocht. In de assertiviteitsmodule van Fellingner, Maliepaard en Tummers (1999) wordt de relatie tussen deze twee begrippen al gelegd. Dit wordt zichtbaar in de keuze voor lichaamsgerichte activiteiten en de lichaamsgerichte interventies die in de module worden beschreven.

Ook de module voor agressieregulatie in de verslavingszorg (Leenders- Van Den Berkmortel, De Hoon, & Jansen, 2010) besteedt aandacht aan het weer gaan voelen van lichaamssignalen, om zo weer meer controle te krijgen over het eigen handelen.

Probleemstelling

Uit de hiervoor beschreven literatuur blijkt dat mensen met verslavingsproblematiek minder lichaamsbewust zijn. Daarnaast blijkt ook dat deze mensen in veel gevallen verminderd assertief zijn, wat zichtbaar wordt in sub-assertief of agressief gedrag. Zij zijn minder in staat om hun gevoelens en emoties op een goede manier kenbaar te maken aan hun omgeving. Door het aanbieden van lichaamsgerichte oefeningen in de psychomotorische therapie (PMT) wordt getracht het lichaamsbewustzijn te vergroten. Volgens de psychomotorisch therapeut op de instelling lijkt er een verband te zijn tussen de mate van lichaamsbewustzijn en de mate van assertiviteit. Er is echter niet aangetoond of dit daadwerkelijk het geval is.

Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is het al dan niet kunnen aantonen van een verband tussen het vergroten van het lichaamsbewustzijn (door middel van een lichaamsgerichte interventie) en de mate van assertiviteit van cliënten in de verslavingskliniek.

Dit heeft als doel voor de instelling dat er, naar aanleiding van de resultaten van dit onderzoek, een passender PMT-aanbod kan worden samengesteld om de assertiviteit van de cliënten te beïnvloeden.

Wanneer het PMT aanbod in de kliniek passender wordt, kan dat voor de cliënt een meer effectieve behandeling opleveren.

Voor de PMT binnen de verslavingszorg zou dit onderzoek een opstap kunnen zijn naar vervolgonderzoek over assertiviteitsmodules binnen de verslavingszorg.

Wanneer er aangetoond kan worden dat een assertiviteitsmodule effectief is zou deze geprotocolleerd kunnen worden in meerdere verslavingszorg instellingen toegepast kunnen worden.

Vraagstelling

De hoofdvraag die in dit onderzoek beantwoordt wordt luidt als volgt:

Is er een relatie tussen het vergroten van het lichaamsbewustzijn, door het aanbieden van lichaamsgerichte oefeningen in de wekelijkse PMT voor een periode van zes weken, en de mate van assertiviteit van cliënten in verslavingskliniek Hoog-hullen?

Deelvragen die bij deze hoofdvraag beantwoord dienen te worden zijn:

- Leidt het aanbieden van zes weken lichaamsgerichte oefeningen in de PMT tot het vergroten van het lichaamsbewustzijn van de cliënten in verslavingskliniek Hoog-hullen?
- Leidt het aanbieden van zes weken lichaamsgerichte oefeningen in de PMT tot het vergroten van de assertiviteit van cliënten in verslavingskliniek Hoog-hullen?
- Is er sprake van een positief verband tussen de verandering in het lichaamsbewustzijn en de verandering in de assertiviteit?

Naar aanleiding van de literatuur is de volgende hypothese geformuleerd:

Naar verwachting zal het aanbieden van de lichaamsgerichte oefeningen een positief effect hebben op het lichaamsbewustzijn. Tevens is de verwachting dat de assertiviteit van de cliënten is toegenomen na zes weken.

Er wordt verwacht dat er een relatie zal zijn tussen de toename van het lichaamsbewustzijn en de mate van assertiviteit van de cliënten.

Leeswijzer

In het eerste hoofdstuk van dit onderzoeksverslag is de onderzoeksmethode te lezen. In hoofdstuk twee zijn de resultaten van het onderzoek weergegeven in tekst en figuren.

In hoofdstuk drie is de discussie rondom de resultaten van het onderzoek te lezen, waarna in hoofdstuk vier de conclusie van het onderzoek is geformuleerd. In hoofdstuk vijf zijn de aanbevelingen weergegeven naar aanleiding van het onderzoek. Na de literatuurlijst zijn de bijlagen te vinden, waarin de gebruikte vragenlijsten zijn weergegeven.

Hoofdstuk 1: Methode

Onderzoeksdesign

In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van een voor- en nameting, waartussen een interventie plaats vindt. De resultaten uit de metingen zijn uit te drukken in cijfers. Er is geen controlegroep voor dit onderzoek. Er is dus sprake van een longitudinaal, kwantitatief, pre-experimenteel onderzoek (Bakker & Van Buuren, 2009).

Meetinstrumenten

Voor het verzamelen van de gegevens voor het onderzoek wordt gebruik gemaakt van twee vragenlijsten. De eerste vragenlijst is de Scale of Body Connection (SBC; Price & Thompson, 2007). De SBC geeft informatie over het lichaamsbewustzijn en de lichaamsdissociatie van de deelnemers. De tweede is de Schaal voor Interpersoonlijk Gedrag (SIG; Arrindell et al., 1984). De SIG brengt de mate van assertiviteit van de deelnemers in beeld.

De SBC is ontwikkeld door Price en Thompson (2007) en is door L. van der Maas vertaald naar het Nederlands. De SBC bevat twee subschalen, namelijk het lichaamsbewustzijn (de mate waarin iemand zich bewust is van zijn lichaam en wat daarin voelbaar is) en de lichaamsdissociatie (de mate waarin afstand wordt genomen van het lichaam en zijn signalen). Een hoge score op de schaal voor lichaamsdissociatie betekent een minder grote afstand tot het lichaam.

De lijst bestaat uit twintig stellingen met daarin twaalf stellingen gericht op het lichaamsbewustzijn en acht stellingen gericht op de lichaamsdissociatie. Een voorbeeldvraag in de schaal 'lichaamsbewustzijn' is: "Ik merk dat mijn ademhaling oppervlakkig wordt wanneer ik nerveus ben." Een voorbeeldvraag in de schaal 'lichaamsdissociatie' is: "Ik heb het idee alsof ik van buitenaf naar mijn lichaam kijk."

Het scoren van de stellingen gebeurt via een 5-punts Likertschaal, namelijk van helemaal niet (1) tot altijd (5).

Price en Thompson hebben in 2007 een onderzoek uitgevoerd waarmee de betrouwbaarheid van de SBC is aangetoond.

Naast de twintig vragen van de SBC zijn er door de onderzoeker twee vragen toegevoegd. Deze vragen hebben betrekking op het lichaamsbewustzijn en lichaamsdissociatie tijdens bepaalde PMT-oefeningen.

De SIG is ontwikkeld door Arrindell, de Groot en Walburg (1984) en meet spannings- en vermijdingsmomenten van interpersoonlijk gedrag. Dit gebeurt in vier subschalen en kan zowel als totaalscore als domeinscore worden verwerkt. In dit onderzoek is gebruik gemaakt van de totaalscore. De vier subschalen zijn de volgende:

1. Het uiten van negatieve gevoelens. Een voorbeeldvraag hierbij is: "Als iemand je in de rede valt hem/haar zeggen dat je dat vervelend vindt."
2. Het uiten van onzekerheid en eigen ontoereikendheid. Een voorbeeldvraag hierbij is: "Toegeven dat je je vergist."
3. Het jezelf kenbaar maken. Een voorbeeldvraag hierbij is: "Een gesprekje beginnen met een onbekende."
4. Het uiten van positieve gevoelens. Een voorbeeldvraag hierbij is: "Iemand vertellen dat je hem/haar graag mag."

Iedere stelling wordt gescoord aan de hand van een 5-punts Likertschaal. Allereerst wordt de spanning gemeten die de in de stelling genoemde situatie oplevert (van helemaal niet (1) tot heel erg veel spanning (5)). Vervolgens wordt gemeten hoe vaak de persoon deze situatie tegenkomt (van nooit (1) naar heel vaak (5)).

Naast de SBC en de SIG wordt er een formulier ingevuld waarop de deelnemers aan het onderzoek een aantal gegevens over zichzelf invullen. Dit gaat om de leeftijd, geslacht, soort verslaving, de duur van de verslaving en eventuele eerdere behandeltrajecten.

Het vragen naar de soort verslaving is om een eventuele relatie te kunnen leggen tussen het gebruikte middel en de mate van lichaamsbewustzijn en/of assertiviteit. De werking van de verschillende drugs loopt erg uiteen, wat ook een andere invloed zou kunnen hebben op de lichaamsbeleving en assertiviteit. Er zijn bijvoorbeeld drugs die emoties dempen en andere die juist emoties vergroten (Verslavingszorg Noord Nederland, n.d.). Het effect dat een drug heeft kent ook verschillen per persoon en de werking is afhankelijk van de dosering en de combinatie van eventuele drugs.

Het vragen naar de duur van de verslaving kan leiden tot informatie over de periode van het starten met gebruik. Er is namelijk een verschil te onderscheiden tussen mensen die in hun puberteit beginnen met intensief gebruik en mensen die op latere leeftijd beginnen met intensief gebruik. In de puberteit maakt de adolescent een grote ontwikkeling door omtrent de persoonlijkheid en eigen identiteit (Feldman, 2008). Door gebruik van een middel zou deze ontwikkeling beïnvloedt kunnen worden. Uit een wat ouder onderzoek van Robins en Przybeck (1985) is gebleken dat adolescenten die voor hun vijftiende levensjaar begonnen met het gebruik van drugs een groter risico liepen op een verslaving en een groter risico liepen op een antisociale persoonlijkheidsstoornis. In het onderzoek worden diagnoses naast de verslaving niet meegenomen, omdat de diversiteit in diagnoses groot is en de onderzoeksgroep klein.

Onderzoekspopulatie

Aan het onderzoek hebben de cliënten van de verslavingskliniek Hoog-hullen deelgenomen. Dit zijn cliënten met een verslaving aan alcohol, drugs, gokken of een combinatie van deze verslavingsvormen. De cliënten zitten in een langdurig programma van ongeveer zeven tot twaalf maanden, waarbij zij intern verblijven op de therapeutische gemeenschap. Het programma wordt doorlopen op vrijwillige basis. De PMT is een verplicht onderdeel in de behandeling. Aan het onderzoek doen vijftien cliënten mee. De leeftijd van de deelnemers ligt tussen de vijftientwintig en vijfenvijftig jaar. Deelnemers aan het onderzoek dienen in ieder geval vier van de zes PMT bijeenkomsten bijgewoond te hebben, om mee te doen aan de eindmeting. Tevens dienen de deelnemers gedurende de zes weken in de kliniek te verblijven. Wanneer zij met ontslag zijn geweest tijdens de weken van de interventie, kunnen zij niet meer deelnemen aan het onderzoek. Wanneer er in de vragenlijsten meer dan vier vragen per meetmoment niet ingevuld zijn, wordt de vragenlijst niet mee genomen in de resultaten. De betreffende deelnemers worden uit de onderzoeksgroep gehaald.

Procedure

Voorafgaand aan de interventie is er een bijeenkomst georganiseerd waarbij alle deelnemers aan het onderzoek aanwezig waren. Tijdens deze bijeenkomst is het onderzoek geïntroduceerd. De procedure van het onderzoek en de afname van de vragenlijsten zijn uitgelegd en ook de anonieme deelname is benoemd. Mensen die niet aan het onderzoek deel willen nemen konden dit tijdens deze introductie aangeven op het toestemmingsformulier dat bij de vragenlijsten gevoegd was. Na deze introductie hebben de deelnemers de vragenlijsten ter plekke ingevuld. Dit gebeurde zelfstandig en er is gezorgd dat er geen contact is tussen de deelnemers, zodat deze elkaar niet beïnvloeden.

Iedere deelnemer heeft een nummer gekregen, welke ook bij het invullen na afloop van de interventie vermeld is. Op deze manier is anonieme deelname aan het onderzoek gewaarborgd. De vragenlijsten zijn persoonlijk ingeleverd na afloop van de bijeenkomst.

De daaropvolgende PMT bijeenkomst heeft de interventie plaats gevonden gedurende zes weken. De interventie is verderop in dit hoofdstuk nader toegelicht.

Bij iedere bijeenkomst is de aanwezigheid bijgehouden, om te kunnen zien hoe vaak iedere deelnemer heeft deelgenomen aan de interventie.

Na zes weken de interventie te hebben uitgevoerd zijn de vragenlijsten nogmaals afgenomen. Dit heeft plaatsgevonden binnen een week na de laatste bijeenkomst, op dezelfde manier als de eerste afname. Hierna is de data verwerkt.

Data-analyse

De data wordt verzameld op papier. De resultaten worden vervolgens verwerkt in het statistisch computerprogramma SPSS versie 20 (SPSS, Chicago, IL). SPSS staat voor Statistical Package for the Social Sciences en is een programma waarin gegevens geanalyseerd kunnen worden.

De gegevens van de beide vragenlijsten zijn per persoon ingevoerd. Wanneer bij een deelnemer onderzoeksgegevens missen, zijn het gemiddelde van de antwoorden op de andere vragen van de desbetreffende deelnemer op deze plek ingevoerd.

Na het controleren van de gegevens is middels SPSS gekeken of er sprake is van een significante verandering in de mate van lichaamsbewustzijn, gemeten door middel van de SBC (Price & Thompson, 2007), na de eerste en tweede meting. Ditzelfde is gedaan met de mate van assertiviteit, die gemeten is middels de SIG (Arrindell, De Groot, & J.A., 1984). Hiervoor is de Paired Samples T-Test uitgevoerd.

Om te kunnen zien of er een verband is tussen de verandering in het lichaamsbewustzijn en de assertiviteit zijn de resultaten uit beide vragenlijsten vergeleken middels een independent samples T-Test. Er is gebruik gemaakt van de non-parametrische correlatie toets van Spearman, aangezien de onderzoeksgroep klein was.

Door de verwerking van de gegevens in SPSS kan worden gekeken of er een significante verandering heeft plaatsgevonden voor en na de interventie. Een verandering wordt als significant gekwalificeerd indien de P-waarde kleiner is dan 0,05.

Voor het juist gebruiken van de formules in SPSS is een beroep gedaan op de informatie uit het basishandboek voor SPSS (De Vocht, 2007).

De interventie

De interventie die in dit onderzoek is toegepast bestaat uit het aanbieden van lichaamsgerichte oefeningen in de PMT binnen de instelling Hoog-hullen. Dit gebeurt in een aaneengesloten periode van zes weken. In deze zes weken vindt er iedere woensdagmiddag een bijeenkomst plaats van 90 minuten waarbij de gehele onderzoeksgroep aanwezig is. Doordat op de therapeutische gemeenschap de groepslessen met de hele groep zijn, is de onderzoeksgroep niet gesplitst in twee kleinere groepen. Hierdoor krijgen alle deelnemers aan het onderzoek dezelfde interventie toegepast.

Iedere bijeenkomst start met een bodyscan. Deze is gericht op het focussen op het eigen lichaam en het aandacht hebben voor wat er in het lichaam voelbaar is.

De keus voor de activiteiten in de interventie is deels gebaseerd op een assertiviteitsmodule van de Nederlandse Vereniging voor PMT (Fellinger, Maliepaard, & Tummers, 1999). Daarnaast is de ervaring van de psychomotorisch therapeut op de instelling gebruikt in de samenstelling van de interventie.

De eerste twee bijeenkomsten stonden in het teken van het stilstaan bij het eigen lichaam. Dit kwam naar voren middels een bodyscan en oefeningen waarbij de focus gaat naar wat er in het eigen lijf

ervaren wordt. Dit gebeurde zowel in individuele oefeningen als in contact oefeningen, waarbij ook nagegaan werd wat er in het eigen lijf gebeurde in het contact met de ander.

In de derde en vierde bijeenkomst is het voelen van emoties in het lijf aan bod gekomen. Er is wederom gestart met een bodyscan, waarin ook aandacht werd geschonken aan emoties die werden ervaren en waar deze in het lijf werden ervaren. Hierna volgden een aantal oefeningen waarbij verschillende emoties ervaren konden worden, waarbij er aandacht was voor wat er op zo'n moment in het lijf gebeurde.

In de vijfde en zesde bijeenkomst is geoefend met het voelen van het eigen lijf in contact oefeningen en ook het gebruiken van lichaamssignalen in het contact met de ander. Dit gebeurde in verschillende vertrouwens- en grensoefeningen, waarbij gefocust werd op wat er in het lijf gebeurde.

Hoofdstuk 2: Resultaten

Onderzoekspopulatie

Voorafgaand aan het onderzoek is er een mondelinge uitleg gedaan over het onderzoek. In deze uitleg is vertelt hoe het onderzoek in zijn werk zal gaan. Tevens is benoemd op welke manier de anonimiteit van de deelnemers is gewaarborgd. Al de aanwezige deelnemers hebben toestemming verleend aan het deelnemen van het onderzoek. Aan het onderzoek hebben negentien cliënten deelgenomen. Hiervan zijn vier mensen uitgevallen in verband met het missen van de minimale aanwezigheid tijdens de interventie, die gesteld is op vier van de zes bijeenkomsten. Er zijn geen deelnemers uitgevallen door het niet correct invullen van de vragenlijsten. De resultaten van de deelnemers die niet aan de aanwezigheidseis hebben voldaan zijn niet meegenomen in de onderzoeksresultaten.

De onderzoeksgroep waarop de resultaten zijn gebaseerd bestond uit vijftien deelnemers. Al deze deelnemers zijn man en de gemiddelde leeftijd is 40 jaar. De jongste deelnemer is 27 jaar en de oudste 55 jaar.

Van de deelnemers hebben zeven een drugsverslaving. De soort drugs is zeer divers. Een veelvoorkomende drug is GHB, cocaïne en cannabis. Daarnaast zijn er deelnemers die meerdere middelen gebruikten.

Zes deelnemers hebben een alcoholverslaving en twee deelnemers gebruikten zowel alcohol als drugs.

De gemiddelde duur van de verslaving is 19 jaar, met een minimum van 4 jaar en een maximum van 44 jaar.

Van de deelnemers aan het onderzoek heeft het grootste deel (93,3%) al één of meerdere behandelingen gehad voor de opname op Hoog-hullen.

Bij de start van het onderzoek waren tien deelnemers minder dan twee maanden in behandeling. Eén deelnemer was twee tot vier maanden in behandeling en vier deelnemers waren vier tot zes maanden in behandeling.

Tabel 1

Algemene gegevens onderzoekspopulatie

		Frequentie	Percentage
Geslacht	Man	15	100%
	Vrouw	0	0%
Leeftijd	20-30 jaar	3	33,4%
	30-40 jaar	4	26,7%
	40-50 jaar	8	53,3%
	50-60 jaar	2	13,3%
Verslaving	Drugs	7	46,7%
	Alcohol	6	40 %
	Beide	2	13,3%
Duur van verslaving	0-10 jaar	3	20%
	10-20 jaar	7	46,7%
	20-30 jaar	3	20%
	30-40 jaar	1	6,7%
	40-50 jaar	1	6,7%
Duur van opname op Hoog-hullen	0-2 maanden	10	66,7%
	2-4 maanden	1	6,7%
	4-6 maanden	4	26,7%

Resultaten vragenlijsten

Op 19 maart heeft het eerste meetmoment plaatsgevonden, waarin de deelnemers de SBC en de SIG hebben ingevuld. Op 30 april heeft het tweede meetmoment plaatsgevonden. Hieronder zijn de resultaten van beide vragenlijsten weergegeven.

Lichaamsbewustzijn (SBC)

In Tabel 2 zijn de gemiddelde en de totaalscores van de SBC weergegeven. Dit is gebeurd voor de twee subschalen, namelijk het lichaamsbewustzijn en de lichaamsdissociatie. De resultaten van de eerste en de tweede meting zijn naast elkaar weergegeven.

Tabel 2

Resultaten lichaamsbewustzijn (SBC). Gemiddelde en totaalscore.

	<i>SBC 1 bew¹</i>	<i>SBC 2 bew²</i>	<i>SBC 1 diss³</i>	<i>SBC 2 diss⁴</i>
<i>Aantal</i>	15	15	15	15
<i>Gemiddelde</i>	3,4923	3,4872	3,3037	3,3407
<i>St deviatie⁵</i>	0,3664	0,4088	0,5402	0,5048
<i>Totaalscore</i>	52,38	52,31	49,56	50,11

De gegevens in Tabel 2 zijn verwerkt aan de hand van de Descriptive Statistics, die de gemiddelde en totaalscore berekent, en de Paired Samples T-test, welke meting één met meting twee vergelijkt. Uit Tabel 2 kan afgelezen worden dat de gemiddelde score op de subschaal 'lichaamsbewustzijn' tijdens de eerste meting 3,492 is en tijdens de tweede meting 3,487. De score op het lichaamsbewustzijn is, over de hele groep genomen, heel licht gedaald met een verschil van 0,005. Dit verschil is niet significant met $p = 0,952$. Het gevonden verschil berust met grote waarschijnlijkheid op toeval.

De gemiddelde score op de subschaal 'lichaamsdissociatie' is tijdens de eerste meting 3,304 en tijdens de tweede meting 3,341. De score op de schaal voor lichaamsdissociatie is over de hele groep genomen heel licht gestegen met een verschil van 0,037. Dit verschil is niet significant met $p = 0,817$.

Assertiviteit (SIG)

In Tabel 3 zijn de gemiddelde en de totaalscores van de SIG verwerkt. Dit is gedaan aan de hand van de twee schalen, namelijk de hoeveelheid spanning die een situatie oplevert en de frequentie waarmee een bepaalde situatie zich voordoet. Voor de berekening van de gemiddelde score en de standaard deviatie is gebruik gemaakt van de Descriptive Statistics berekening van SPSS. Voor het vergelijken van de gegevens en voor het berekenen van eventuele significantie is gebruik gemaakt van de Paired Samples T-test.

Tabel 3

Resultaten assertiviteit (SIG). Gemiddelde en totaalscore.

	<i>SIG 1 spanning⁶</i>	<i>SIG 2 spanning⁷</i>	<i>SIG 1 frequentie⁸</i>	<i>SIG 2 frequentie⁹</i>
<i>Aantal</i>	15	15	15	15
<i>Gemiddelde</i>	2,425	2,409	2,409	2,379
<i>St deviatie</i>	0,896	0,690	0,291	0,378
<i>Totaalscore</i>	36,38	36,14	36,14	35,68

¹ SBC 1 bew: eerste meting van de SBC subschaal 'lichaamsbewustzijn'.

² SBC 2 bew: tweede meting van de SBC subschaal 'lichaamsbewustzijn'.

³ SBC 1 diss: eerste meting van de SBC subschaal 'lichaamsdissociatie'.

⁴ SBC 2 diss: tweede meting van de SBC subschaal 'lichaamsdissociatie'.

⁵ St deviatie: de standaardafwijking rondom het gemiddelde. Bij een grote standaarddeviatie is de afwijking van het gemiddelde groot.

⁶ SIG 1 spanning: eerste meting van de SIG subschaal 'spanning'.

⁷ SIG 2 spanning: tweede meting van de SIG subschaal 'spanning'.

⁸ SIG 1 frequentie: eerste meting van de SIG subschaal 'frequentie'.

⁹ SIG 2 frequentie: tweede meting van de SIG subschaal 'frequentie'.

Uit Tabel 3 is af te lezen dat de gemiddelde score voor de subschaal 'spanning' tijdens de eerste meting 2,425 is en tijdens de tweede meting 2,409. De score is over de hele groep genomen licht gedaald, met een verschil van 0,016. Dit verschil is niet significant met $p = 0,902$.

De gemiddelde score op de subschaal 'frequentie' is tijdens de eerste meting 2,409 en tijdens de tweede meting 2,379. De score voor de frequentie waarmee de genoemde situaties zich voordoen is licht gedaald, met een verschil van 0,03. Dit verschil is niet significant met $p = 0,716$.

Uit bovenstaande resultaten blijkt dat er weinig verschil is tussen de eerste meting en de tweede meting. De verschillen tussen beide metingen zijn erg klein en niet significant.

De correlaties zoals hierboven zijn beschreven, zijn ook weergegeven in Tabel 4. Voor deze resultaten is de Paired Samples T-Test uitgevoerd.

Tabel 4

Relatie tussen twee meetmomenten binnen de schalen in de vragenlijst.

	<i>T</i>	<i>Df</i>	<i>Significantie (p)</i>
<i>SBC 1 bew & SBC 2 bew</i> ¹⁰	0,061	14	0,952
<i>SBC 1 diss & SBC 2 diss</i> ¹¹	-0,236	14	0,817
<i>SIG 1 sp & SIG 2 sp</i> ¹²	0,125	14	0,902
<i>SIG 1 freq & SIG 2 freq</i> ¹³	0,371	14	0,716

In Tabel 4 is te zien dat er geen sprake is van een significante verandering tussen de eerste en tweede meting van beide vragenlijsten. Pas wanneer de significantie gelijk of lager is dan 0,05 is deze significant te noemen.

Relatie tussen vragenlijsten (SBC en SIG)

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden is het nodig te onderzoeken of er een relatie is tussen de SBC en de SIG binnen dezelfde meetmomenten. Om dit te berekenen is de non-parametrische correlatie toets (Spearman) uitgevoerd. De resultaten van deze berekening zijn weergegeven in Tabel 5 en 6.

Tabel 5

De relatie tussen de verschillende vragenlijsten, binnen het eerste meetmoment.

		<i>SBC 1 bew</i>	<i>SBC 1 diss</i>	<i>SIG 1 spanning</i>	<i>SIG 1 frequentie</i>
SBC 1 bew	Correlation Coefficient ¹⁴	1,000	-,247	-,219	-,076
	Sig. (2-tailed) ¹⁵	.	,375	,433	,788
	N ¹⁶	15	15	15	15
SBC 1 diss	Correlation Coefficient	-,247	1,000	,509	,004
	Sig. (2-tailed)	,375	.	,053**	,990
	N	15	15	15	15
SIG 1 spanning	Correlation Coefficient	-,219	,509	1,000	,250
	Sig. (2-tailed)	,433	,053**	.	,369
	N	15	15	15	15

¹⁰ SBC subschaal 'lichaamsbewustzijn', meting 1 en 2.

¹¹ SBC subschaal 'lichaamsdissociatie', meting 1 en 2.

¹² SIG subschaal 'spanning', meting 1 en 2.

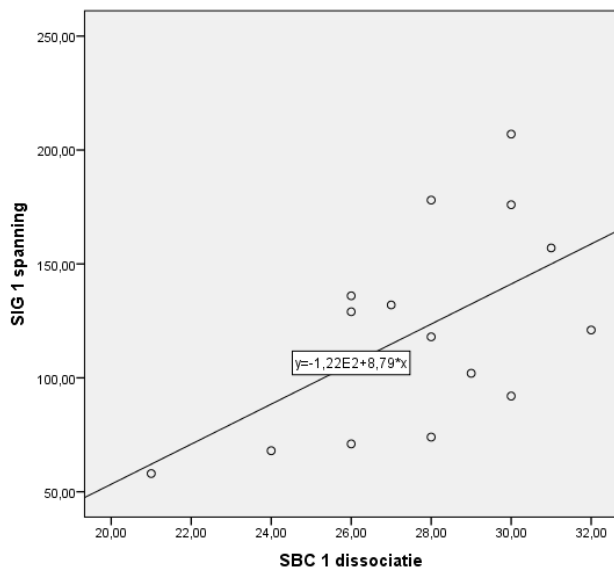
¹³ SIG subschaal 'frequentie', meting 1 en 2.

¹⁴ De correlatie tussen beide variabelen. 1= volledige samenhang, 0= geen samenhang, -1= negatieve samenhang.

¹⁵ Het getal voor de significantie. Een relatie is significant wanneer deze waarde kleiner of gelijk is aan 0,05.

¹⁶ N is het aantal deelnemers dat de vragenlijst correct heeft ingevuld.

SIG 1 frequentie	Correlation Coefficient	-,076	,004	,250	1,000
	Sig. (2-tailed)	,788	,990	,369	.
	N	15	15	15	15



Figuur 1

De verdeling van de groep voor de eerste meting van de SBC subschaal 'lichaamsdissociatie' (x-as) en de SIG subschaal 'spanning' (y-as).

Uit Tabel 5 en Figuur 1 blijkt dat er tijdens de eerste meting een relatie is tussen de SBC subschaal 'lichaamsdissociatie' en de spanningsschaal van de SIG. De correlatie is 0,509 met een significantie van $p = 0,053$. De relatie is dus bijna significant. De relatie die uit deze cijfers blijkt is de volgende: Wanneer de waarde van de lichaamsdissociatie toeneemt, neemt ook de ervaren spanning toe. Dit betekent dat wanneer er minder afstand is tot het lichaam, er meer spanning wordt ervaren. Deze relatie is alleen af te leiden uit het eerste meetmoment en niet uit het tweede meetmoment. Verder zijn er uit de eerste meting geen relaties tussen de schalen van beide vragenlijsten af te leiden.

In Tabel 6 zijn de relaties vanuit het tweede meetmoment weergegeven. Hiervoor is de non-parametrische correlatie toets (Spearman) uitgevoerd.

Tabel 6

De relatie tussen de verschillende vragenlijsten, binnen het tweede meetmoment.

		SBC 2 bewustzijn	SBC 2 dissociatie	SIG 2 spanning	SIG 2 frequentie
SBC 2 bewustzijn	Correlation Coefficient ¹⁷ Sig. (2-tailed) ¹⁸ N ¹⁹	1,000 . 15	-,136 ,628 15	-,176 ,530 15	-,625* ,013** 15
SBC 2 dissociatie	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	-,136 ,628 15	1,000 . 15	,199 ,478 15	,285 ,302 15

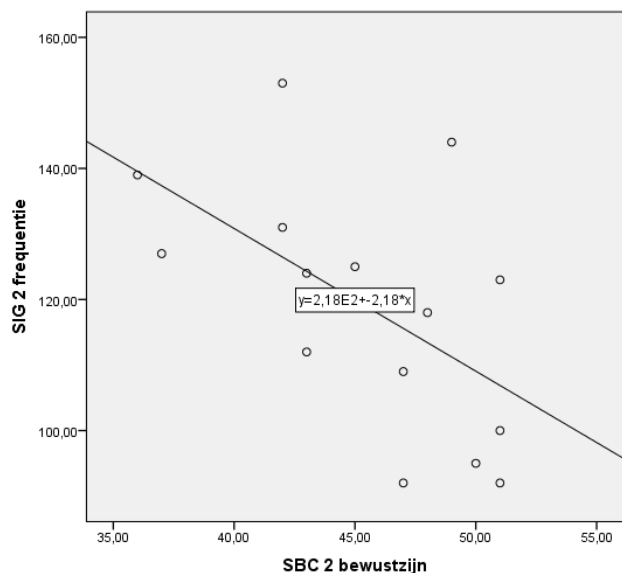
¹⁷ De correlatie tussen beide variabelen. 1= volledige samenhang, 0= geen samenhang, -1= negatieve samenhang.

¹⁸ Het getal voor de significantie. Een relatie is significant wanneer deze waarde kleiner of gelijk is aan 0,05.

¹⁹ N is het aantal deelnemers dat de vragenlijst heeft ingevuld.

** : deze waarden hebben een significante correlatie.

SIG 2 spanning	Correlation Coefficient	-,176	,199	1,000	,525*
	Sig. (2-tailed)	,530	,478	.	,044**
	N	15	15	15	15
SIG 2 frequentie	Correlation Coefficient	-,625*	,285	,525*	1,000
	Sig. (2-tailed)	,013**	,302	,044**	.
	N	15	15	15	15



Figuur 2

De verdeling van de groep voor de tweede meting van de SBC subschaal 'lichaamsbewustzijn' (x-as) en de SIG subschaal 'frequentie' (y-as).

Uit Tabel 6 en Figuur 2 blijkt dat er tijdens de tweede meting een relatie is tussen de SBC subschaal 'lichaamsbewustzijn' en de SIG frequentieschaal. De correlatie is -0,625 met een significantie van $p=0,013$. De gevonden correlatie houdt in dat wanneer de mate van lichaamsbewustzijn toeneemt, de frequentie van het aantal interpersoonlijke situaties afneemt. De relatie is significant. Deze relatie is alleen gevonden in de resultaten van de tweede meting, niet in de resultaten van meting één.

Naast deze relatie is er ook een relatie gevonden tussen de beide schalen van de SIG, namelijk de spannings- en de frequentie schaal. De correlatie is 0,525 met een significantie van $p=0,044$. Deze correlatie laat zien dat wanneer de mate van spanning toeneemt, ook de frequentieschaal toeneemt.

De resultaten in dit hoofdstuk, worden in het volgende hoofdstuk verder uitgewerkt.

Hoofdstuk 3: Discussie

In dit hoofdstuk zijn de resultaten die in het voorgaande hoofdstuk zijn weergegeven in discussie gebracht. Dit gebeurt aan de hand van de deelvragen die in de methode zijn geformuleerd.

Deelvraag 1: Leidt het aanbieden van zes weken lichaamsgerichte oefeningen in de PMT tot het vergroten van het lichaamsbewustzijn van de cliënten in verslavingskliniek Hoog-hullen?

Uit de resultaten die in het vorige hoofdstuk zijn weergegeven blijkt dat het lichaamsbewustzijn weinig tot niet is veranderd in de tweede meting, ten opzichte van de eerste meting. Volgens deze gegevens heeft het aanbieden van lichaamsgerichte oefeningen in de PMT geen verhoging van het lichaamsbewustzijn tot gevolg. Dit is niet het resultaat dat voorafgaand aan het onderzoek werd verwacht. Er werd verwacht dat het lichaamsbewustzijn zou toenemen naar aanleiding van de lichaamsgerichte interventie.

In de interventie is er veel aandacht besteedt aan lichaamssensaties en emoties die in het lichaam voelbaar zijn. Uit de resultaten blijkt dat de waarde van het lichaamsbewustzijn heel licht gedaald is. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat de deelnemers tijdens het eerste meetmoment de vragenlijst niet goed begrepen. Misschien waren sommige vragen niet duidelijk, doordat de onderwerpen in de vragen nog weinig aan de orde zijn geweest binnen de PMT. Tijdens het tweede meetmoment waren de vragen waarschijnlijk duidelijker, omdat er tijdens de interventie veel aandacht is besteed aan de onderwerpen in de vragen. De tweede vragenlijst zou in dit geval eerlijker ingevuld kunnen worden dan de eerste vragenlijst. Het zou dus kunnen dat de gebruikte vragenlijst niet geheel geschikt was voor deze onderzoeksgroep.

De resultaten van de eerste meting leken niet geheel overeen te komen met wat de literatuur zegt over het lichaamsbewustzijn van mensen met verslavingsproblematiek. Volgens de literatuur hebben zij een verminderd lichaamsbewustzijn. Uit de resultaten van de eerste meting blijkt dit echter niet, er lijkt namelijk al een zekere mate van lichaamsbewustzijn te zijn.

Dit zou kunnen komen doordat de deelnemers al een tijd clean zijn en niet in een afkickkliniek zitten. Misschien dat de mensen waar de literatuur over schrijft wél in de afkickperiode zitten.

Het zou ook kunnen zijn dat de eerste vragenlijst niet door iedereen eerlijk is ingevuld. Een kenmerk van verslavingsgedrag is namelijk de primitieve manier van het gebruik van afweermechanismen. De verslaafde wil zo weinig mogelijk geconfronteerd worden met zijn eigen disfunctioneren, dus doet hij zich graag beter voor dan hij eigenlijk is (Pype & Vanacker, 2006).

Op de therapeutische gemeenschap van Hoog-hullen wordt het ook vaak zichtbaar dat cliënten zich beter voor willen doen dan ze daadwerkelijk zijn. Op die manier lijken ze een positieve indruk achter te willen laten bij de omgeving. Dit lijkt een overlevingsstrategie die ze vanuit hun gebruikersperiode eigen hebben gemaakt.

Het volgen van de lichaamsgerichte interventie zou de deelnemers meer bewust kunnen hebben gemaakt van hun mate van lichaamsbewustzijn. Misschien dat deelnemers zich bij de eerste meting hoger inschatten dan ze na afloop van de interventie, in de tweede meting deden. Het zou kunnen dat de deelnemers in het eerste meetmoment onbewust onbekwaam waren en in het tweede meetmoment bewust onbekwaam (Maslow, 1954).

Een andere verklaring voor de uitkomst zou kunnen zijn dat de interventie niet lang genoeg heeft plaatsgevonden. Het proces van het meer bewust worden van lichaamssignalen is ingezet, maar heeft nog te weinig tijd gehad om te beklijven bij de deelnemers.

Deelvraag 2: Leidt het aanbieden van zes weken lichaamsgerichte oefeningen in de PMT tot het vergroten van de assertiviteit van cliënten in verslavingskliniek Hoog-hullen?

Uit de resultaten die in het vorige hoofdstuk zijn weergegeven blijkt dat de assertiviteit licht is toegenomen, na afloop van de interventie. De veranderingen zijn echter niet significant. De hoeveelheid spanning die de beschreven situaties opleveren is licht vermindert. Dit zou geïnterpreteerd kunnen worden als dat de situaties waarin de cliënt zich duidelijk maakt aan zijn omgeving minder spanning opleveren na de interventie.

De waarden op de schaal voor de frequentie zijn bij de tweede meting afgenomen, wat zou kunnen betekenen dat de beschreven situaties zich minder vaak voor doen.

Dit resultaat lijkt waarschijnlijk, aangezien de deelnemers aan het onderzoek een klinische behandeling volgen. Na de eerste meting hebben zij met dezelfde groep in dezelfde setting een behandeling gevolgd. Veel van de beschreven situaties in de vragenlijst zijn zij dus niet tegen gekomen. Voor de subschaal 'spanning' zijn die situaties in te schatten en voor te stellen, maar voor de subschaal 'frequentie' is dit een stuk moeilijker. Het doet een beroep op een bepaald niveau van abstract denken, wat voor een deel van de deelnemers niet haalbaar is in verband met een lage begaafdheid.

Daarnaast bestond er over de frequentieschaal verwarring onder de deelnemers van het onderzoek. Er waren deelnemers die dachten dat deze schaal stond voor hoe vaak men de spanning in de beschreven situatie ervaart. Er werd echter bedoeld hoe vaak men de beschreven situatie tegenkomt. Dit om te kunnen beoordelen of er eventueel sprake is van het vermijden van bepaalde situaties. In de toelichting op de vragenlijst is hier uitleg over gegeven en in de inleiding op de vragenlijst stond het vermeld, maar deze informatie is waarschijnlijk niet afdoende geweest.

De gebruikte vragenlijst lijkt dus niet geheel geschikt voor het meten van de assertiviteit bij deze onderzoeksgroep.

Er is geen duidelijke toename in assertiviteit zichtbaar bij deze onderzoeksgroep. Uit de onderzoeksresultaten blijkt er wel een verband te zijn tussen de beide subschalen van de SIG. Dit verband is in de eerste meting niet zichtbaar, maar in de tweede meting lijkt er een positief verband tussen beide subschalen. Wanneer de spanning in de genoemde situaties toeneemt, neemt ook de frequentie waarmee die situaties zich voordoen toe.

Dit zou kunnen komen doordat wanneer een situatie als spannend ervaren wordt, dit meer in het bewustzijn komt en deze meer in het geheugen blijft zitten. Wanneer een situatie weinig spanning oplevert zal deze weinig indruk maken en lijkt deze situatie zich dus niet vaak voor te doen.

Doordat de subschaal 'frequentie' niet als erg valide wordt ingeschat is het lastig dit verband te interpreteren.

De lichaamsgerichte oefeningen zouden een positief effect kunnen hebben gehad op het afnemen van de spanning in interpersoonlijke situaties. Dit is echter uit dit onderzoek moeilijk te zeggen. De deelnemers aan het onderzoek zijn namelijk in behandeling op de therapeutische gemeenschap van Hoog-hullen, waar veel aandacht wordt besteed aan het op een juiste manier uitspreken van de emoties. De therapeutische middelen die de instelling biedt zijn hier ook veelal op gericht. Daarnaast is er sprake van groepstherapie, de hele behandeling wordt gevolgd in de groep. Hierdoor kan het zijn dat de spanning in het uiten van de eigen mening minder groot is, doordat men elkaar leert kennen. De cliënten geven in de PMT met enige regelmaat aan dat zij zich vertrouwd voelen in de groep en dat zij hierdoor met minder moeite hun mening uitten. Dit vertrouwd voelen is voor veel cliënten niet het geval wanneer zij thuis zijn en een middel gebruiken. Het creëren van een veilige en vertrouwde omgeving voor de cliënten zou ook een positief effect kunnen hebben op het verminderen van de spanning in het uiten van de eigen mening en emoties.

Er werd verwacht dat de mate van assertiviteit verhoogd zou zijn na afloop van de interventie. Uit de resultaten blijkt dit niet het geval. Er is een kleine toename in de assertiviteit, maar deze verandering is niet significant. Wanneer er wel een significante verandering zou zijn in de mate van assertiviteit is het de vraag of dit te wijten is aan de lichaamsgerichte interventie. De behandeling op de therapeutische gemeenschap biedt namelijk veel middelen aan om te werken aan het uitspreken van emoties en het zichzelf kenbaar maken aan de omgeving.

Deelvraag 3: Is er sprake van een verband tussen de verandering in het lichaamsbewustzijn en de verandering in assertiviteit?

Uit de berekeningen van de resultaten lijken er twee verbanden te zijn tussen beide vragenlijsten. Het eerste verband wordt zichtbaar in het eerste meetmoment. Hier lijkt een verband tussen de subschaal 'lichaamsdissociatie' van de SBC en de spanningsschaal van de SIG. Wanneer de afstand tot het lichaam verkleind, wat een grotere waarde op de subschaal 'lichaamsdissociatie' betekent, neemt de ervaren spanning in interpersoonlijke situaties toe.

Een verklaring voor dit verband zou kunnen zijn dat wanneer iemand zich minder van zijn lijf dissocieert, hij zich bewuster wordt van de spanning die hij in bepaalde situaties ervaart. Daar tegenover staat dat wanneer iemand vaak afstand heeft tot zijn lichaam en lichaamssignalen, hij de spanning in bepaalde situaties minder ervaart.

Wanneer iemand afstand heeft tot zijn lichaam, zullen signalen die zijn lichaam geven minder doordringen in het bewustzijn. Uit onderzoek van Price (2005) lijkt het aanbieden van lichaamsgerichte therapie aan mensen met een seksueel misbruik verleden een positief effect te hebben op de lichamelijke gewaarwording, en een verhoogd lichaamsbewustzijn. Daarnaast had het lichaamsgericht werken een positief effect op dissociatieve klachten.

Wat bij dit verband opvallend is, is dat de relatie alleen in de eerste meting naar voren komt. In de tweede meting is er geen sprake van een verband tussen deze beide schalen.

Het tweede verband dat uit de resultaten naar voren komt is het verband tussen de subschaal 'lichaamsbewustzijn' van de SBC en de subschaal 'frequentie' van de SIG. Wanneer het lichaamsbewustzijn toeneemt, lijkt de frequentie van het aantal interpersoonlijke situaties af te nemen.

Door de discussie die er bij de eerste twee deelvragen al is geweest, is het de vraag of er uit deze verbanden conclusies getrokken kunnen worden.

Onderzoek en beperkingen

In het onderzoek zijn een aantal factoren geweest die de metingen beperkt kunnen hebben.

De aanwezigheid van de deelnemers aan de bijeenkomsten van de interventie viel tegen. Aan het begin was verwacht dat deelnemers meer aanwezig zouden zijn. Nu zijn er in de onderzoeksgroep meerdere deelnemers die niet bij alle bijeenkomsten aanwezig waren. De verminderde aanwezigheid zou de resultaten negatief beïnvloed kunnen hebben.

De diversiteit in de onderzoeksgroep is een factor die het bemoeilijkt om conclusies te kunnen trekken uit dit onderzoek. Onder andere de lengte van de opname, de intelligentie en het doel van het drugs- of alcohol gebruik waren verschillend. Ook was er diversiteit in de mate van assertiviteit bij de deelnemers aan het onderzoek. Er is een deel dat sub-assertief gedrag laat zien. Zij lijken moeite te hebben met het laten horen van hun mening. Daarnaast is er een deel dat agressief gedrag laat zien. Zij lijken geen moeite te hebben om hun mening te laten horen, maar houden daarin weinig

rekening met de ander. Dit punt komt in de vragenlijst niet terug. In dit onderzoek was het niet mogelijk om al deze factoren mee te nemen in de beoordeling van de resultaten. Er was namelijk een beperking in de tijd en de grootte van de onderzoeksgroep. In eventueel vervolgonderzoek zou het lonen hier meer aandacht aan te besteden. Dan zou het mogelijk kunnen worden om te beoordelen of beide uitersten meer naar een norm toe trekken, naar aanleiding van een interventie of behandeling.

De deelnemersgroep was niet groot. Wel werd er voorafgaand aan het onderzoek veel informatie gevraagd die relevant zou kunnen zijn, zoals in de methode is beschreven. Met deze informatie kon weinig gedaan worden door het kleine aantal deelnemers. Er ontstond namelijk weinig overlap, waardoor er geen groepen gemaakt konden worden. Ook is het niet duidelijk hoe betrouwbaar en compleet de informatie op die lijst is. Het zou ook goed zijn geweest om zelf een dossieronderzoek te doen naar deze informatie, zodat de informatie meer betrouwbaar en compleet is.

De vragenlijsten leken niet geheel passend te zijn voor de onderzoeksgroep. In de onderzoeksgroep waren een aantal deelnemers die vragen uit de vragenlijst niet begrepen, doordat er soms moeilijke woorden in voor kwamen. Wanneer deelnemers vragen niet begrijpen maar toch antwoord geven, wordt de vragenlijst minder betrouwbaar.

In de SIG werden veel concrete situaties genoemd, die bij de tweede meting niet geheel toetsbaar waren voor de onderzoeksgroep, omdat zij deze situaties in de tussentijd niet hebben meegemaakt door hun klinische opname. Hierdoor is de validiteit van dit onderzoek in twijfel te brengen.

De behandelsetting van de onderzoeksgroep is een factor die ook invloed heeft gehad op het onderzoek. De opname op de therapeutische gemeenschap biedt veel therapeutische middelen die inwerken op de assertiviteit van cliënten. Het is moeilijk te zeggen welke veranderingen veroorzaakt zijn door de lichaamsgerichte interventie en welke door toedoen van de behandeling op de therapeutische gemeenschap.

Hoofdstuk 4: Conclusie

In dit hoofdstuk zal getracht worden de hoofdvraag die in dit onderzoek centraal staat te beantwoorden.

De hoofdvraag luidt als volgt: Is er een relatie tussen het vergroten van het lichaamsbewustzijn, door het aanbieden van lichaamsgerichte oefeningen in de wekelijkse PMT voor een periode van zes weken, en de mate van assertiviteit van cliënten in verslavingskliniek Hoog-hullen?

Aan de hand van de verzamelde resultaten en de analyse daarvan is niet te stellen dat er een relatie is tussen het vergroten van het lichaamsbewustzijn en de mate van assertiviteit van de cliënten in verslavingskliniek Hoog-hullen. Het lichaamsbewustzijn is door de interventie weinig tot niet verandert. Dit zou kunnen komen doordat de eerste vragenlijsten misschien niet geheel eerlijk ingevuld zijn, aangezien de resultaten van deze eerste vragenlijst relatief hoog uitvielen. Bij de tweede meting zou het kunnen dat de vragenlijst meer waarheidsgetrouw is ingevuld, doordat ze tijdens de interventie meer bewust zijn geworden van de mate van lichaamsbewustzijn en de spanning die zij in interpersoonlijke situaties ervaren.

De spanning die ervaren werd in interpersoonlijke situaties, was licht afgenomen na de interventie. Uit dit resultaat is niet te concluderen dat dit komt door de interventie bestaande uit de lichaamsgerichte oefeningen. Er zijn namelijk diverse factoren in de behandeling die ook invloed kunnen hebben op de mate van assertiviteit en het uiten van gevoelens.

Er lijkt weinig verband tussen de verandering in lichaamsbewustzijn en de assertiviteit bij deze onderzoeksgroep. De verschillen die gemeten zijn, zijn erg klein. Daarbij is het moeilijk te zeggen dat de verandering in de mate van assertiviteit toe te schrijven zijn aan de interventie in de PMT.

De uitkomsten van dit onderzoek zijn relevant voor verslavingskliniek Hoog-hullen. Uit de resultaten blijkt namelijk dat de cliënten in de kliniek na een periode van zes weken een lichte daling ervaren in de spanning die interpersoonlijke situaties met zich mee brengen. Waarschijnlijk is dit voor een groot deel toe te schrijven aan de therapeutische middelen die er gebruikt worden op de instelling. Voor het PMT werkveld is dit onderzoek niet erg relevant. De interventie is niet zodanig onderzocht dat er een module van gemaakt zou kunnen worden. Het zegt namelijk alleen iets over de onderzoeksgroep op verslavingskliniek Hoog-hullen. Er is geen relatie gevonden tussen het lichaamsbewustzijn en de assertiviteit. Dit geeft dus geen reden om meer lichaamsgericht te gaan werken om de assertiviteit van deze cliënten te verbeteren.

Hoofdstuk 5: Aanbevelingen

Het doel dat gesteld was voorafgaand aan dit onderzoek, is niet behaald in dit onderzoek. Er is geen verband gevonden tussen het vergroten van het lichaamsbewustzijn en de mate van assertiviteit voor cliënten in verslavingskliniek Hoog-hullen.

Om dit doel wel te kunnen bereiken moeten allereerst kritische gekeken worden naar de te gebruiken vragenlijsten. Deze dienen goed passend te zijn bij de doelgroep. Het taalgebruik dient voor iedereen duidelijk te zijn en eenduidig qua uitleg. Ook zou er in de vragenlijst rekening gehouden moeten worden met het feit dat de deelnemers in een klinische behandeling zitten. Er zou ook een combinatie kunnen worden gemaakt met het afnemen van interviews, om zo de deelnemers in te kunnen schatten op de mate van lichaamsbewustzijn en assertiviteit. Het doen van een dossieronderzoek zou ook meer inzicht kunnen geven over de cliënt en zijn lichaamsbewustzijn en assertiviteit.

Om goed te kunnen onderzoeken of de mate van assertiviteit verandert, zou het goed zijn om subgroepen te maken in de onderzoeksgroep. Bijvoorbeeld een groep deelnemers die sub-assertief gedrag laten zien en een groep deelnemers die agressief gedrag laten zien. Op die manier zou het kunnen dat er beter zichtbaar wordt wat het verband is tussen het lichaamsbewustzijn en de assertiviteit.

Ook het gebruik maken van een grotere onderzoeksgroep kan maken dat er meerdere categorieën kunnen worden gemaakt. Zo zou er onderscheidt gemaakt kunnen worden in de soort verslaving, die ook invloed zou kunnen hebben op de lichaamsbeleving en de assertiviteit.

Bij een onderzoek op een therapeutische gemeenschap is het lastig te bepalen waar gemeten veranderingen vandaan komen. Dit komt doordat cliënten continu in therapie zijn en de hele dag oefenen met nieuw gedrag. Ook speelt mee dat cliënten niet op hetzelfde moment in behandeling zijn gegaan. Bij een volgend onderzoek zou het goed zijn om bij binnenkomst in de instelling de vragenlijst af te nemen en dat na een aantal weken of maanden nogmaals te doen. Op die manier kan groei beter in kaart gebracht worden.

Ook het gebruiken van een controle groep zou kunnen helpen om de resultaten van het onderzoek beter in te kunnen schatten. Wanneer er verschil ontstaat tussen beide groepen, kan dit komen door de interventie die de ene groep wel en de andere groep niet heeft gehad.

Door het gebruik maken van een controlegroep zou ook een deel van het verslavingsgedrag onderschept kunnen worden, waardoor de onderzoeksresultaten misschien beter op waarheid te schatten zijn.

Literatuurlijst

- Arrindell, W., De Groot, P., & J.A., W. (1984). *Schaal voor interpersoonlijk gedrag. Handleiding deel 1*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Bakhshani, N. M., & Hossienbor, M. (2013). A comparative study of self-regulation in substance dependent and non-dependent individuals. *Global Journal of Health Science*, 40-45.
- Bakker, E., & Van Buuren, H. (2009). *Onderzoek in de gezondheidszorg*. Heerlen: Noordhoff Uitgevers bv Groningen/Houten.
- Bongaertz, K., & Scheffers, M. (2012). Contextmapping lichaamsbeleving, een kwalitatief onderzoek bij middelenafhankelijkheid. *Verslaving*, 24-39.
- Boon, T. D., & Geeraerts, D. (2005). *Van Dale Groot woordenboek van de Nederlandse taal*. Utrecht/Antwerpen: Van Dale Lexicografie bv.
- De Vocht, A. (2007). *Basishandboek SPSS 15*. Utrecht: Bijleveld Press.
- Feldman, R. S. (2008). *Ontwikkelingspsychologie*. Amsterdam: Pearson Education Benelux.
- Fellinger, P., Maliepaard, G., & Tummers, H. (1999). *Psychomotorische assertiviteitsmodule. Een geprotocolleerde, individuele therapie met effectmeting*. Assen: NVPMT.
- Leenders- Van Den Berkmortel, M., De Hoon, K., & Jansen, G. (2010). Agressieregulatie in de verslavingszorg. In J. D. Lange, *Psychomotorische therapie, lichaams- en bewegingsgerichte interventies in de ggz* (pp. 35-51). Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Maslow, A. H. (1954). *Motivation and personality*. New York: Harper & Brothers.
- Price, C. J. (2005). Body oriented therapy in recovery from child sexual abuse; an efficacy study. *Alternative therapies*, 46-57.
- Price, C., & Thompson, E. (2007). Measuring dimensions of body connection: body awareness and bodily dissociation. *The journal of alternative and complementary medicine*, vol.13, no 9, 945-953.
- Pype, G., & Vanacker, R. (2006). Psychologische reflecties vanuit een empirisch werken met verslaafden. In M. Kinet, *Zuchtigheid en afhankelijkheid in hun relatie tot middelengebruik* (pp. 90-94). Antwerpen/Apeldoorn: Garant.
- Robins, L. N., & Przybeck, T. R. (1985). Age of Onset of Drug Use as a factor in drug and other disorders. In C. L. Jones, & R. J. Battjes, *Etiology of drug abuse: implications for prevention* (pp. 178-192). Rockville, Maryland: National Institute on Drug Abuse.
- Tjaden, B. (2004). Verslaving. Een uitdaging voor het ik. In A. Rümke, *Verkenningen in de psychiatrie, een holistische benadering* (pp. 499-514). Zeist: Christofoor.
- Van Dijk, C., & Elbers, H. (2007). *Assertief op het werk*. Zaltbommel: Thema.
- Van Erven, T. (1980). Assertiviteit: een review. *Tijdschrift voor psychotherapie*, nr1, 33-34.
- Verslavingszorg Noord Nederland, VNN. (n.d.). *Meer weten over Drugs*. Opgeroepen op maart 1, 2014, van [www.vnn.nl](http://www.vnn.nl/meer-weten-over/drugs/): <http://www.vnn.nl/meer-weten-over/drugs/>

Bijlage A : Algemene vragenlijst

Leeftijd:

Geslacht: Man / Vrouw

Op welke leeftijd ben je begonnen met gebruik?

.....

Wat is de duur van je verslaving?

.....

Wat was het hoofdmiddel(en)?

.....

Wat is de datum van je opname op Hoog-hullen?

.....

Heb je eerdere behandelingen gehad voor je hier kwam? Zo ja welke?

.....

Ik werk mee aan dit onderzoek: Ja / nee

Bijlage B : Scale of Body Connection

Vragenlijst 1 Lichaamsbewustzijn

Instructie: Deze vragenlijst bevat vragen over hoe bewust je bent van jouw lichaam en hoe je reageert op dat bewustzijn. Omcirkel het cijfer dat het best weergeeft hoe je je over het algemeen voelt. Er zijn geen juiste antwoorden, antwoord zo eerlijk mogelijk. Twee vragen hebben betrekking op seksuele activiteit; daaronder vallen alle vormen van seksuele activiteit, dus ook zelfbevrediging. Als je op geen enkele wijze seksueel actief bent, hoef je deze vragen niet te beantwoorden.

1. Als er spanning in mijn lichaam is, ben ik me bewust van deze spanning

Helemaal niet	Niet	Soms	Regelmatig	Altijd
1	2	3	4	5

2. Ik kan mijn emoties moeilijk herkennen.

Helemaal niet	Niet	Soms	Regelmatig	Altijd
1	2	3	4	5

3. Ik merk dat mijn ademhaling oppervlakkig wordt wanneer ik nerveus ben.

Helemaal niet	Niet	Soms	Regelmatig	Altijd
1	2	3	4	5

4. Ik ben bewust van mijn emotionele reactie wanneer iemand mij op een zorgzame manier aanraakt.

Helemaal niet	Niet	Soms	Regelmatig	Altijd
1	2	3	4	5

5. Mijn lichaam voelt tijdens ongemakkelijke situaties verstijfd aan, alsof het verdoofd is

Helemaal niet	Niet	Soms	Regelmatig	Altijd
1	2	3	4	5

6. Ik merk hoe mijn lichaam verandert als ik boos ben

Helemaal niet	Niet	Soms	Regelmatig	Altijd
1	2	3	4	5

7. Ik heb het idee alsof ik van buitenaf naar mijn lichaam kijk

Helemaal niet	Niet	Soms	Regelmatig	Altijd
1	2	3	4	5

8. Tijdens seksuele activiteit ben ik me bewust van wat ik daarbij voel

Helemaal niet	Niet	Soms	Regelmatig	Altijd
1	2	3	4	5

9. Ik kan mijn adem door mijn lichaam voelen stromen als ik diep uitadem

Helemaal niet	Niet	Soms	Regelmatig	Altijd
1	2	3	4	5

10. Ik voel me verbonden met mijn lichaam

Helemaal niet	Niet	Soms	Regelmatig	Altijd
1	2	3	4	5

- 11. Het is moeilijk voor mij om bepaalde emoties te uiten**
- | | | | | |
|---------------|------|------|------------|--------|
| Helemaal niet | Niet | Soms | Regelmatig | Altijd |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
- 12. Om te begrijpen hoe ik me voel maak ik gebruik van wat ik in mijn lichaam waarneem**
- | | | | | |
|---------------|------|------|------------|--------|
| Helemaal niet | Niet | Soms | Regelmatig | Altijd |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
- 13. Wanneer ik mij lichamelijk ongemakkelijk voel, ga ik na wat de oorzaak van het ongemak zou kunnen zijn**
- | | | | | |
|---------------|------|------|------------|--------|
| Helemaal niet | Niet | Soms | Regelmatig | Altijd |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
- 14. Ik luister naar informatie van mijn lichaam over mijn emotionele toestand**
- | | | | | |
|---------------|------|------|------------|--------|
| Helemaal niet | Niet | Soms | Regelmatig | Altijd |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
- 15. Wanneer ik gestrest ben, ben ik me bewust van deze stress in mijn lichaam**
- | | | | | |
|---------------|------|------|------------|--------|
| Helemaal niet | Niet | Soms | Regelmatig | Altijd |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
- 16. Ik leid mezelf af van gevoelens van lichamelijk ongemak**
- | | | | | |
|---------------|------|------|------------|--------|
| Helemaal niet | Niet | Soms | Regelmatig | Altijd |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
- 17. Wanneer ik gespannen ben, let ik erop waar in mijn lichaam zich spanning bevindt**
- | | | | | |
|---------------|------|------|------------|--------|
| Helemaal niet | Niet | Soms | Regelmatig | Altijd |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
- 18. Ik merk dat mijn lichaam anders aanvoelt na een rustgevend ervaring**
- | | | | | |
|---------------|------|------|------------|--------|
| Helemaal niet | Niet | Soms | Regelmatig | Altijd |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
- 19. Ik voel me niet verbonden met mijn lichaam tijdens seksuele activiteit**
- | | | | | |
|---------------|------|------|------------|--------|
| Helemaal niet | Niet | Soms | Regelmatig | Altijd |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
- 20. Het is moeilijk voor mij om aandacht te besteden aan mijn emoties**
- | | | | | |
|---------------|------|------|------------|--------|
| Helemaal niet | Niet | Soms | Regelmatig | Altijd |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
- 21. Tijdens 'intieme' oefeningen in lijfwerk ben ik me bewust van wat ik daarbij voel**
(oefeningen waarbij je de ander aan raakt)
- | | | | | |
|---------------|------|------|------------|--------|
| Helemaal niet | Niet | Soms | Regelmatig | Altijd |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
- 22. Ik voel me niet verbonden met mijn lichaam tijdens 'intieme' lijfwerk oefeningen**
(oefeningen waarbij je de ander aan raakt)
- | | | | | |
|---------------|------|------|------------|--------|
| Helemaal niet | Niet | Soms | Regelmatig | Altijd |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Bijlage C : Schaal voor Interpersoonlijk Gedrag

Vragenlijst 2 Assertiviteit

Plaats een kruisje in het hokje bij het antwoord dat het meest van toepassing is. Vul eerst de linker kolom in (Hoe gespannen ben je in deze situatie?) en daarna de rechterkolom (Hoe vaak kom je deze situatie tegen?).

Hoe gespannen?

- 1= Helemaal niet
2= Beetje
3= Nogal
4= Erg
5= Heel erg

Hoe vaak?

- 1= Nooit
2= Soms
3= Geregeld
4= Vaak
5= Heel vaak

Hoe gespannen?

1 2 3 4 5

Hoe vaak?

1 2 3 4 5

					1. Een gesprekje beginnen met een onbekende.					
					2. Als iemand je in de rede valt hem/haar zeggen dat je dat vervelend vindt.					
					3. Aan een groep mensen iets vertellen dat je hebt meegemaakt.					
					4. Om uitleg vragen over iets dat je niet begrepen heeft.					
					5. Een mening geven die afwijkt van de mening van de persoon met wie je spreekt.					
					6. Instemmen met een compliment over je uiterlijk.					
					7. Een vriend(in) of goede kennis zeggen dat hij/zij iets doet dat jou hindert.					
					8. Iemand vertellen dat je hem/haar graag mag.					
					9. Een verzoek afslaan van een persoon met gezag.					
					10. Vragen of men er rekening mee wil houden dat je ergens bang voor bent.					
					11. Standhouden bij je eigen mening tegenover een goede vriend die het daar niet mee eens is.					
					12. Toegeven dat je je vergist.					
					13. Tijdens een gesprek de ander aankijken.					
					14. Een kennis uitnodigen om samen iets te gaan doen.					
					15. Iemand zeggen dat je vindt dat hij/zij iets onredelijks tegenover jou gedaan heeft.					
					16. Iemand vertellen dat je bijzonder op hem/haar gesteld bent.					
					17. Een herhaaldelijk aangeboden drankje blijven afslaan.					
					18. Iemand die terecht kritiek op jou heeft zeggen dat hij/zij gelijk heeft.					
					19. Instemmen met waardering over iets dat je gedaan hebt.					
					20. Ingaan op een voorstel van iemand om samen iets leuks te gaan doen.					
					21. Een gesprek beginnen met een man/vrouw die je interessant vindt.					
					22. Een verzoek afslaan van iemand op wie je gesteld bent.					
					23. Met iemand zijn/haar kritiek op iets dat je gedaan heeft bespreken.					
					24. Zeggen dat je het leuk vindt als iemand je vertelt dat hij/zij je graag mag.					
					25. Aan een kennis vragen je met een karweitje te helpen.					
					26. Tijdens een gesprek met onbekenden jouw eigen mening naar voren brengen.					
					27. Meegaan doen met een gesprek van een groepje mensen.					
					28. Vragen om aandacht als je ergens mee zit.					

Hoe gespannen?

1= Helemaal niet

2= Beetje

3= Nogal

4= Erg

5= Heel erg

Hoe vaak?

1= Nooit

2= Soms

3= Geregeld

4= Vaak

5= Heel vaak

1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
					29. Een kennis uitnodigen om samen iets te gaan drinken.					
					30. Een aanbod van iemand om je te helpen aannemen.					
					31. Weigeren geld te geven aan een collecte.					
					32. Tegenover iemand met een zeer uitgesproken mening jouw mening handhaven.					
					33. Iemand die iets hinderlijks doet in bijvoorbeeld de trein, vragen daarmee op te houden.					
					34. Protesteren als iemand voordringt.					
					35. Tegen iemand, die meer van het gespreksonderwerp af weet, jouw mening geven.					
					36. Iemand vragen of je hem/haar gekwetst hebt.					
					37. Zeggen dat je het fijn vindt als iemand je vertelt dat hij/zij bijzonder op jou gesteld is.					
					38. Jouw mening naar voren brengen tegenover iemand met gezag.					
					39. Weigeren van dingen die niet in orde zijn (bijvoorbeeld in winkel of restaurant).					
					40. Iemand zeggen dat je blij bent met iets dat hij/zij voor jou heeft gedaan.					
					41. Met iemand, van wie je de indruk hebt dat hij/zij jou ontloopt, dit ter sprake brengen.					
					42. Zeggen dat het je spijt als je een fout hebt begaan.					
					43. Tegen iemand zeggen dat je erg tevreden bent over iets dat jij gedaan hebt.					
					44. Je levensovertuiging naar voren brengen.					
					45. Naar iemand toestappen om kennis met hem/haar te maken.					
					46. Iemand vragen je de weg te wijzen.					
					47. Iemand om kritiek vragen op iets dat je gemaakt hebt.					
					48. Weigeren iets uit te lenen aan een goede bekende.					
					49. Er voor uit komen dat je van een bepaald onderwerp weinig afweet.					
					50. Er op aandringen dat iemand zijn/haar aandeel levert in een gemeenschappelijke taak.					