

Interpersoonlijke vaardigheidstherapieën voor kansarmen

Citation for published version (APA):

Beekers, R. J. M. (1982). *Interpersoonlijke vaardigheidstherapieën voor kansarmen*. [Doctoral Thesis, Maastricht University]. Swets & Zeitlinger. <https://doi.org/10.26481/dis.19821015rb>

Document status and date:

Published: 01/01/1982

DOI:

[10.26481/dis.19821015rb](https://doi.org/10.26481/dis.19821015rb)

Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

INTERPERSOONLIJKE
VAARDIGHEIDSTHERAPIEËN
VOOR KANSARMEN

INTERPERSOONLIJKE VAARDIGHEIDSTHERAPIËN VOOR KANSARMEN

PROEFSCHRIFT

ter verkrijging van de graad van doctor
in de geneeskunde
aan de Rijksuniversiteit Limburg te Maastricht
op gezag van de Rector Magnificus prof. dr. H. C. Hemker,
volgens besluit van het College van Dekanen
in het openbaar te verdedigen in de Aula
van de Universiteit op vrijdag 15 oktober 1982,
des namiddags te 16.00 uur

door

REMACLUS JEAN MARIA BEEKERS

geboren te Nistelrode



SWETS & ZEITLINGER B.V.

LISSE
1982

Promotor : Prof. dr. J. J. C. B. Bremer

Referenten: Prof. dr. R. W. Ramsay
Prof. dr. M. M. W. Richartz

Omslag ontwerp H. Veltman

Gedrukt bij Offsetdrukkerij Kanters B.V., Alblasserdam
© Copyright 1982 R. J. M. Beekers en Swets en Zeitlinger

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, or otherwise, without the prior written permission of the publisher.

ISBN 90 265 0434 9

Aan Annelie

Manuscript : Hannie Spronck

Afbeelding omslag : Guus van Rooy

DANKWOORD

Aan het werk dat aan dit proefschrift ten grondslag ligt is door velen met grote inzet bijgedragen.

Met respect en dankbaarheid noem ik allereerst Bea Beckers en Jan van Houtem die een groot aandeel hebben gehad in de opzet en uitvoering van de diverse onderzoeken, en Jos Bongaarts en Jan Gooijen voor hun trouwe bijdragen tot de ontwikkeling van de therapie-programma's en de verspreiding van de methode in de regio.

De samenwerking met de Toneelacademie Maastricht heeft geleid tot de productie van een serie video-programma's, die een grote rol spelen in onze vaardigheidstherapieën voor kansarmen. Veel creativiteit en doorzettingsvermogen kenmerkten zowel de mensen die deze samenwerking mogelijk maakten -wijlen Nico de Vrede, Jacques Giesen en Leo Maessen- als degenen die jarenlang bij het studio-werk betrokken waren: Doc Janssen, Pieter Hoes, Clement Mantz, Hans Holthaus, Enrico Baccalà, Sjef Troisfontaine en de successievelijk aan onze 'videoploeg' verbonden stagiairs Anke Brouwer, Wouter Daane, Agnes Harleman, Claran Wielenga, John Ramaekers, Marcel Jansen met medewerking van diverse vrijwilligers en studenten.

De therapeuten die zich door ons lieten opleiden (teveel om hier bij naam te noemen) dank ik voor het in ons gestelde vertrouwen, voor het enthousiasme en de opmerkelijke protocol-trouw die zij in hun toepassing van de interpersoonlijke vaardigheidstherapieën aan de dag leggen en voor hun medewerking aan het onderzoek.

Jos Peters en Frits van Ham ben ik erkentelijk voor hun aandeel in het opstarten van het project; Dorine Henquet, Ruud Halfens, Ad van Straeten, Paul Geurten, Ron Zwaan, Jan Theunissen, Jan Olthof, Ton Schmidt, Theo Rieff, Jan van Dalen, Jef Wijnen, Woody Laurens, Anne Mieke Brands en Martha Moonen voor hun uiteenlopende bijdragen aan delen van het onderzoeksprogramma, Mart Claessens en Leo Vanmolktot voor hun bijdragen aan de verspreiding van de methode in de geestelijke gezondheidszorg in Limburg, Maarten Lange en Ad Appels voor hun waardevolle adviezen, Hannie Spronck voor haar voortreffelijke administratieve ondersteuning, de medewerkers van de universitaire diensten voor hun diverse bijdragen en natuurlijk Joost Bremer, mijn promotor, voor zijn vertrouwen en voortdurende aandacht.

Beste vrienden, jullie hebben een stuk van je leven in 'het Goldstein-project' gestopt. Samen hebben we enorme bergen werk verzet, in een sfeer van vastberadenheid en saamhorigheid. Het was vaak een heksenketel, doch tevens de gelukkigste periode in mijn leven. Ik dank jullie voor het vertrouwen dat jullie me schonken en hoop dat we het werk dat ons nog te doen staat op even prettige en productieve wijze zullen kunnen voltooien.

INHOUDSOPGAVE

	Bladzijde
1. Inleiding	1
1.1 Kansarmen in de psychotherapie	2
1.2 Pogingen tot overbrugging van de kloof	5
1.3 De methode van Goldstein	8
1.3.1 Modeling	9
1.3.2 Gedragsoefening	9
1.3.3 Bekrachtiging	10
1.3.4 Transfer-training	11
1.3.5 De vaardigheden	12
1.3.6 Geluidsbanden als therapeutisch hulpmiddel	13
1.4 Goldsteintherapieën voor Limburgse kansarmen	14
1.4.1 RIAGG-bereikbaarheid	15
1.4.2 Het Goldsteinproject	18
2. Theoretische ontwikkelingen en hun consequenties voor vaardigheidstherapieën	20
2.1 Ontoereikende verklaringsmodellen	21
2.2 Het cognitief sociaal-leertheoretisch model	22
2.3 Bandura's self-efficacy theorie	24
2.4 Consequenties voor Goldstein's SLT	26
3. De keuze van interpersoonlijke vaardigheden	30
3.1 Op zoek naar een referentiekader	31
3.1.1 Hoofddimensies van interpersoonlijk gedrag	32
3.1.2 Leary's roos en de ICL	34

3.2 ICL-afname bij cliënten	36
3.2.1 Onderzoeksoepzet	37
3.2.2 Respondenten	38
3.3 Controle van de ICL	39
3.3.1 Interne consistenties	39
3.3.2 Relaties tussen de variabelen	39
3.3.3 Factor-analyse	40
3.4 Interpersoonlijk gedrag van Libo-clieñten	42
3.4.1 Libo's versus niet-Libo's	42
3.4.2 Gedragstekorten	43
3.4.3 Gedragsexcessen	44
3.5 Interpersoonlijke vaardigheden voor kansarmen	47
3.5.1 De vaardigheden	47
3.5.2 De leerpunten	48
3.6 Samenvatting	51
4. De ontwikkeling van modelbanden	52
4.1 Modeling: Theoretische aspecten	52
4.1.1 Mogelijke modeling-effecten	53
4.1.2 Determinerende processen	54
4.2 Model-banden voor interpersoonlijke vaardigheids- therapieën	55
4.2.1 Van audio- naar video-modeling	56
4.2.2 Van enkelvoudige voorbeelden naar contrastparen	57
4.2.3 Naar contrastparen met éénzelfde hoofdrolspeler	58
5. Het therapie-programma	61
5.1 Programma-beschrijving	62
5.1.1 De introductie	63
5.1.2 Het imiterend rollenspel	64
5.1.3 Het anticiperend rollenspel	66
5.1.4 Het reconstruerend rollenspel	70
5.1.5 De huiswerkbeprekingen	72
5.1.6 Programma-overzicht	74

	Bladzijde
5.2 Aanvullende richtlijnen en toelichtingen	75
5.2.1 Twee therapeuten	75
5.2.2 Directiviteit en tempo	75
5.2.3 Het speelveld	76
5.2.4 Negatieve zelfbeweringen van cliënten	76
5.2.5 Moeilijke cliënten	77
5.2.6 Kiezen van modellen	78
5.2.7 Bekrachtigers en bekrachtigende instanties	79
5.2.8 Bekrachtiging en weerstand tegen uitdoving	79
5.2.9 Beëindiging van het rollenspel	81
5.2.10 Bedekte gedragingen	81
5.2.11 Overige groepstechnieken	82
5.3 Het programma als uitvoeringsvorm van Goldstein's SLT	82
5.3.1 Modeling	83
5.3.2 Gedragsoefening	83
5.3.3 Bekrachtiging	84
5.3.4 Transfer-training	84
5.4 Het programma in cognitief sociaal-leertheoretisch perspectief	86
5.4.1 Nadruk op competentie-verwachtingen	86
5.4.2 Verhoging van competentie-verwachtingen	87
5.4.3 Generalisatie van competentie-verwachtingen	89
5.4.4 Versterking van competentie-verwachtingen	89
6. De ontwikkeling van vaardigheidsmeters (Skims)	90
6.1 Constructie	91
6.1.1 Item-constructie	91
6.1.2 Factor-analyse	92
6.1.3 A- en B-Skims	93
6.2 Betrouwbaarheid en stabiliteit	94
6.3 Criteria voor de validiteit	95
6.3.1 Criteriumvaliditeit van gedragsobservaties	96
6.3.2 Keuze voor simulaties	97
6.3.3 Keuze van criteria	97
6.3.4 Angst en hartslagfrequentie	98

	Bladzijde
6.4 Opzet eerste validiteitsstudie	100
6.4.1 De simulaties	100
6.4.2 Proefpersonen	101
6.4.3 Angstmetingen	101
6.4.4 Gedragsbeoordelingen	102
6.4.5 Dataverwerking	103
6.5 Resultaten	104
6.5.1 Gedragsbeoordelingen	104
6.5.2 Sociale angst	106
6.5.3 Angstthermometer	106
6.5.4 Hartslag	107
6.5.5 Relaties tussen de angst-indicatoren	108
6.6 Een tweede validiteitsstudie	109
6.6.1 Gedragsbeoordelingen	110
6.6.2 Angstmetingen	111
6.7 Discussie en conclusies	111
6.7.1 Typen onvaardigheid en de Skims-batterij	112
6.7.2 De criteriumvaliditeit van 'video-simulaties'	113
6.7.3 De validiteit van de Skims	113
7. Effecten van interpersoonlijke vaardigheidstherapieën voor kansarmen	115
7.1 Criteria en meetinstrumenten	116
7.1.1 Vergroting van interpersoonlijke vaardigheden	116
7.1.2 Reductie van specifieke klachten	117
7.1.3 Vergroting van zelfwaardering	118
7.1.4 Reductie van algemene klachten	119
7.2 Proefpersonen en data-verzameling	120
7.2.1 Experimentele groep	120
7.2.2 Controle-groep	121
7.2.3 Tijdstippen en wijze van data-verzameling	122
7.2.4 Herhaalde nameting (follow-up)	124
7.3 Dataverwerking en resultaten	125
7.3.1 Effecten op (on)vaardigheid A	125
7.3.2 Effecten op (on)vaardigheid B	129

	Bladzijde
7.3.3 Effecten op specifieke klachten	131
7.3.4 Effecten op zelfwaardering	133
7.3.5 Effecten op algemene klachten	134
7.3.6 Effecten van meerdere deelnamen	136
7.3.7 Effecten na een jaar	137
7.4 Discussie, conclusies, samenvatting	138
7.4.1 Veranderingen in A- en B-vaardigheden	138
7.4.2 Doelgebonden resultaten	140
7.4.3 Doelvrije resultaten	141
7.4.4 Samenvatting	142
Nawoord	143
Samenvatting	145
Summary	150
Literatuur	155
Bijlagen	169
Bijlage 1: Verwijzen naar Goldsteintherapieën	169
Bijlage 2: Beknopt draaiboek therapieën	174
Bijlage 3: A-Skims, 1A t/m 9A	178
Bijlage 4: B-Skims, 2B, 4B, 5B en 8B	187
Bijlage 5: Score-verdeling op Skims	191
Bijlage 6: Zelfwaarderings(SE)schaal	192
Curriculum vitae	

1. INLEIDING

Eind 1977 is het 'Goldsteinproject' van start gegaan.

Dit project tracht bijdragen te leveren tot de ontwikkeling van de geestelijke gezondheidszorg voor zover die zich richt op de hulpverlening aan cliënten uit lagere sociaal-economische klassen. Deze cliënten zijn vaak moeilijk te helpen met traditionele -verbale, inzichtgevende- psychotherapeutische methoden. Het project bouwt voort op het werk van de Amerikaan Arnold Goldstein die voor de genoemde doelgroep de 'structured learning therapy' ontwikkelde: een kortdurende directieve therapie-methode, die goed aansluit bij de verwachtingen en mogelijkheden van cliënten van laag ontwikkelingsniveau. Deze methodiek maakt gebruik van gedragstherapeutische procedures en beoogt cliënten vaardigheden te leren en daarmee hun draagkracht te vergroten.

Dit proefschrift bevat een weergave van onderzoeken en ontwikkelde protocollen voor zover behorend tot een pakket interpersoonlijke vaardigheidstherapieën voor cliënten in de ambulante geestelijke gezondheidszorg.

Over andere eveneens door het Goldsteinproject geoperationaliseerde programma's (vaardigheden doelmatig handelen, vaardigheden voor partner en een voorbereidingsprogramma voor cliënten met psychosomatische klachten), alsook over toepassingen bij andere doelgroepen (zwakzinnigen, gehospitaliseerden, verslaafden) zal elders gepubliceerd worden.

In dit inleidende hoofdstuk wordt nader ingegaan op de relatie tussen de hedendaagse psychotherapie en cliënten uit lagere sociaal-economische

klassen, de pogingen die elders werden en worden ondernomen om de geconstateerde kloof te overbruggen, de basiselementen van Goldstein's 'structured learning therapy' en de bereikbaarheid van de RIAGG's in Zuid-Limburg.

In hoofdstuk 2 komen recente ontwikkelingen in de sociale leertheorie en hun mogelijke consequenties voor interpersoonlijke vaardigheidstherapieën aan de orde. In hoofdstuk 3 wordt een onderzoek beschreven, uitgevoerd ter onderbouwing van de keuze van interpersoonlijke vaardigheden. Hoofdstuk 4 betreft ontwikkelingen in en ervaringen met modeling-banden, terwijl hoofdstuk 5 een compacte beschrijving en verantwoording omvat van de therapieprogramma's. Hoofdstuk 6, over de ontwikkeling van een batterij interpersoonlijke vaardigheidsmeters, vormt de aanloop tot het laatste hoofdstuk, dat handelt over de effecten van toepassingen van de ontwikkelde programma's bij RIAGG-cliënten.

1.1 Kansarmen in de psychotherapie *

In vergelijking met psychotherapie-cliënten uit de hogere sociale klassen hebben (kandidaat-) cliënten uit de lagere klassen een grotere kans

- niet geschikt te worden bevonden voor behandeling,
- lang op de 'wachlijst' te staan,
- af te vallen na intake,
- een sociaal ongewenste diagnose te krijgen,
- toegewezen te worden aan minder ervaren therapeuten,
- verwachtingen te koesteren die niet congruent zijn met die van de therapeut,
- een onvolwaardige relatie te ontwikkelen met hun therapeut,
- de relatie met de therapeut voortijdig beëindigd te zien, en
- minder vooruitgang te boeken.

* Over dit onderwerp is eerder gepubliceerd door Beekers, Beckers, Bongaarts en Peters (1980).

Met deze constatering, geput uit Amerikaans onderzoek, start Arnold Goldstein zijn boek 'Structured Learning Therapy -toward a psychotherapy for the poor' (1973). In dit boek beschrijft Goldstein de miserabele positie die cliënten uit de lagere sociaal-economische lagen van de Amerikaanse bevolking innemen ten opzichte van de hedendaagse psychotherapie, gaat vervolgens op zoek naar de oorzaken en presenteert een mogelijke oplossing, in de vorm van een meer op deze doelgroep toegesneden methode van psychotherapie.

Goldstein staat niet alleen in zijn constatering, dat ook de wereld van de psychotherapie kansarmen kent. Hollingshead en Redlich (1958) toonden aan dat langdurige psychotherapie en psychoanalyse bijna uitsluitend werden toegepast bij cliënten uit de hogere klassen. Van psychotische patiënten uit de laagste sociale klassen werd bovendien een disproportioneel groot aantal chronisch opgenomen en behandeld met elektroshocks. Meltzoff en Kornreich (1970) vonden eveneens dat mensen uit de lagere maatschappelijke klassen nauwelijks profiteren van de gangbare psychotherapiesystemen.

Dit wringt des te meer daar 'psychological disorders' het meest frequent voorkomen in de lagere sociale klassen (Dohrenwend en Dohrenwend, 1969). Nijhof (1979) komt in een onderzoek onder Nederlandse mannen naar de samenhang tussen ongelijkheid in levensomstandigheden en psychische gezondheidsklachten tot de bevinding dat psychische stoornissen, en dan met name 'psychosomatische' en 'algemeen psychiatrische' klachten, meer voorkomen in lagere dan in hogere sociale strata. Met name de 'interpretatie' van zijn maatschappelijke positie blijkt voor de kansarme van belang: het maatschappelijk probleem van ongelijkheid blijkt door velen in de onderlaag gedefinieerd te worden in termen van een persoonlijke zelfdeprecieatie. Deze 'subjectivering' van sociale stratificatie blijkt een voedingsbodem voor psychische gezondheidsklachten te zijn.

Ormel (1981) komt in een eveneens Nederlands onderzoek tot de conclusie dat lager geschoolden zowel zwaarder belast worden als een geringere belastbaarheid hebben dan hoger opgeleidenen.

De typische psychotherapie-cliënt is door Schofield (1964) spottend aangeduid als mr. Yavis. Mr. Yavis is young, atttractive, verbal, intelligent en successful. Cliënten uit de lagere sociaal-economische klassen zijn doorgaans niet-Yavis, en worden wel getypeerd als Hounds: humble, old, unattractive, non-verbal en dull. Zij beschikken over mindere vermogens tot verbalisatie en introspectie (Riessman, Scribner, 1965). Zij hanteren een andere taal dan de therapeut (Bernstein, 1964), en een waarden- en normenpatroon dat afwijkt van dat van de middenklasse (Cole, Branche en Allison, 1962), terwijl de hedendaagse psychotherapie wortelt in de waarden en normen van die middenklasse. Zij verwachten eerder een (medisch) recept dan non-directieve gesprekken waarin een beroep wordt gedaan op hun eigen verantwoordelijkheid en initiatief. Zij zijn minder intelligent, hebben een geringer abstractie-vermogen, minder fantasie, minder inlevingsvermogen (Jones, 1974). Hun geringere motivatie tot therapie kan gekoppeld worden aan een gebrek aan succes-ervaringen in het verleden. Veranderingen ervaren zij als van buitenaf bepaald en niet door eigen inspanningen en controle (Rotter, 1966; Scott en Phelan, 1969).

In Nederland is er weliswaar minder onderzoek gedaan naar de relatie tussen de sociale klassen en (de behoefte aan) psychotherapeutische hulp, doch ook hier lijkt er sprake te zijn van een ongewenste achterstelling van de lagere sociaal-economische strata. De bevolking van onze psychiatrische ziekenhuizen maakt niet bepaald de indruk een evenredige afspiegeling te zijn van de diverse sociale lagen in de samenleving; minderbedeelden zijn er duidelijk oververtegenwoordigd. De Instituten voor Multidisciplinaire Psychotherapie (IMP-en), die in Nederland als centrale functie hebben het verstrekken van gestructureerde psychotherapie, kampen met een onbedoelde sociale selectie waardoor de lagere sociaal-economische strata nauwelijks bereikt worden (Stuurgroep Maatschappelijke Spreiding Psychotherapie, 1976).

Van der Velden en Vreeken (1977) stellen dat de hulpvrager om te kunnen worden opgenomen in de subcultuur van de hulpverlener in veel gevallen dient te beschikken over zaken als 'verbale begaafdheid' of 'vermogen tot introspectie', die meestal sterker te vinden zijn naarmate de hulpvrager een betere opleiding en dito inkomen heeft. Dit

geldt zeker voor het in ons land ruime aanbod aan 'inzichtgevende psychotherapie'.

Het Amsterdamse IMP noemt in zijn verwijzingsbrochure onder meer de volgende indicaties voor deze vorm van psychotherapie (Van Dantzig, 1978):

- de cliënt heeft het gevoel dat zijn klachten, symptomen of problemen op de een of andere manier te maken hebben met zijn eigen gevoelsleven (ziekte-inzicht)
- hij is in principe genegen en in staat, zich in zijn eigen beleavingswereld te verdiepen (introspectie).

Voor de door dit IMP eveneens aangeboden gedragstherapieën wordt weliswaar 'introspectie en redelijke intelligentie niet noodzakelijk' genoemd, wel moet er een 'belangrijke eigen motivatie van de cliënt zijn om tot gedragsverandering te komen en moeten er voldoende mogelijkheden zijn om met hem samen te werken'. Hoger opgeleiden hebben er dan ook een grotere kans voor psychotherapie geaccepteerd te worden dan minder geschoolden (Schutz, 1981).

1.2 Pogingen tot overbrugging van de kloof

Hoewel de genoemde constateringën de indruk zouden kunnen wekken dat psychotherapeutische hulp door de verstrekkers ervan bewust wordt voorbehouden aan een bepaalde elite van onze samenleving, is dit niet het geval. Zo hebben in Nederland de IMP-en van oudsher de psychotherapeutische behandeling van 'mindervermogenen' als doelstelling gehanteerd. Diverse activiteiten zijn door hen ondernomen om de lagere klassen meer te bereiken.

In 1974 stelde het directeurs-overleg IMP-en een 'overleggroep maatschappelijke spreiding psychotherapie' in. Gedacht werd toen aan uitbreiding en wijziging van het pakket aan psychotherapeutische technieken en aan verbetering van de bereikbaarheid van de IMP-en. Al snel bleek dat de meerderheid van de overleggroep er, op basis van eigen ervaringen, vanuit ging dat de 'traditionele' psychotherapeutische technieken wel degelijk ook geschikt waren voor de minderbedeelden in de samenleving.

De vanuit de overleggroep geformeerde stuurgroep introduceerde in 1976 het begrip Libo-cliënt. Libo-cliënten hebben een Lager inkomen, beroepsprestige en opleidingsniveau; respectievelijk een netto inkomen van minder dan f 24.000,-- per jaar (naar de normen van 1974), arbeider of lager employé (of gezinsleden daarvan) en lager onderwijs plus ten hoogste 3 jaar vervolgonderwijs. De stuurgroep kwam op grond van beschikbare gegevens tot de schatting dat de Nederlandse bevolking voor 35 à 45% uit Libo's bestaat, terwijl deze Libo's slechts 3 à 5% uitmaken van het cliëntenbestand van de IMP-en (Stuurgroep Maatschappelijke Spreiding Psychotherapie, 1976). Gesproken werd over 'een discriminatiefactor van 7 à 15, zeg 10'. De stuurgroep kiest dan voor een 'retro-discriminator beleid', bedoeld om via stimulering en correctie van het verwijzingsnetwerk, vereenvoudiging en bespoediging van interne toewijzingsprocedures, herziening van contra-indicaties voor Libo-cliënten, aanwijzing van een Libo-coördinator per IMP, registratie, en uitwisseling en vastlegging van opgedane ervaringen de onbedoelde sociaal-selectieve effecten te compenseren.

Het Utrechtse IMP, waarvan blijkens een steekproef-onderzoek het cliëntenbestand voor slechts 4% uit Libo's bestaat (Stuurgroep Maatschappelijke Spreiding Psychotherapie, 1978), experimenteert met een door Stufkens (1977) samengestelde introductiecursus voor psychotherapie. Hiermee wil men onder meer tegemoet komen aan problemen die Libo-cliënten vaak hebben in de beginfase van het contact met instituut en therapeut.

Daarmee komen we terecht in de sfeer van aangepaste of aanvullende technieken, die beogen de kloof tussen de psychotherapeutische cultuur en die van de minderbedeelden te dichten.

Pijpe (1976) pleit voor en experimenteert met diverse 'voorbereidings-technieken', zoals het voorbereidend interview en de voorbereidende film, die de psychotherapie meer toegankelijk zouden kunnen maken voor de cliënt van laag ontwikkelingsniveau. Hetzelfde wordt door hem beoogd met een aantal methoden tot activering tijdens de therapie: de vragenlijstmethode, 'metered counseling' en het wisselend leiderschap.

Meillo en Goedhart (1980) passen in hun groepstherapieën voor kansarmen een mengeling van dramatechnieken toe, die door hun aanschouwelijk en concreet karakter geschikter worden geacht voor de doelgroep dan

verbale technieken.

Degenen die aangepaste technieken voorstaan, wijzen daarbij vaak op de bij de lagere klassen wel aanwezige eigenschappen, die een positief potentieel voor psychotherapie zouden kunnen zijn. Zo wijzen Riessman en Scribner (1965) op het geconstateerde ontbreken van de neiging tot rationaliseren en intellectualiseren. De waarden en normen van de lagere klassen zouden bovendien niet als deficiënt, maar juist als consistent met de eigen sociale structuur van de arbeidersklasse moeten worden gezien (Miller en Riessman, 1961). Cliënten uit de lagere klassen zouden tevens emotioneel-expressiever zijn (Gould, 1967). Rapaport (1962) pleit voor lower class-psychotherapieën, die 'rehearsal for reality' mogelijk maken. Schmidt, Smart en Moss (1968) menen dat deze cliënten eerst geleerd moet worden zich te verdedigen, adequaat te reageren en in een later stadium hoe te ageren; in dat kader spreken zij van een ontwikkeling van zelfhandhaving naar zelf-actualisatie.

Ook Van der Velden (1977) is de mening toegedaan dat men dient te proberen de therapie aan te passen aan de cliënt, en dan met name aan 'de grote groep gewone psychiatrische patiënten'. Veel cliënten hebben als voornaamste behoefte vermindering van klachten op korte termijn, hetgeen vraagt om pragmatische, doelgerichte en kortdurende therapeutische werkwijzen. In 'Directieve therapieën' (Van der Velden, 1977) beschrijven 7 therapeuten de essenties van en ervaringen met korte directieve therapieën, waarvan Van der Velden en Vreeken (1977) stellen dat er geen reden is om aan te nemen dat alle cliënten ermee geholpen kunnen worden, maar wel dat met deze benadering meer mensen hun recht op adequate hulp kunnen realiseren dan met de klassieke psychotherapeutische voorzieningen het geval is.

Goldstein (1973) komt op basis van uitgebreide literatuurstudie tot de conclusie dat een aan de lower-class-cliënt aangepaste psychotherapie moet voldoen aan de volgende criteria:

- kortdurend,
- directief,
- nadruk op concreet gedrag,
- beroep op conformiteit aan concrete voorbeelden,
- gebruik van role-taking-training,

- frequente, voortdurende en onmiddellijke bekrachtiging,
- minimaal gebruik van complexe of abstracte verbalisatie,
- gericht op uitbreiding van gedragsrepertoires.

Wijngaarden (1978), die betrokken is geweest bij een stuk ontwikkelingswerk aan Goldstein's methode (Goldstein, Goedhart en Wijngaarden, 1973), is de overtuiging toegedaan dat zelfs de meest geëigende therapeutische technieken voor de arbeider-cliënt slechts een 'lap-middel' kunnen zijn. De levenssituatie van de arbeider laat immers zo weinig ruimte tot zelfbeschikking, dat slechts politieke oplossingen (betere spreiding van opleiding, kennis, macht en inkomen) wezenlijk kunnen bijdragen tot grotere zelfsturing. Tegelijkertijd meent Wijngaarden dat een grotere praktische ruimte voor zelfbepaling niet automatisch leidt tot realisering van meer zeggenschap over eigen gedrag. Men kan aan deze stellingname de conclusie verbinden dat een aan de arbeider-cliënt aangepaste psychotherapie slechts kan pretenderen de cliënt te leren:

- de aanwezige ruimte tot zelfbepaling beter in te schatten
- deze ruimte tot zelfbeschikking beter te benutten.

1.3 De methode van Goldstein

Arnold Goldstein (1973) ziet zijn 'structured learning therapy' als een methodiek, die tegemoet komt aan de behoeften, leefwijze en leefwereld van de lower-class cliënt. Zijn methode is gericht op het vergroten van vaardigheden. Via het aanleren van vaardigheden wordt beoogd cliënt's autonomie, assertiviteit, interne controle, accuraatheid van waarnemen en communiceren, tolerantie voor frustratie en ambiguïteit te vergroten, om hem beter opgewassen te doen zijn tegen de eisen die het (dagelijkse) leven hem stelt.

Deze vaardigheden (skills) worden de cliënten aangeleerd via modeling, gedragsoefening, sociale bekrachtiging en transfer-training (Goldstein, Sprafkin en Gershaw, 1976).

Dit gebeurt in groepen die, afhankelijk van het niveau van de groep en van het aantal en de complexiteit van de vaardigheden, 3 tot 15

zittingen in beslag nemen.

Bij de keuze en nadere operationalisatie van de hoofdcomponenten van zijn methode refereert Goldstein aan een groot aantal onderzoeken. Samengevat laten deze componenten zich als volgt beschrijven (Goldstein, 1973; 1976; 1981).

1.3.1 Modeling

De cliënten wordt een aantal voorbeelden getoond van de vaardigheid c.q. van de specifieke gedragingen waaruit de vaardigheid bestaat. Dit kan in principe gedemonstreerd worden door de therapeut, maar ook via geluidsbanden, videobanden of films.

Rekening kan gehouden worden met de bevindingen dat modeling effectiever is naarmate het model (degene die de vaardigheid demonstreert) voldoet aan de volgende kenmerken:

- een meer bedreven of deskundige indruk maakt
- een hogere status heeft
- meer overeenkomst heeft met de cliënt, doordat het model van hetzelfde geslacht is, van dezelfde leeftijd, e.d.
- vriendelijk en behulpzaam is
- positieve gevolgen blijkt te ondervinden ten gevolge van het stellen van het gedrag.

Voor het getoonde gedrag geldt dat het beter aangeleerd wordt naarmate:

- het gedrag duidelijk en gedetailleerd is
- het meerdere malen wordt getoond
- de volgorde van de voorbeelden verloopt van gemakkelijk naar moeilijk
- irrelevante gedragingen worden weggelaten
- verschillende modellen het gedrag tonen.

1.3.2 Gedragsoefening

De cliënten worden in de gelegenheid gesteld en gestimuleerd om de gedemonstreerde gedragingen zelf uit te voeren binnen de therapeutische setting. Aanvankelijk wordt gestreefd naar imitatie van (delen van) het gedemonstreerde gedrag. Geleidelijk aan worden aan de cliënt hogere

eisen gesteld, in die zin dat in toenemende mate het stellen van de volledige vaardigheid (meerdere gedragselementen tegelijkertijd) wordt verlangd, dat rollenspelsituaties in moeilijkheidsgraad toenemen, en dat er sprake is van een verschuiving van imitatie van andermans gedragingen naar meer persoonlijke versies van de aan te leren vaardigheid in door de cliënt zelf aangedragen, voor hem relevante situaties. Goldstein noemt als condities die het leren door gedragsoefening optimaliseren:

- de mate waarin de cliënt het participeren in het rollenspel meer ervaart (ervaren kan) als zijn eigen keuze;
- de mate van 'commitment' van de cliënt aan het door hem gestelde gedrag, vrij te vertalen als de mate waarin dat gedrag meer 'van hemzelf' is en moeilijker 'ongedaan' gemaakt kan worden;
- de mate van improvisatie, d.w.z. de mate waarin de cliënt zonder voorbereiding en zonder gedetailleerde aanwijzingen de vaardigheid gestalte weet te geven;
- de mate waarin het te leren gedrag bijval, beloning of 'bekrachtiging' ten deel valt.

1.3.3 Bekrachtiging

De cliënten dienen voortdurend te ervaren dat uitvoering van de vaardigheid gepaard gaat met positieve terugkoppeling, sociale bekrachtiging, instemming, bijval en enthousiasme. Reeds in de modeling-fase wordt het model 'beloond'. Tijdens gedragsoefeningen is er voortdurend sprake van goedkeuring: elke daad van de cliënt die (meer) beantwoordt aan het doelgedrag (de vaardigheid) verdient aandacht en bijval van de therapeut en de groepsleden. De bekrachtiging is effectiever naarmate rekening wordt gehouden met de volgende factoren:

- type bekrachtiging. Dit heeft betrekking op de behoeften en eventuele verzadiging van de cliënten. Niet iedereen vindt hetzelfde prettig, en wat prettig is kan ook overgedoseerd worden. Naast sociale kan ook materiële bekrachtiging aangewend worden.
- moment van bekrachtiging. Doorgaans geldt dat de bekrachtiging het meest effectief is, als zij onmiddellijk volgt op het optreden van het gewenste gedrag. Uitstel kan leiden tot het onbedoeld belonen van

irrelevant of zelfs ongewenst gedrag, dat optreedt tijdens de uitstelperiode.

- 'respons-contingente' bekrachtiging. Kwantiteit en kwaliteit van de bekrachtiging dienen evenredig te zijn aan de 'prestatie' van de cliënt.
- dosering van bekrachtiging. Hoe sterker de bekrachtiging, hoe groter het leereffect. Tegelijkertijd echter geldt dat toename van bekrachtiging in afnemende mate de prestaties verhoogt. Het blijkt dat leren aanvankelijk niet verbetert door omvangrijker bekrachtiging, terwijl in een later stadium het leren meer afhankelijk wordt van deze omvang.
- gelegenheid tot bekrachtiging. Het te bekrachtigen gedrag dient voldoende frequent gelegenheid te krijgen gesteld te worden. Alleen dan kan de cliënt zijn 'beloning verdienen'. De cliënt dient dus voldoende kansen (beurten) te krijgen in de gedragsoefening.
- onderbreking van bekrachtiging. Indien men beoogt dat het nieuw verworven gedrag beklijft, dan moet tijdig worden overgeschakeld op onderbroken bekrachtigingsschema's. Het gedrag moet resistent worden tegen uitdoving; dat wordt het door geleidelijk aan niet meer elke gewenste respons te belonen, maar over te stappen op een vaststaand of variabel partieel bekrachtigingsschema.

1.3.4 Transfer-training

De modeling, gedragsoefening en bekrachtiging dienen zodanig te worden toegepast dat de cliënt het nieuw verworven gedrag ook blijvend zal gaan toepassen in zijn dagelijks leven buiten de therapiesetting. Bij het 'modelen' wordt de cliënt gedemonstreerd dat de te leren vaardigheid in meerdere leefsituaties gesteld kan worden. Bij gedragsoefeningen wordt geleidelijk aan meer gewerkt met leefsituaties, die de cliënt zelf inbrengt. Bovendien wordt 'huiswerk' opgegeven: de cliënt krijgt opdrachten mee die de toepassing van de te leren vaardigheid in zijn eigen leven bevorderen. De mate waarin generalisatie zal optreden kan beïnvloed worden door rekening te houden met de volgende principes:

- algemene inzichten. De generalisatie zal bevorderd worden als de cliënt inzicht verwerft in de algemene principes die het beoogde gedrag kenmerken, zowel in de therapie-setting als daarbuiten. Naarmate de cliënt deze algemene inzichten meer zijn duidelijk gemaakt, zal hij in latere onvoorziene situaties eerder 'herkennen' wat hem overkomt en weten wat hem te doen staat.
- beschikbaarheid van gedrag. De waarschijnlijkheid dat een bepaald gedrag optreedt, neemt toe naarmate dat gedrag in het verleden meer gesteld is. 'Overlearning' tijdens de therapie komt dan ook de generalisatie ten goede.
- identieke elementen. Naarmate de therapie-situatie en de leefsituatie van de cliënt meer overeenkomsten vertonen, zal latere toepassing van het geleerde gedrag meer waarschijnlijk zijn. Ver doorgevoerd betekent dit dat het effectiever is de cliënt het gedrag aan te leren in zijn eigen leefsituatie(s) dan in een therapie-centrum tussen vreemden.
- stimulus-variatie. Generalisatie wordt bevorderd als de cliënt geleerd heeft de vaardigheid toe te passen in een zo breed mogelijk scala van stimulus-situaties. Zo zal generalisatie van interpersoonlijke vaardigheden toenemen naarmate de cliënt het te leren gedrag geoefend heeft tegenover uiteenlopende typen tegenspelers.
- feedback. Ook buiten de therapie-setting is correctieve feedback en (onderbroken) bekrachtiging bevorderlijk voor het beklijven van het geleerde gedrag. Gedacht kan daarbij worden aan het inschakelen van hulpverleners, huisgenoten of vrienden, aan voortgezette contacten tussen (ex-)cliënten en aan afspraken omtrent zelf-bekrachtiging.

1.3.5 De vaardigheden

Aanvankelijk stelde Goldstein (1976) een set van 37 basisvaardigheden en 22 toepassingsvaardigheden samen. Een toepassingsvaardigheid is een samenvoegsel van 3 tot 8 basisvaardigheden in een zodanige volgorde en combinatie dat volledig tegemoet wordt gekomen aan een waar levensprobleem. Een voorbeeld van een toepassingsvaardigheid, ter illustratie (letterlijk vertaald):

(vaardigheid 38) - HET VINDEN VAN EEN WONING

1. een doel stellen
2. hulp vragen
3. instructies opvolgen
4. informatie verzamelen
5. reageren op uitgeoefende druk
6. anderen overtuigen
7. een besluit nemen
8. onderhandelen.

Elke basisvaardigheid wordt beschreven in een aantal (3 à 7) 'leerpunten'. Twee voorbeelden daarvan:

(vaardigheid 23) - EEN DOEL STELLEN

1. ga na wat je zou willen bereiken
2. ga na wat je zou moeten doen om dit gewenste doel te bereiken
3. ga na in welke volgorde je deze zaken zou willen aanpakken
4. beoordeel of je planning haalbaar is
5. stel een haalbaar doel vast.

(vaardigheid 8) - HULP VRAGEN

1. stel vast met welk probleem je zit
2. beslis of je hulp wilt zoeken
3. ga na welke mensen je zouden kunnen helpen
4. kies een helper
5. vertel de helper wat je probleem is.

Goldstein spreekt zich overigens niet uit over de wijze waarop hij tot de keuze en samenstelling van de diverse vaardigheden is gekomen.

Later, als hij zijn methode toepast bij adolescenten, zijn diverse vaardigheden inhoudelijk gewijzigd of weggelaten, andere zijn aan het pakket toegevoegd (Goldstein, Sprafkin, Gershaw en Klein, 1980).

1.3.6 Geluidsbanden als therapeutisch hulpmiddel

Teneinde een zo uitputtend mogelijk gebruik te kunnen maken van -bovengenoemde- 'modeling-enhancers' heeft Goldstein geluidsbanden samengesteld die een modeling-functie vervullen. Elke band is als volgt samengesteld:

1. Een inleider met een hoge status (dokter, ziekenhuisdirecteur) introduceert zichzelf en vervolgens de vaardigheid waar het in betreffende band om gaat.
Van de vaardigheid noemt hij de naam, geeft een algemene beschrijving en een beschrijving in min of meer concrete gedragstermen (leerpunten). Vervolgens geeft hij aan hoe en waarom de aanwezigheid van deze vaardigheid lonend kan zijn, geeft voorbeelden van het ontbreken van de vaardigheid en hoe en waarom dit fnuikend kan zijn, herhaalt de leerpunten nog eens en vraagt aandacht voor de komende voorbeelden.
2. Een tiental korte 'hoorspelen' volgen, waarin steeds de complete reeks leerpunten waaruit de vaardigheid bestaat, wordt toegepast. Een grote verscheidenheid aan acteurs (modellen) en situaties worden daarbij aangewend. De acteurs hanteren eenvoudige spreektaal. De toepassing van de vaardigheid leidt steeds tot sociale bekrachtiging.
3. De inleider herhaalt tenslotte nog eens de leerpunten, beschrijft de gunstige gevolgen die de cliënten kunnen verwachten van toepassing van de vaardigheid en dringt aan op (be)oefening van de leerpunten in de groep en, daarna, in de eigen leefsituatie.

Op deze wijze slaagt Goldstein erin alle bekende model- en modelingvariabelen, waarvan bekend is dat zij het leren bevorderen, en die soms onderling tegenstrijdig lijken (hoge status versus zelfde status), op effectieve wijze aan te wenden. Bovendien wordt rekening gehouden met de principes van bekrachtiging en transfer-training.

1.4 Goldsteintherapieën voor Limburgse kansarmen

Eind 1977 is er een projectgroep geformeerd, bestaande uit medewerkers van de groep Medische Psychologie van de faculteit der geneeskunde van de Rijksuniversiteit Limburg, het RIAGG Maastricht en omstreken, het RIAGG Oostelijk Zuid-Limburg (Heerlen en omstreken) en de Toneelacademie Maastricht, met als taak het operationeel maken van Goldstein's 'structured learning therapy' ten behoeve van de kansarmen

in de regio. De aanleiding tot de formatie van deze projectgroep was de in beide genoemde RIAGG's gesignaleerde behoefte aan aangepaste hulpverleningsmethodieken voor cliënten uit lagere sociaal-economische klassen, en dan met name een behoefte aan kortdurende vaardigheids-therapieën ter ondersteuning van c.q. aanvulling op gangbare gespreks-therapieën.

1.4.1 RIAGG-bereikbaarheid

Men kan zich afvragen of de RIAGG's de aangewezen plaats zijn van waaruit deze vaardigheidstherapieën aan de doelgroep moeten worden aangeboden. Ten aanzien van instellingen voor geestelijke gezondheidszorg bestaat er immers ook een bereikbaarheids- c.q. drempelprobleem (zie 1.1 en 1.2). Is het wellicht nodig een alternatief circuit op te zetten of via instellingen voor maatschappelijk werk of buurt-opbouw-werk de doelgroep te bereiken? Is de bovengenoemde behoefte in de RIAGG's slechts het gevolg van ervaringen met een handjevol 'moeilijke' Libo-cliënten?

Getracht is deze vooraf-vraag te beantwoorden met behulp van beschikbare cliënten- en bevolkingsgegevens. Als daaruit zou kunnen worden afgeleid dat mensen uit lagere sociaal-economische klassen voldoende vertegenwoordigd zouden zijn in het cliëntenbestand van de RIAGG's, dan zou de implementatie van de te ontwikkelen vaardigheidstherapieën in de RIAGG's zin hebben en zou bovendien de projectgroep veel werk, gericht op verhoging van de bereikbaarheid, bespaard blijven.

Het RIAGG Maastricht en omstreken bleek een cliëntenregistratiesysteem te hanteren waarin twee klasse-indicaties van cliënten voorkwamen, namelijk:

- het opleidingsniveau, en
- het type ziektekostenverzekering.

Het type ziekte-kostenverzekering kan als (waarde vaste) index voor het inkomensniveau gehanteerd worden, gezien de verplichting tot ziekenfondsverzekering bij lagere inkomens.

In tabel 1.1 worden opleidingsniveau's van bewoners van zuidelijk Limburg en van de totale Nederlandse bevolking vergeleken met die van

RIAGG-cliënten. Het trekken van conclusies wordt bemoeilijkt door de grote omvang van de categorie 'opleiding anderszins of onbekend' en doordat de in de tabel voorkomende cijfers op niet-gelijke regio's betrekking hebben.

Tabel 1.1 Opleidingsniveau (percentages)

	Lager opleidingsniveau (lager dan MAVO)	Middelbaar en hoger opleidingsniveau (MAVO en HAVO)	Anderszins of onbekend
Nederlandse bevolking* 1971	40.6	38.4	21.1
Grote gemeenten zuidelijk Limburg** 1971	43.1	34.9	22.1
Kleine gemeenten zuidelijk Limburg*** 1971	55.0	34.5	10.6
RIAGG-cliënten**** 1975	60.0	28.7	11.3
RIAGG-cliënten 1977	60.1	34.0	5.9

De gegevens zijn geput uit een verslag van een onderzoek naar het vormings- en ontwikkelingswerk voor volwassenen in de regio zuidelijk Limburg (Samenlevingsopbouw Zuidelijk Limburg, 1978) en de registratiegegevens 1975, 1976 en 1977 van de SGGZ (Decker, Van Ham en Vroemen, 1978).

- * De cijfers zijn gebaseerd op CBS-gegevens over de volkstelling 1971 en hebben betrekking op 17-jarigen en ouder.
- ** CBS-volkstelling 1971, 17-jarigen en ouder. Het betreft de gemeenten Maastricht, Heerlen, Valkenburg en Vaals.
- *** CBS-volkstelling 1971, 17-jarigen en ouder. Het betreft de 16 kleine gemeenten in zuidelijk Limburg (de driehoek Eijsden-Vaals-Bunde).
- **** De RIAGG-regio omvat 3 van de 4 genoemde grote gemeenten (Heerlen niet) en 19 kleine gemeenten. Van deze kleine gemeenten vallen er 15 in de categorie 'kleine gemeenten zuidelijk Limburg', zoals die in de tabel voorkomt.

Toch suggereren de cijfers dat lager opgeleiden met 60% eerder over-
dan ondervertegenwoordigd zijn in de Maastrichtse RIAGG-cliënten-
populatie, temeer omdat in de periode 1971-1977 het opleidingsniveau
van de bevolking verbeterd zal zijn.

In tabel 1.2 zijn de aan inkomen verwante verzekeringstypen vergeleken.
Verplicht verzekerden lijken oververtegenwoordigd in het cliëntenbe-
stand, hoewel ook hier hetzelfde voorbehoud gemaakt moet worden als bij
de vorige tabel.

Tabel 1.2 Type verzekering (percentages)

	Verplicht ziekenfonds	Particulier verzekerd	Anderszins of onbekend
Regio* 1976	57.1	25.9	17.0
RIAGG-populatie** 1977	73.9	16.7	9.4

* Deze cijfers zijn afkomstig uit het jaarverslag 1976 van de
Stichting Overleg Limburgse Ziekenfondsen, en hebben betrekking op
de MRC-regio van ruim 600.000 inwoners. Daarbinnen vallen 3 RIAGG's
(Maastricht, Heerlen en Sittard).

** Uit de registratiegegevens van het RIAGG Maastricht e.o., 1977
(Decker, e.a., 1978).

Zowel mindergeschoolden als mensen met lagere inkomens zijn in ruime
mate vertegenwoordigd in het cliëntenbestand van het RIAGG Maastricht
en omstreken.

Wellicht juist daardoor is de onmacht van de hulpverleners ten opzichte
van cliënten uit lagere sociaal-economische klassen en daarmee de vraag
naar aangepaste of aanvullende methodieken sterk aan het licht gekomen.
Implementatie van de te ontwikkelen vaardigheidstherapieën in de
Limburgse RIAGG's mag zinvol worden geacht (waarmee toepassingen
elders niet worden uitgesloten).

1.4.2 Het Goldsteinproject

Het operationeel maken van Goldstein's 'structured learning therapy' kan niet afgedaan worden met het vertalen van therapeutische hulpmiddelen en het (doen) opstarten van therapie-groepen. De sociale leertheorie, waarop Goldstein's methode is gebaseerd, is sterk in ontwikkeling. Het was en is noodzakelijk deze ontwikkelingen te volgen, en, waar nodig, nieuwe inzichten te verwerken in de vaardigheidstherapieën. Daarnaast werd het nodig geacht de keuze van vaardigheden te heroverwegen. Goldstein heeft een groot aantal vaardigheden aangereikt zonder de herkomst ervan op enigerlei wijze te onderbouwen of te verantwoorden (Goldstein c.s., 1976; Goldstein c.s., 1980). Niet alleen vertonen deze vaardigheden bij eerste inspectie veel overlap met elkaar, ook werd het aantal onwerkbaar groot geacht.

Goldstein (1973) stelt terecht dat er qua principes weinig aan zijn methode nieuw is, maar dat hij wel zeer systematisch een groot aantal verworven inzichten en bestaande procedures heeft geïnventariseerd, geïntegreerd, toegepast en geëvalueerd. Behoudens de vormgeving aan de therapeutische hulpmiddelen (geluids-modeling-banden, vaardigheden met leerpunten) laat zijn beschrijving van de 'structured learning therapy' (zie 1.3) de lezer echter bijzonder veel ruimte tot eigen interpretatie. Zijn 'manual' heeft meer betrekking op hetgeen zich tijdens de voorbereidingen tot de groepsessies zou moeten afspelen dan op het therapeutisch handelen zelf.

Behoeftte werd dan ook gevoeld aan protocol-ontwikkeling, draaiboeken en scenario's van interventies, temeer omdat de projectgroep zich ten doel stelde derden terzijnertijd te instrueren omtrent toepassingen. Tot slot werd een grondige evaluatie van de vaardigheidstherapieën in hun uiteindelijke toepassing nodig geacht. Daarbij zijn de gedachten niet uitgegaan naar aanvullend 'ingrediënten-onderzoek' (is interventie C uitgevoerd volgens scenario 2 effectiever dan volgens scenario 3?) doch meer naar de resultaten van de therapieën zoals die in de RIAGG's worden toegepast. Niet alleen de uitvoerders van de vaardigheidstherapieën of de verwijzers van deelnemers doch ook beleidsmakers binnen en buiten deze instellingen, betalende instanties en het

publiek mogen meer geïnteresseerd worden geacht in de effecten van 'alledaagse' toepassingen dan in onderzoek naar de effectiviteit van een vlekkeloos uitgevoerd laboratorium-programma.

2. THEORETISCHE ONTWIKKELINGEN EN HUN CONSEQUENTIES VOOR VAARDIGHEIDSTHERAPIEËN

De hoofdcomponenten van Goldstein's 'structured learning therapy' (zie ook 1.3) zijn modeling, gedragsoefening, bekrachtiging en transfertraining. De drie eerste componenten zijn door Goldstein opgevoerd vanwege hun specifieke geschiktheid voor cliënten uit lagere klassen en vanwege hun effectiviteit; de transfertraining is later toegevoegd om de duurzaamheid van gedragsverandering te vergroten (Goldstein, 1973). Elk van de componenten is gebaseerd op leertheoretische en gedragstherapeutische inzichten en principes en is veelvuldig object van onderzoek geweest. Sterk aan deze componenten verwant zijn therapeutische procedures en begrippen als observational learning (Berger, 1961), vicarious learning (DeCharms en Rosenburg, 1960), behavior rehearsal (Lazarus, 1966) en social learning (Bandura, 1969). Toegepast op het aanleren van interpersoonlijk gedrag en/of het bestrijden van sociale angst spreekt men vooral van sociale vaardigheidstherapieën (Van Son, 1978) en assertiviteitstrainingen (Van Dam en Kraaimaat, 1979).

De theorieën die in de laatste 25 jaar zijn aangewend ter verklaring van het optreden van inadequaat interpersoonlijk gedrag vormen een afspiegeling van de (theoretische) ontwikkelingen in de gehele gedragstherapie (Van Son, 1980). Na een korte weergave van die ontwikkelingen wordt hier aansluiting gezocht bij een verklaringsmodel van Bandura en wordt ingegaan op de mogelijke consequenties daarvan voor de methode van Goldstein.

2.1 Ontoereikende verklaringsmodellen

Wolpe (1958, 1973) zag het optreden van inadequaaf interpersoonlijk gedrag primair als het gevolg van een klassiek geconditioneerde angstrespons. Het individu dat herhaaldelijk aversieve ervaringen opdoet in sociale situaties zal volgens dit respons-inhibitie-model in toenemende mate met angst reageren op nieuwe confrontaties met sociale situaties; deze angst reduceert de gedragsefficiëntie en leidt tot vermijdingsgedrag, dat op zijn beurt weer nieuwe aversieve faal-ervaringen tot gevolg heeft.

Vanuit dit referentiekader bezien wordt aan een interpersoonlijke vaardigheidstherapie de betekenis toegekend van het leren toepassen van responsen die onverenigbaar zijn met angst: reciproke inhibitie van sociale angsten door het uitvoeren van assertief gedrag in sociale situaties.

Dit model is ontoereikend genoemd, omdat het niet verklaart waarom individuen reeksen aversieve ervaringen zouden opdoen in sociale situaties. Bovendien blijken angstbeheersingsprocedures als systematische desensitisatie niet altijd effectief (Marzillier, Lambert en Kellett, 1976).

Een alternatief biedt het zogenaamde vaardigheids-deficiëntie-model (Curran, 1979). In dit model wordt ervan uitgegaan dat er individuele verschillen bestaan in repertoires van interpersoonlijke responsen. Iemand met een gebrekkig (d.i. nooit geleerd of in onbruik geraakt) repertoire kan aversieve ervaringen opdoen en daardoor sociaal-angstig worden.

De behandeling dient vanuit deze optiek dan ook vooral gericht te zijn op het aanleren van in sociale situaties effectieve interpersoonlijke responsen via modeling en gedragsoefeningen. Eenmaal opgenomen in het gedragsrepertoire zullen deze responsen onderhouden worden door succes-ervaringen.

Ook dit model is ontoereikend. Het verklaart niet het uitblijven van adequaat gedrag bij mensen die beschikken over een adequaat gedrags-

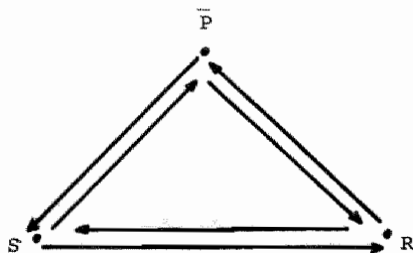
répertoire (Twentyman en Zimmering, 1979).

Beide voorgaande modellen, die met elkaar gemeen hebben dat ze gedrag bestuderen als functie van de situatie (antecedente en consequente stimuli) geven ook geen verklaring voor modeling-effecten. Mensen leren via observatie van gedrag van anderen (Bandura, 1969). Dit heeft geleid tot veronderstellingen dat individuen responsinformatie coderen en onthouden, waarbij het (latere) gedrag zou worden uitgevoerd op geleide van een symbolische (re-)constructie van het gedrag (sociale leertheorie).

2.2 Het cognitief sociaal-leertheoretisch model

Het sociaal-leertheoretisch model, waarin de persoon wordt opgevat als een informatie-verwerkend systeem, is inmiddels verder uitgebreid onder invloed van de cognitieve stroming in de gedragstherapie (Beck, 1976; Meichenbaum, 1977; Ellis, 1979).

Cognitieve factoren, interne dialogen, attributies en verwachtingen worden in toenemende mate verantwoordelijk gesteld voor gedragsproblemen. In het vigerende cognitief sociaal-leertheoretisch model (o.a. Bandura, 1977; Mischel, 1973) wordt gedrag opgevat als resultante van een wederzijdse beïnvloeding van persoon en situatie (Hettema, 1982):



Er voltrekken zich leerprocessen als de persoon gedragsalternatieven observeert bij anderen en ervaart wat de gevolgen van eigen en anderen gedrag zijn in bepaalde situaties ($S \rightarrow P$), terwijl situaties op hun beurt gedefinieerd worden door de persoon op grond van diens 'cognitieve structuur' ($P \rightarrow S$).

Gedrag is zowel een functie van de situatie ($S \rightarrow R$) als van de persoon met zijn intenties en gedragsmogelijkheden ($P \rightarrow R$).

Het feitelijke gedrag, te onderscheiden van het bedoelde gedrag, leidt tot een (al of niet beoogde) verandering van de situatie ($R \rightarrow S$) en leidt tot bevestiging of bijsturing van de cognities betreffende de eigen competentie ($R \rightarrow P$).

Het leren via responsconsequenties wordt in dit model gezien als een bijzondere vorm van observatie-leren: men ervaart differentiële effecten van eigen gedrag en vergaart aldus informatie omtrent welk gedrag in welke situatie bepaalde consequenties met zich meebrengt. Niet de feitelijke consequenties, doch de door het individu verwachte consequenties bepalen het optreden van gedrag (Estes, 1972). Ook wordt gedrag niet langer opgevat als staande onder stimuluscontrole ($S \rightarrow R$); aan stimuli worden door het individu betekenissen toegekend, waarbij niet alleen processen van (selectieve) attentie en waarneming, maar ook van betekenistoekenning (herkenning, evaluatie) een rol spelen. Stimuli beïnvloeden gedrag voor zover ze voor het individu een voorspellende functie hebben met betrekking tot de waarschijnlijkheid dat bepaald gedrag bepaalde effecten zal opleveren.

Het cognitief sociaal-leertheoretisch model maakt inzichtelijk waarom systematische desensitisatie niet altijd effectief is bij de behandeling van hoog-sociaal-angstigen en verklaart ook waarom het beschikken over een adequaat interpersoonlijk gedragsrepertoire geen garantie inhoudt voor het daadwerkelijk gebruik daarvan.

Attributies, etiketteringen, interpretaties van situaties en verwachtingen van eigen mogelijkheden sturen het gedrag. En deze 'cognities' zijn het product van (vaak foutieve of irrationele) denkoperaties, cognitieve schemata en onderliggende, voorbewuste cognities.

Zo hebben Schwartz en Gottman (1976) aangetoond dat minder-assertieve mensen meer negatieve en minder positieve 'zelf-beweringen' gebruiken in interne dialogen in interpersoonlijke situaties dan meer-assertieven. Hoog-sociaal-angstige mensen blijken (dezelfde) feedback bovendien als negatiever te interpreteren dan laag-sociaal-angstigen (Smith en Sarason, 1975; Halford en Foddy, 1982). Het belang van zelf-evaluaties blijkt uit de bevindingen dat hoog-sociaal-angstigen in vergelijking

tot laag-sociaal-angstigen de kwaliteit van hun interpersoonlijke verrichtingen onderschatten (Clarke en Arkowitz, 1975) en negatieve informatie daarover beter onthouden dan positieve (O'Banion en Arkowitz, 1977).

Een geëigend gedragsrepertoire is kennelijk geen voldoende voorwaarde voor het toepassen van adequaat interpersoonlijk gedrag. Het individu zal daarnaast overtuigd moeten zijn in staat te zijn tot adequate uitvoering van dat gedrag. Programma's gericht op verandering van interpersoonlijk gedrag dienen dan ook tevens gericht te zijn op de ontwikkeling van adequate/realistische zelfbeweringen en zelfevaluaties.

2.3 Bandura's self-efficacy theorie

Bandura's 'self-efficacy'-theorie kent een centrale rol toe aan zelfbeweringen (Bandura, 1977). Verwachtingen van persoonlijke effectiviteit zouden bepalend zijn voor de keuze voor coping- of vermijdingsgedrag, alsook voor de mate waarin coping-gedrag wordt volgehouden in problematische situaties en na aversieve ervaringen. Alle gedragsveranderingen worden gerealiseerd door wijzigingen in niveau en sterkte van deze verwachtingen. Deze 'self-efficacy' wordt door Bandura nadrukkelijk onderscheiden van 'response-outcome-expectations'; terwijl een uitkomst-verwachting betrekking heeft op de persoonlijke schatting dat een bepaalde gedragswijze zal leiden tot bepaalde effecten, heeft de self-efficacy betrekking op de overtuiging zelf in staat te zijn tot succesvolle uitvoering van (dat) gedrag (Bandura, 1979). Mensen vrezen en vermijden situaties waarvan zij aannemen dat die hun vaardigheden te boven gaan; als zij menen situaties aan te kunnen, gedragen zij zich ook daarnaar.

Verwachtingen van persoonlijke effectiviteit variëren in hoogte, specificiteit, sterkte en zijn gebaseerd op vier informatiebronnen, te weten:

- a. daadwerkelijk gebleken bekwaamheid (performance accomplishments)
- b. vicarieuze ervaringen

c. verbale beïnvloeding

d. fysiologische gewaarwordingen.

Van deze vier informatiebronnen is de eerste de meest invloedrijke. Terwijl fysiologische gewaarwordingen door het individu voornamelijk beoordeeld worden op basis van betekenistoekenning aan de externe omstandigheden, verbale beïnvloeding sterk afhankelijk is van de geloofwaardigheid van degene die tracht te overtuigen en vicarieuze ervaringen ongedaan gemaakt kunnen worden door aan modellen speciale deskundigheid toe te schrijven, is de kwaliteit van gedragsuitvoering door het individu zelf het minst afhankelijk van dit soort cognitieve 'appraisals'. Bandura draagt een groot aantal empirische argumenten aan om de superioriteit van de 'performance-based' procedures (zoals desensitisatie in vivo, massive exposure, participant modeling) over de 'symbolically based' behandelingen (desensitisatie in vitro, imagined exposure, vicarieus leren, verbale methoden, etc.) te onderstrepen. Toch ziet hij voor de verbale methoden nog een rol weggelegd in gedragsveranderingprogramma's:

"People who are socially persuaded that they possess the capabilities to master difficult situations and are provided with aids for effective action are likely to mobilize greater effort than those who receive only the performance aids".

Met zijn self-efficacy-theorie verzoent Bandura twee zaken die ogenschijnlijk haaks op elkaar staan:

- a. het feit dat performance-based procedures bij voortduring effectiever blijken dan symbolically based ervaringen in het bewerkstelligen van psychologische veranderingen.
- b. het groeiende en steeds meer verbreide inzicht dat de mechanismen die verwerving en regulatie van menselijk gedrag verklaren van cognitieve aard zijn.

Door te postuleren dat verwachtingen van eigen competenties in specifieke situaties uiteindelijk bepalend zijn voor therapeutische verandering, terwijl deze verwachtingen gebaseerd zijn op informatie die op de eerste plaats geput wordt uit eigen performance-ervaringen, maakt hij inzichtelijk dat (cognitieve) verandering het best gerealiseerd kan worden via performance-based procedures. Het nastreven van verandering van cognities impliceert dus geenszins het aanwenden van

'cognitieve methoden'. Empirische data ondersteunen Bandura's stellingname dat generaliserende en blijvende veranderingen van effectiviteitsverwachtingen en van gedrag het best gerealiseerd kunnen worden 'by participant methods using powerful induction procedures initially to develop capabilities, then removing external aids to verify personal efficacy, then finally using self-directed mastery to strengthen and generalize expectations of personal efficacy' (Bandura, Jeffery and Gajdos, 1975; Bandura, 1977). Bandura heeft diverse studies uitgevoerd om de self-efficacy-theorie te toetsen bij fobici (Bandura, Adams en Beyer, 1977; Bandura, Adams, Hardy en Howells, 1980). Zijn hypothesen dat 'mastery-experiences-treatment' tot grotere verandering van de self-efficacy leidt dan 'vicarieuze behandeling' en dat self-efficacy-uitspraken zeer nauw gerelateerd zijn aan daadwerkelijk gedrag werden daarbij bevestigd. Ook Biran en Wilson (1981) rapporteren soortgelijke bevindingen: performance-based behandeling blijkt superieur aan cognitieve herstructurering, terwijl gedragsmaten en self-efficacy-ratings hoog correleren.

2.4 Consequenties voor Goldstein's 'structured learning therapy'

Goldstein ontwikkelde zijn 'structured learning therapy' in een periode waarin zelfbeweringen en, meer algemeen, cognities nog niet de rol werden toebedacht als nu het geval is. Hij selecteerde zijn technieken op geschiktheid voor de doelgroep en trachtte in de vormgeving aan procedures recht te doen aan empirische bevindingen die de effectiviteit betreffen.

De vraag is in hoeverre de door Goldstein ontwikkelde vaardigheids-therapieën bijstelling of aanvulling behoeven om recht te doen aan het cognitief sociaal-leertheoretisch model en de daaruit af te leiden inzichten.

De 'structured learning therapy' (zie 1.3) is bij uitstek performance-based. Modeling en aanvankelijke gedragsoefeningen vormen het inductie-programma, waarna verwachtingen van eigen effectiviteit verder kunnen

worden gevormd en getoetst via voortgezette gedragsoefening (eigen versies, eigen situaties, etc., zie 1.3.2), bekrachtiging en 'huiswerk'. De structured learning therapy behoeft geen bijstelling of uitbreiding op grond van de theoretische ontwikkelingen. Wel is het mogelijk met behulp van recente theoretische inzichten de effectiviteits-verhogende werking van diverse procedure-attributen te verklaren.

Zo bevatten Goldstein's modeling-banden niet alleen respons-informatie, doch ook

- . informatie over de effectiviteit van een respons, en
- . informatie relevant voor de verwachting van de eigen effectiviteit van de observator.

Respons-informatie wordt verschaft door een deskundige (geloofwaardig) die beweert dat het om relevante informatie gaat en die leerpunten noemt, die enerzijds de attentie sturen bij het aanhoren van de hoorspelen, anderzijds een bemiddelende rol vervullen bij de codering, opslag en (latere) symbolische reconstructie van de geboden gedragsinformatie en tevens door een aantal gedragsmodellen die tonen hoe, en ook hoe verschillend, de betreffende respons(klasse) vorm kan krijgen. Informatie over de effectiviteit van een respons wordt aangereikt door de deskundige, die wijst op de voordelen van toepassing van de vaardigheid en op mogelijke aversieve consequenties van het achterwege blijven van de betreffende interpersoonlijke activiteit in diverse situaties, en via de hoorspelen waarin toepassing van de vaardigheid steeds tot beoogde effecten leidt.

Informatie, relevant voor de verwachting van eigen competentie (self-efficacy), wordt wederom gegeven door de deskundige, die beweert dat men (dus iedereen, dus ik ook) deze vaardigheid kan leren, door meerdere modellen (als die dat allemaal kunnen, kan ik dat ook), door meerdere modelgedragingen, die in hun onderscheidenheid informatie bevatten omtrent tolerantie voor afwijkingen van een denkbare standaard (iedereen doet het op zijn manier, mijn manier zal ook goed zijn) met een gereede kans dat men een model of een modelgedrag tegenkomt, waarvan men op grond van gelijkenis kan aannemen: 'als die dat kan, kan ik dat ook' of 'zoals die het doet, kan ik het ook' (Bandura, 1977; Rosenthal en Bandura, 1978).

Gedragsoefeningen scheppen de gelegenheid om aan de hand van observeer-

bare discrepanties tussen de aangeboden gedragsinformatie en de als reproductie daarvan bedoelde overte responsen aanvullende en corrigerende informatie aan cliënten aan te reiken. Zij fungeren echter tevens als informatiebron voor uitkomst-effectiviteit, doch vooral als informatiebron voor self-efficacy.

Het geloof in eigen competentie kan aanvankelijk beperkt zijn tot discrete responselementen, wat aanleiding geeft tot imitaties van haalbare delen van de geboden responsinformatie. Bekrachtiging, zelf-observatie en verbale suggestie door de therapeut versterken de self-efficacy en daarmee de verwachting ook aan volgende opdrachten te kunnen voldoen. Zo zal de cliënt in toenemende mate bereid en in staat blijken in meer eigen versies, onder gevarieerde en moeilijker omstandigheden en onder terugtrekking van hulp (aanmoediging, gedragsinstructies, e.d.) de vaardigheid gestalte te geven.

Ook de bekrachtiging komt met de self-efficacy-theorie in een nieuw licht te staan. De tendens bij vele cliënten om hun eigen verrichtingen te onderschatten (zie 2.2) wordt gecorrigeerd door het stelselmatig prijzen (door therapeut en mede-clieënten) van adequate responsen. Voor zover dit op geloofwaardige wijze gebeurt, zal de cliënt deze informatie verwerken tot een positiever en realistischer verwachting ten aanzien van eigen gedragsmogelijkheden.

Elementen van transfertraining, die grotendeels hun beslag krijgen in modeling, gedragsoefening en bekrachtiging (zie 1.3.4), kunnen eveneens herleid worden tot maatregelen die bijdragen tot de ontwikkeling van een hoger, sterker en meer gegeneraliseerd niveau van verwachting van eigen competentie.

Hoewel succeservaringen het middel bij uitstek zijn om de self-efficacy te ontwikkelen en daardoor gedragsverandering te bereiken, creëren succeservaringen niet noodzakelijkerwijs sterke en gegeneraliseerde verwachtingen van persoonlijke competentie. Bandura (1977) wijst erop dat zolang mensen consequenties van gedrag kunnen toeschrijven aan veilige of gemakkelijke omstandigheden, de verrichtingen zelf kunnen toeschrijven aan de hulp die daarmee gepaard ging, of aan de grote inspanningen die zij zich daarvoor moeten getroosten, deze ervaringen nauwelijks zullen bijdragen aan een groei van de verwachting van eigen

competentie. De wijze waarop succeservaringen cognitief worden verwerkt is van groot belang.

In de vormgeving aan de interpersoonlijke vaardigheidstherapieën zullen maatregelen ingebouwd dienen te worden die foutieve verwerkingen kunnen voorkomen en corrigeren.

3. DE KEUZE VAN INTERPERSOONLIJKE VAARDIGHEDEN*

Dit hoofdstuk behandelt een studie die is uitgevoerd om tot een verantwoorde keuze te komen van interpersoonlijke vaardigheden, op te nemen in het pakket vaardigheidstherapieën. In eerste instantie wordt getracht op grond van literatuurstudie het uitgebreide domein van interpersoonlijke gedragswijzen te reduceren tot een overzichtelijk geheel. Vervolgens wordt een onderzoek beschreven dat is uitgevoerd onder cliënten om meer zicht te krijgen op de interpersoonlijke gedragsproblemen in de doelgroep.

Dat de te operationaliseren vaardigheidstherapieën onder meer dienden te voorzien in de mogelijkheid interpersoonlijke vaardigheden te verwerven, was van aanvang af een vaststaand gegeven. Het belang van een effectief interpersoonlijk gedragsrepertoire voor de geestelijke gezondheid wordt alom erkend (o.a. Sullivan, 1953; Philips, 1978). Gebrek aan interpersoonlijke vaardigheden speelt niet alleen een rol in problemen als afhankelijkheid, sociale isolatie, anti-sociaal agressief gedrag en huwelijksproblemen, maar ook in depressies, seksuele dysfuncties, fobieën, verslavingen, psychosomatische klachten en dergelijke (Gambrill, 1977; Walburg, 1980; Van Son, 1980).

Ook Goldstein is deze overtuiging toegedaan. Hij presenteerde aanvankelijk 22 'conversatie-vaardigheden' naast 8 'alternatieven voor agressie', 7 'planning-vaardigheden' en 22 'toegepaste' vaardigheden (Goldstein c.s.,

* Over dit onderwerp is eerder gepubliceerd door Beekers en Halfens (1981).

1976). Later (Goldstein, Sprafkin, Gershaw en Klein, 1980) zijn daar een aantal vaardigheden en vaardigheids categorieën aan toegevoegd. Inhoudelijk bezien lijken sommige vaardigheden elkaar te overlappen, andere (bijvoorbeeld 'starting a conversation', 'continuing a conversation' en 'ending a conversation') zijn dermate 'moleculair' dat ze slechts zinvol inzetbaar zijn als onderdeel van een vaardighedenpakket. De vraag dringt zich op of er een zinvolle (her)schikking van interpersoonlijke responsen c.q. responsklassen mogelijk is, zodanig dat

- (a) elke interpersoonlijke vaardigheid wezenlijk te onderscheiden is van de andere,
- (b) elke vaardigheid een voldoende molair karakter heeft c.q. als solo-pakket zinvol kan worden aangeboden,
- (c) het aantal vaardigheden wordt teruggebracht, waardoor aan verwijzers een overzichtelijk aanbod kan worden gedaan en snelle doorstroming van verwezen cliënten mogelijk wordt,
- (d) het vaardigheden-aanbod recht doet aan de 'vraag' (gedragstekorten en -excessen) van de doelgroep.

3.1 Op zoek naar een referentiekader

Kan het brede scala interpersoonlijke gedragingen/gedragswijzen teruggebracht worden tot een klein overzichtelijk aantal op zodanige wijze dat wezenlijke eisen/dilemma's van interpersoonlijke aard de inhoud ervan bepalen?

Het antwoord op die vraag is niet te vinden bij auteurs op het terrein van sociale vaardigheidstherapieën en assertiviteitstrainingen (o.a. Gambrill, 1977; Schouten, 1977; Van Son, 1978; Van Dam-Baggen en Kraaimaat, 1979), ook al doen zij allen wel, min of meer tentatief, suggesties betreffende het belang van bepaalde interpersoonlijke thema's en responsen.

In andere kaders is wel gezocht naar een functioneel systeem van klassen van interpersoonlijk gedrag, dat het potentiële aantal gedragswijzen terugbrengt tot een werkbare reeks en tevens voldoende uit-

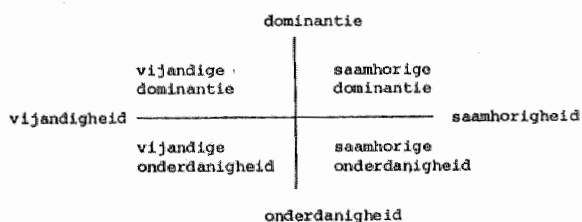
puttend is om nagenoeg elke voorkomende interpersoonlijke gedragswijze onderdak te kunnen bieden, inclusief 'abnormale' gedragswijzen.

3.1.1 Hoofddimensies en interpersoonlijk gedrag

Brown (1965) heeft een zorgvuldige en uitvoerige conceptuele analyse uitgevoerd van de formele kenmerken van menselijke interacties en komt tot de conclusie dat twee dimensies daarin praktisch universeel zijn: 'status' en 'solidariteit'. Carson (1969) geeft een overzicht van een aantal empirische studies waarin gedragingen worden geobserveerd en 'geturfd' en waarin mensen elkaar beoordelen in een wisselend aantal categorieën. Factor-analyses leiden in al deze studies tot twee of meer factoren, waarbij Brown's dimensies steeds bevestigd worden.

De status-dimensie van Brown wordt nu eens aangeduid als 'individuele prominentie', dan weer als 'assertiviteit', 'macht', 'extraversie', 'strengheid' of 'dominantie'; de 'solidariteitsdimensie' komt terug als 'sociabiliteit', 'vriendelijkheid', 'liefde', 'affiliatie' of 'warmte'. Plaatsen we beide onafhankelijke dimensies als coördinaten in een hypothetische twee-dimensionaal vlak (figuur 3.1), dan ontstaan 4 quadranten waarvan de inhouden kwalitatief onderscheidbare vormen van sociaal gedrag representeren.

Figuur 3.1

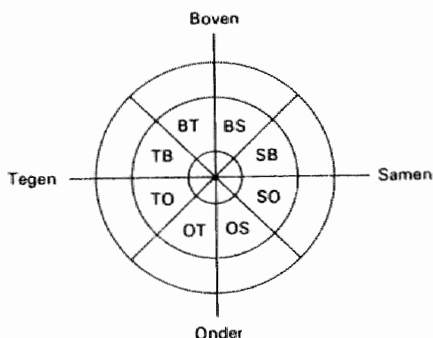


Een interessant kenmerk van dit model is dat het de mogelijkheid biedt om naast kwaliteiten ook intensiteiten van gedrag weer te geven: met een punt in de ruimte, rekenend vanuit het neutrale centrum, kan aangegeven worden dat een gedragswijze bijvoorbeeld is te typeren met 5 eenheden dominantie en 2 eenheden vijandigheid.

Het model biedt bovendien mogelijkheden recht te doen aan bevindingen die een circulaire ordening van interpersoonlijke gedragingen suggereren, in die zin dat gedragswijzen ten opzichte van elkaar geordend kunnen worden op grond van hun onderlinge intercorrelaties in een systeem dat geen begin- of eindpunt heeft.

Grondlegger van dit model is Leary (1957) die de ruimte verder opdeelt in 8 'octanten' en onderscheid maakt tussen 3 intensiteits-niveau's: (1) een milde, minimaal noodzakelijke, (2) een gematigde, passende en (3) een sterke ongepaste hoeveelheid, in figuur 3.2 weergegeven in respectievelijk een binnen-, een midden- en een buitencirkel.

Figuur 3.2



De 'octant'-variabelen kunnen omschreven worden als:
 SB: Samen-Boven: Verantwoordelijk, helpend gedrag.
 SO: Samen-Onder: Coöperatief, aanleunend.
 OS: Onder-Samen: Afhankelijk, volgend.
 OT: Onder-Tegen: Teruggetrokken, verlegen.
 TO: Tegen-Onder: Kritisch, wantrouwend.
 TB: Tegen-Boven: Aanvullend, agressief.
 BT: Boven-Tegen: Competitief, onafhankelijk.
 BS: Boven-Samen: Leidend, beïnvloedend.

Leary gaat ervan uit dat elk van deze interpersoonlijke gedragswijzen op niveau 2 in een 'gezond' gedragsrepertoire thuishoort. Zowel het niet beschikken over een minimum als het overschrijden van een bovengrens, per octant, zou als inadequaats of pathologisch te beschouwen zijn.

3.1.2 Leary's roos en de ICL

Het model van Leary, bekend als de 'roos' van Leary, wordt bevestigd door diverse empirische studies. Zo bevestigen Schaefer (1959), Foa (1961) en Lorr en McNair (1963) de circulaire ordening in het domein van interpersoonlijke gedragswijzen.

LaForge en Suczek (1955) presenteren de 'Interpersonal Check List' (ICL), bestaande uit 128 korte uitspraken over interpersoonlijk gedrag: per (Leary-)octant 16 uitspraken, die verschillen in intensiteit. Dit instrument wordt toegepast om overt gedrag (hij is/kan), zelfbeeld (ik ben/kan) en waarden (ik zou willen) van interpersoonlijke aard te meten. Octantscores worden doorgaans vastgesteld door sommatie van het aantal 'ja'-antwoorden per subschaal (maximum-score 16).

Test-hertest-correlaties tussen .73 en .83 per octant bij zelfbeschrijvingen van vrouwelijke obesitas-patiënten bevestigen de stabiliteit van het instrument, terwijl interoctant-correlaties inderdaad afnemen naarmate de afstand tussen octanten in de roos toeneemt (LaForge en Suczek, 1955). Armstrong (1958) laat 50 alcoholici en 50 'normalen' zichzelf, hun moeder, hun vader, hun vrouw, hun ideale vrouw en hun ideale-zelf beschrijven met behulp van de ICL en vindt interne (Kuder-Richardson) betrouwbaarheden die allen boven de .95 liggen.

De ICL is in het Nederlands vertaald door Diekstra (1972) met het oog op een cross-culturele structurele validatie van de ICL. Vergelijkingen tussen Nederlandse en Amerikaanse factor-patronen in beschrijvingen op de ICL leveren 'haast perfecte structurele overeenkomsten' op (Diekstra en Truckenmiller, 1977).

De ICL-studies hebben echter slechts gedeeltelijke bevestiging van Leary's model opgeleverd. Doorgaans worden bij factor-analyses over octantscores op de niveau's van beoordelingen-door-anderen en van zelfbeschrijvingen 3 in plaats van 2 dimensies (factoren) gevonden. Twee van de drie hebben steeds grote gelijkenis met de Liefde-versus-Haat en Dominantie-versus-Submissie dimensies. De derde factor, gekenmerkt door hoge ladingen van de OT- en OS-octantscores, wordt vaak aangeduid als 'minderwaardigheidsgevoelens' (Briar en Bieri, 1963; Truckenmiller,

1971; Diekstra en Truckenmiller, 1977) of als 'passiviteit' (Knippenberg, 1978).

Is er werkelijk een derde dimensie in het spel? Als we te rade gaan bij studies, anders dan met behulp van de ICL, dan noemt Carter (1954) in een overzicht van factor-analytische studies van interpersoonlijk gedrag in kleine groepen naast 'prominentie' en 'sociabiliteit' een factor 'taak-inzet'.

Borgatta (1960, 1964) vindt naast assertiviteit en sociabiliteit factoren die hij interpreteert als 'manifeste intelligentie', 'manifeste emotionaliteit' en 'taak-interesse'.

Schutz (1966) gaat uit van 3 dimensies: macht, affectie en meetellen (erbij horen). Klassieke theorieën op het gebied van sociale motivatie maken vaak onderscheid tussen machts-, affiliatie en prestatiemotivatie (Atkinson, 1963).

De twee Leary-dimensies komen steeds terug, de aard van een eventuele derde dimensie blijft onduidelijk. Soms lijkt deze betrekking te hebben op een situationele factor (b.v. taak-inzet), soms op een dimensie die gedragingen omvat die weliswaar interpersoonlijk te beschrijven zijn, doch feitelijk voortkomen uit intenties van niet-interpersoonlijke aard (taak-inzet, onafhankelijkheid, manifeste intelligentie, passiviteit).

Osgood, Suci en Tannenbaum (1957) die de basale dimensies van betekenis-toekenning aan objecten (inclusief personen) trachten te identificeren, vinden drie onafhankelijke factoren: een waarde-, een potentie- en een activiteitsfactor (resp. goed-slecht, sterk-zwak en actief-passief).

Talrijke latere onderzoeken, ook hier ten lande (o.a. Kouwer, 1958 en 1961; Bremer, 1972; Groenman, 1978) waarin Osgood's contrast-profielenmethode is toegepast, bevestigen deze gronddimensies in de menselijke betekenisruimte. Toegepast op de beoordeling van interpersoonlijk gedrag kan men stellen dat Osgood's eerste twee factoren terugkomen in Leary's liefde-haat en dominantie-submissie dimensies, terwijl de activiteitsdimensie niet opgenomen is in Leary's model, doch wel wordt aangetroffen bij factor-analyses van ICL-scores: de als 'minderwaardigheidsgevoelens' of 'passiviteit' benoemde factoren. Cuvelier (1976, 1977) maakt van Leary's cirkel weliswaar geen bol, maar verwerkt de activiteitsdimensies in zijn topologie van interactiewijzen door het

postuleren van een passieve bovenpositie ('houden') en een passieve onderpositie ('lossen') naast die actieve posities van 'geven, nemen, klauwen en weerstaan'.

3.2 ICL-afname bij cliënten

Het boven beschrevene levert een eerste houvast voor een verantwoorde reductie van het grote aantal potentiële interpersoonlijke vaardigheden. We hebben echter tevens te maken met een specifieke doelgroep: cliënten uit de lagere sociaal-economische klassen (Libo-clieñten). De vraag die zich opdringt is: Zijn er interpersoonlijke gedragswijzen, posities in Leary's roos, die voor de Libo-doelgroep meer problematisch zijn dan andere? Natuurlijk heeft elk individu een uniek interpersoonlijk gedragsrepertoire, favoriete rollen waar hij graag zijn toevlucht in zoekt en interpersoonlijke posities die hij bij voorkeur vermijdt of zelfs in het geheel niet in kan nemen. Dat geldt ook voor Libo-clieñten. Zouden dezen echter als groep gekenmerkt worden door markante 'tekorten' en/of 'excessen' in bepaalde interpersoonlijke gedragswijzen, dan zou een voor deze doelgroep bestemde serie vaardigheden daar op dienen te zijn afgestemd.

De Turck (1978) noemt sociale klasse een van de belangrijkste, zo niet de belangrijkste, factor in het ontstaan van psychische stoornissen. Gleiss, Seidel en Abholz (1973) benadrukken sterk de invloed van het sociaal-economisch milieu op het ontstaan van gedragspatronen. Kohn (1969) toont aan dat ouders uit de werkende klasse in hun opvoeding méér conformiteit ten aanzien van extern gezag opleggen aan hun kinderen, dan ouders uit de middenklasse die meer nadruk leggen op zelfcontrole. Lundberg (1974) stelt dat middenklasse-ouders meer behulpzaam, empathisch en tolerant zijn dan ouders uit lagere klassen. Daartegenover stellen Miller en Riesman (1969) dat het streven naar stabiliteit en veiligheid een der belangrijkste kenmerken is van het arbeidersleven, en dat coöperatie en wederzijdse hulp belangrijke mechanismen zijn in dit streven. Pogingen om uit de literatuur meer houvast te krijgen ten aanzien van de typische interpersoonlijke ver-

wachtingen, eisen en noden in de doelgroep strandden.

De meeste bevindingen hebben immers betrekking op Amerikaanse populaties. Verder maken de onderzoekers vaak een verschil tussen subklassen van 'arbeiders' en 'armen' (Hollingshead en Redlich, 1958), 'stabielen' en 'instabielen' (Rubin, 1976), die naar waarden en gedrag nogal verschillen, terwijl wij in feite één (Libo-)groep voor ogen hebben. Bovendien bestaat onze doelgroep uit cliënten, dat wil zeggen uit een selectie uit de groep potentiële cliënten, die weer een subgroep vormt uit de Libo-populatie.

3.2.1 Onderzoeksofzet

Besloten is een steekproef Zuidlimburgse cliënten zichzelf te laten beschrijven op de ICL, om op basis daarvan een beeld te krijgen van door hen zelf ervaren tekorten en excessen in het interpersoonlijk domein. Leary noemt octantscores van 15 of meer en van 2 of minder 'pathologisch'; uit zijn beschrijving blijken hem daarbij extremen voor ogen te staan die men in de ambulante zorg nauwelijks zal aantreffen. Omdat ook minder extremen baat plegen te vinden bij sociale vaardigheids-therapieën is, enigszins arbitrair, besloten scores van 4 of minder als gedragstekort en van 13 of meer als gedragsexces te definiëren.

Aangezien de constructeurs van de ICL slechts met de grootste moeite slaagden in het vinden van geëigende omschrijvingen van gedrag in de diverse subgebieden meent Carson (1969) dat men bij toepassingen van de ICL alert moet blijven op hieruit voortkomende vertekeningen.

Deze overweging geldt zeker bij afname van de ICL onder Limburgse Libo-clieuten (taalgebruik). Vandaar dat na afname van de lijst bepaling van de interne consistentie van de diverse subschalen geboden is. Inter-correlaties tussen en factor-analyses over octantscores zullen verder bevestiging moeten geven van de mate waarin Leary's model op de doelgroep van toepassing is.

De te ontwikkelen sociale vaardigheidstherapieën zijn primair bedoeld voor volwassen cliënten van de curatieve sector van de ambulante GGZ in Zuid-Limburg, afkomstig uit de lagere sociaal-economische klassen.

Ook cliënten uit de hogere milieus worden echter in het onderzoek betrokken om een meer geprofileerd beeld te krijgen van de doelgroep. Van de 3 instellingen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg in Zuid-Limburg is de grootste (RIAGG-Maastricht) benaderd en bereid gevonden om aan het onderzoek mee te werken. De onderzoekspopulatie is gedefinieerd als alle cliënten van het RIAGG-Maastricht, in behandeling op het moment van dataverzameling, voor zover niet jonger dan 18 jaar of ouder dan 65 jaar.

Er is een a-selecte steekproef getrokken uit het geregistreerde cliëntenbestand; de ICL is ter invulling aangeboden aan 278 cliënten.

3.2.2 Respondenten

156 vragenlijsten zijn bruikbaar ingevuld geretourneerd (56% van de 278 uitgereikte lijsten).

Ter controle op de representativiteit zijn enerzijds de respondenten vergeleken met het totale (volwassen) cliëntenbestand, anderzijds de Libo-respondenten met de Libo-cliënten. Daaruit blijkt dat de respondenten voor wat betreft sexe, burgerlijke staat en leeftijd als representatief voor de onderzoekspopulatie kunnen worden beschouwd. Ook de 94 'Libo'-respondenten blijken op deze kenmerken representatief voor de Libo-cliëntenpopulatie. Dit betekent natuurlijk niet dat de respondenten ook representatief zijn voor de doelgroep voor wat betreft interpersoonlijke gedragskenmerken (conformisme, wantrouwen, e.d.).

Lager Inkomen, Beroepsprestige en Opleidingsniveau (LIBO) zijn als volgt geoperationaliseerd:

- Lager Inkomen : verplicht verzekerd via ziekenfonds.
- Lager Beroepsprestige : de eerste 4 categorieën van de Beroepenindeling van het ITS (Westerlaak, Kropman en Collaris, 1975).
- Lager Opleidingsniveau : maximaal MULO/MAVO of 3 jaar vervolgonderwijs.

3.3 Controle van de Interpersonal Checklist

Om eerdergenoemde reden (zie 3.2.1) is de interne samenhang van de 8 subschalen nader bekeken, zijn de intercorrelaties tussen de subschalen berekend en is een factor-analyse uitgevoerd over de octantscores.

3.3.1 De interne consistenties

De interne consistenties van de 8 subschalen zijn vermeld in tabel 3.1. Geconstateerd moet worden dat 4 van de 8 schalen een alpha-betrouwbaarheid beneden de .70 vertonen, hetgeen ongunstig afsteekt bij de bevindingen van Knippenberg (1978) die thuislozen laat beschrijven door beoordelaars.

Tabel 3.1 Interne consistentie (alpha) van de 8 subschalen

Variabelen	BS	BT	TB	TO	OT	OS	SO	SB
Eigen onderzoek (N=156)	.78	.68	.53	.63	.74	.65	.75	.76
Knippenberg (N=539)	.88	.86	.73	.88	.80	.82	.88	.88

Vrij laag is met name de interne consistentie van de TB-subschaal. Mogelijk hangt dit samen met een afwijkend Limburgs taalgebruik.

3.3.2 Relaties tussen de variabelen

Op grond van de circulaire ordening van de 8 interpersoonlijke variabelen mag verwacht worden dat de correlaties tussen de variabelen afnemen naarmate deze verder uit elkaar liggen in Leary's roos. Tabel 3.2 toont de correlatie-matrix van de octantscores, tabel 3.3 de gemiddelde correlaties bij respectievelijk 1, 2, 3 en 4 positieafstanden.

Tabel 3.2 Correlaties tussen de variabelen

	BS	BT	TB	TO	OT	OS	SO	SB
BS	-							
BT	.58	-						
TB	.31	.32	-					
TO	.09	.05	.36	-				
OT	-.24	-.37	.12	.23	-			
OS	.04	-.15	.04	.00	.55	-		
SO	.27	.16	-.07	-.20	.16	.43	-	
SB	.32	.06	.07	-.06	.22	.44	.67	-

Hoewel tabel 3.2 enkele onregelmatigheden laat zien in het te verwachten patroon van intercorrelaties, wordt de circulaire ordening in grote lijnen bevestigd (zie tabel 3.3).

Tabel 3.3 Gemiddelde correlaties tussen variabelen als functie van hun onderlinge afstand in de cirkel

	Afstand tussen de variabelen			
	1	2	3	4
Gemiddelde correlatie	.43	.18	.01	-.13

3.3.3 Factor-analyse

Factor-analyse over de scores op de 8 subschalen levert drie factoren op met een eigenwaarde groter dan 1. Deze factoren verklaren tesamen 72.6% van de totale variantie. In tabel 3.4 is de geroteerde factor-matrix weergegeven, tesamen met de eerdere bevindingen in deze van Briar en Bieri (1963), Diekstra en Truckenmiller (1977) en Knippenberg (1978).

Tabel 3.4 Matrices van factorladingen van octanten, na rotatie

	Briar en Bieri			Diekstra en Trucken- miller			Knippenberg			Eigen onderzoek		
	I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III
BS	.70	.44	-.07	.78	.28	-.14	.81	.41	-.22	.71	.25	.16
BT	.67	.22	-.01	.72	.08	-.19	.88	-.04	-.26	.74	.00	.10
TB	.79	.05	.24	.80	-.12	.25	.88	-.11	-.09	.37	.00	.49
TO	.57	-.03	.57	.47	-.19	.73	.71	-.60	.10	.00	-.06	.68
OT	-.01	.23	.78	-.33	.23	.76	-.21	.14	.89	-.60	.49	.34
OS	.13	.53	.55	-.10	.44	.70	-.13	.29	.87	-.23	.67	.15
SO	.15	.79	.15	.02	.90	.05	-.08	.76	.55	.21	.78	-.26
SB	.19	.71	.17	.17	.86	.22	.07	.89	.30	.18	.75	-.05
verklaarde variantie	.25	.21	.17	.30	.26	.17	.46	.14	.27	.26	.29	.18

De in de onderhavige studie gevonden factor I wordt kennelijk vooral gedefinieerd door de octanten SB, SO en OS, en kan de saamhorigheids-(S-)factor genoemd worden, in Leary's termen de 'love'-factor.

Factor II wordt gekenmerkt door hoge BT en BS ladingen. Het feit dat de OT-variabele een lading van -.60 op deze factor heeft, bevestigt dat we hier te doen hebben met een 'dominantie'-factor.

De derde factor lijkt een 'vijandigheids'-'T'-factor te zijn.

Vergelijken we onze bevindingen met die van andere onderzoekers (tabel 3.4) dan valt op dat onze dominantie-factor in tegenstelling tot die van de genoemde studies niet door agressiviteit wordt gekenmerkt. Voorts is onze derde factor niet, zoals bij de overigen, een factor 'minderwaardigheidsgevoelens' (Briar en Bieri, Diekstra en Truckenmiller) of 'passiviteit' (Knippenberg), doch een 'tegen'- of 'vijandigheids'-factor.

Een additionele factor-analyse met 4 factoren levert echter het volgende resultaat op:

- factor I wordt van zijn submissieve ondertoon (OS, OT) ontdaan en profileert zich nog sterker als 'saamhorigheids'-factor.
- factor II handhaaft zich als 'dominantie'-factor, maar nu zonder de hoge negatieve lading van de variabele OT.
- factor III is nieuw en kan aangeduid worden als 'passiviteit', 'minderwaardigheidsgevoelens', of in de termen van Leary: submissie.

- factor IV is opnieuw, doch duidelijker, een 'vijandigheids'-factor. Daarmee zijn we terug bij de 4 polen van de roos van Leary. Wellicht betekent deze bevinding dat de dimensies van dominantie versus onderdanigheid en liefde versus haat weliswaar als bipolaire continua kunnen worden beschreven doch dat, althans in zelfbeschrijvingen, de mate waarin men zich manifesteert naar de ene pool betrekkelijk onafhankelijk kan zijn van de mate waarin men dat doet naar de andere zijde van het continuüm.

De bevindingen rechtvaardigen een voortzetting van de voorgenomen databewerking; wel zullen resultaten die betrekking hebben op de TB-variabele met het nodige voorbehoud dienen te worden gezien.

3.4 Interpersoonlijk gedrag van Libo-cliënten

3.4.1 Libo's versus niet-Libo's

Teneinde te zien of Libo-cliënten zich van niet-Libo-cliënten onderscheiden wat betreft (zelfgerapporteerde) interpersoonlijke gedragswijzen zijn beide groepen vergeleken op ICL-octantscores.

Tabel 3.5 toont de gemiddelde octantscores voor Libo-cliënten naast die van de overige (niet-Libo) cliënten.

Tabel 3.5 Gemiddelde octantscores

	Libo- respondenten (N=94)	Overige respondenten (N=62)	t- waarde	Verskil (p < .01)
BS	6.0	6.2	-.28	nee
BT	5.0	4.4	1.34	nee
TB	8.2	7.7	1.42	nee
TO	7.8	8.4	-1.45	nee
OT	9.3	9.1	.31	nee
OS	8.3	6.2	4.48	ja
SO	9.1	6.9	4.50	ja
SB	9.8	8.5	2.38	ja

Uit de tabel blijkt dat Libo-cliënten zichzelf in vergelijking tot de overige cliënten als meer coöperatief, meer volgbaar en meer verantwoordelijk beschrijven. Het betreft de 3 octanten die de eerste factor ('saamhorigheid') bleken te definiëren (zie 3.3.3, tabel 3.4).

3.4.2 Gedragstekorten

Octantscores van 4 of minder worden hier beschouwd als een gedragstekort. Bezien we het percentage cliënten -per octant- met een gedrags-tekort (zie tabel 3.6) dan kan geconstateerd worden dat tekorten in

Tabel 3.6 Gedragstekorten, in percentages

	Totale steekproef (N=156)	Libo- cliënten (N=94)	Niet- Libo's (N=62)	Vershil (p < .01)
BS	32.7	35.1	29.0	nee
BT	51.9	50.0	54.8	nee
TB	7.7	6.4	9.7	nee
TO	9.6	11.7	6.5	nee
OT	7.7	5.3	11.3	nee
OS	19.2	13.8	27.4	ja
SO	10.3	6.4	16.1	ja
SB	8.3	9.6	6.5	nee

alle octanten voorkomen, vooral echter in de octanten BT en BS en, in mindere mate, in octant OS; het betreft achtereenvolgens competitief, leidend en afhankelijk gedrag. Daarnaast valt op dat Libo-cliënten significant verschillen van niet-Libo's met betrekking tot OS- en SO-tekorten: Libo-cliënten rapporteren minder tekorten in afhankelijk en coöperatief gedrag.

Een programma van sociale vaardigheidstherapieën voor Libo-cliënten zal dan ook met name gericht dienen te zijn op de, overigens voor Libo's niet-specifieke, gedragstekorten in de octanten BT en BS. Van de 94 Libo-respondenten hebben er 24 zowel een BT als een BS-tekort, 20 alleen een BT-tekort en 6 alleen een BS-tekort.

De BT-tekorten duiden op een onvermogen onafhankelijk en competitief stelling te nemen, de ander(en) duidelijk te maken dat men iets beter weet of kan. BT-gedrag gaat gepaard met zelfvertrouwen en superioriteitsgevoelens.

Het vermogen om vanuit deze interpersoonlijke positie te opereren kan bevorderd worden door cliënten (opnieuw) te leren op adequate wijze tegen anderen in te gaan, vanuit een heldere meningsvorming over het

standpunt van de ander deze ander op duidelijke wijze van repliek te dienen.

Nadere analyse van de subgroep Libo-cliënten met BT-tekorten wijst uit dat in deze groep vrouwen oververtegenwoordigd zijn: 64,3% van de vrouwelijke Libo-respondenten heeft een BT-tekort en slechts 28.9% van de mannelijke. Dit verschil is significant ($p < .001$). Ook is er een significante relatie met de leeftijd. In de leeftijdsgroep van 18 - 30 jaar heeft 80.0% een BT-tekort, in de groep 31 - 40 jarigen 33.3%, van de ouderen 58.3% ($p < .01$). Libo-cliënten met een BT-tekort hebben vaak (57.4%) ook een BS-tekort en/of een OT-exces (27.7%). Op de OT-excessen wordt nader ingegaan in 3.4.3.

BS-tekorten kunnen gezien worden als een onvermogen om leidend, sturend adviserend op te treden, invloed en aanzien te hebben, krachtig en energiek te handelen jegens anderen.

Het ligt voor de hand dit gedragstekort te verklaren met het gegeven dat Libo-cliënten ook doorgaans de kennis, maatschappelijke positie en financiële mogelijkheden ontberen die het innemen van een BS-positie vaak legitimeren.

Dit argument wordt echter ontkracht door de bevinding dat dit gedrags-tekort niet significant minder wordt aangetroffen bij niet-Libo-cliënten. BS-tekorten kunnen o.i. bestreden worden door de betreffende cliënten te leren invloed uit te oefenen op anderen door op adequate wijze uitdrukking te geven aan hun meningen en gevoelens in interpersoonlijke situaties.

Bij vrouwen komen BS-tekorten vaker voor dan bij mannen (44.6 versus 21.2%; $p < .01$). De jongste leeftijdscategorie lijkt enigszins oververtegenwoordigd (53.3%). Libo-cliënten met een BS-tekort hebben voor het grootste deel (81.8%) tevens een BT-tekort. Ook SB-tekorten komen veel voor in deze groep (21.2%).

3.4.3 Gedragsexcessen

Een octantscore van 13 of meer wordt als een gedragsexces beschouwd. Tabel 3.7 toont de percentages excessen per octant.

Tabel 3.7 Gedragsexcessen, in percentages

	Totale steekproef (N=156)	Libo- cliënten (N=94)	Niet- Libo's (N=62)	Vershil (p < .01)
BS	5.1	6.5	3.2	nee
BT	0.6	1.1	0.0	nee
TB	3.2	4.3	1.6	nee
TO	7.0	7.6	6.4	nee
OT	21.1	21.3	21.0	nee
OS	4.4	6.5	1.6	nee
SO	8.2	12.8	1.6	ja
SB	19.2	23.5	12.9	ja

Gedragsexcessen komen minder voor dan -tekorten (vergelijk tabel 3.6). Opvallend hoog zijn de percentages excessen in de octanten OT en SB: teruggetrokken en verantwoordelijk gedrag. Libo- en niet-Libo-cliënten verschillen significant met betrekking tot SO- en SB-excessen; Libo-cliënten hebben vaker teveel coöperatief en verantwoordelijk gedrag. Interpersoonlijke vaardigheidstherapieën voor Libo-cliënten zullen met name moeten inspelen op de voor deze groep specifieke SB-excessen, op de niet-Libo-specifieke OT-excessen, en (in mindere mate) op de wel-typische SO-excessen.

Van de 94 Libo-respondenten hebben er 8 zowel een SB- als een OT-exces, 14 alleen een SB-exces en 12 alleen een OT-exces. Van de 12 respondenten met een SO-exces hebben er 9 tevens een SB-exces.

SB-excessen duiden op een overschot aan verantwoordelijk, helpend, redelijk, 'volwassen' gedrag. Leary noemt mensen die in extreme mate en op een rigide wijze hun toevlucht zoeken tot SB-gedrag 'hypernormalen'. Zij vermijden iedere schijn van zwakheid, unconventionaliteit, passiviteit en, vooral, agressiviteit. Ernstige conflicten manifesteren zich bij hen vaak in psychosomatische symptomen. Presenteren zij al klachten van niet-somatische aard, dan hebben deze vaak betrekking op geïsoleerde fenomenen.

Beperken we ons tot de interpersoonlijke aspecten van de SB-excessen, dan lijkt het geboden vooral aandacht te besteden aan de angst voor conflicten en het onvermogen hard, afwijzend, kwaad te zijn.

Terwijl 40% van de Libo-respondenten van het mannelijk geslacht is, komt 50% van de SB-excessen voor rekening van mannen. Leeftijd speelt in deze geen rol. Van de Libo-cliënten met een SB-exces heeft 40.9% een SO-exces en 37.4% een OT-exces.

SO-excessen komen voor 75% voor rekening van respondenten met een SB-exces. Zij worden dan ook hier betrokken in de bespreking van de SB-excessen. SO-excessen betekenen een teveel aan coöperatief, aanleunend gedrag, steeds weer proberen te behagen en aanvaard te worden.

De interpersoonlijke boodschap is er een van 'laten we geen ruzie maken'. Eigen negatieve gevoelens worden niet onderkend, terwijl die van anderen ook bedreigend zijn. Cliënten met SO-excessen lijken dan ook, evenals die met SB-excessen het meest gediend met vaardigheden in het omgaan met kwaadheid.

Van de 94 Libo-respondenten hebben er 20 een OT-exces: overdreven teruggetrokkenheid, gereserveerdheid, schuchterheid. Deze cliënten doen zich voor als zwak, treurig en zwijgzaam. Zij voelen zich vaak angstig, schuldig of depressief en hebben weinig zelfvertrouwen.

Waarschijnlijk ontberen deze cliënten een heel scala van interpersoonlijke vaardigheden. Hoewel zij uiteindelijk zouden moeten leren zich uitdrukkelijk te (durven) poneren, hun meningen en gevoelens tot uiting te brengen, zullen zij aanvankelijk meer gediend zijn met meer basale vaardigheden, die als wegbereiders hen een opstap bieden om uit hun schulp te komen. Eenvoudige vaardigheden in het leggen en onderhouden van contacten en het reageren op actieve anderen zullen nodig zijn om deze cliënten in staat te stellen hun passiviteit in te ruilen voor meer initiatief in interpersoonlijke situaties.

Van de Libo-cliënten met een OT-exces in onze steekproef is 70% van het vrouwelijk geslacht en 90% gehuwd; 65% heeft een BT-tekort, 40% een BS-tekort, 40% een SB-exces en 30% een OS-exces.

3.5 Interpersoonlijke vaardigheden voor kansarmen

De bovenstaande weergave van gedragstekorten en -excessen (3.4.2 en 3.4.3) bevat reeds suggesties, 'vertalingen' in leerdoelen, zoals vaardigheden in het ingaan tegen anderen, het uitdrukking geven aan meningen en gevoelens, het omgaan met eigen en andermans kwaadheid, het leggen en onderhouden van contacten en actief reageren op anderen.

3.5.1 De vaardigheden

Op grond van de geïnventariseerde interpersoonlijke gedragsproblematiek wordt van de volgende 9 interpersoonlijke vaardigheden ingeschat dat vaardigheidstherapie-aanbod op dat gebied voorziet in een behoefte bij de Libo-clienten-populatie:

- een praatje maken
- luisteren
- iets bepraten
- reageren op kwaadheid
- reageren op genegenheid en waardering
- uiten van kwaadheid
- uiten van genegenheid en waardering
- opkomen voor je mening
- tegen anderen ingaan.

De eerste drie, een praatje maken - luisteren - iets bepraten, zijn eenvoudige vaardigheden in het leggen en onderhouden van contacten. Adequaat reageren op gespreksinitiatieven, meningen en gevoelsuitingen van anderen kan geleerd worden met de vaardigheden luisteren - tegen anderen ingaan - reageren op kwaadheid en reageren op genegenheid en waardering. Het uitdrukking geven aan meningen en gevoelens is leerbaar met de vaardigheden: opkomen voor je mening - uiten van kwaadheid - uiten van genegenheid en waardering. Het vermogen competitief stelling te nemen kan bevorderd worden met de vaardigheden: tegen anderen ingaan - opkomen voor je mening - uiten van kwaadheid. Cliënten die moeite hebben met het omgaan met eigen en andermans kwaadheid kunnen de vaardigheden uiten van kwaadheid en reageren op kwaadheid leren.

3.5.2 De leerpunten

De leerpunten beogen de betreffende vaardigheid te beschrijven in zijn discrete elementen en de daarbij behorende volgorde. Zij dienen de attentie te sturen van cliënten die modellen observeren, een bemiddelende rol te vervullen bij de codering van de aan te reiken gedragsinformatie en geschikt te zijn als (zelf-)instructie bij gedragsoefeningen en latere toepassingen van de vaardigheid.

Dit houdt tevens in dat zij in principe universeel toepasbaar moeten zijn; niet in de zin dat elke adequate interpersoonlijke activiteit noodzakelijk volgens deze leerpunten verloopt, doch in de zin dat te werk gaan volgens de leerpunten in de meest uiteenlopende situaties adequaat dient te zijn. De eis van universele toepasbaarheid staat overigens op gespannen voet met de eis van concreetheid en duidelijkheid.

Middels brainstorming, discussie en rollenspel in een groep van vier gedragswetenschappelijk geschoolde en therapeutisch werkzame leden van de projectgroep zijn per vaardigheid potentiële leerpunten gegenereerd, geïntegreerd en getoetst.

Het maximum-aantal leerpunten per vaardigheid is, met het oog op geheugenbeperkingen, gesteld op 6.

De resulterende sets leerpunten beschrijven soms hoe dan weer dat een bepaalde activiteit dient te worden ondernomen. Instructies tot inspectie van situaties en tot zelfonderzoek worden afgewisseld met uitnodigingen betreffende overt gedrag en verbalisering van meningen of gevoelens. Terwijl er enerzijds voor gewaakt is geen 'middenklassenormen' in te voeren, kunnen de leerpunten wel 'prosociaal' genoemd worden. Drijfveer daarbij is niet geweest cliënten aan te passen (aan welke norm dan ook), doch hen interpersoonlijk gedrag aan te leren dat 'lonend' is. Dat impliceert enerzijds dat expressie van gevoelens en meningen mogelijk moet zijn, anderzijds, om ongewenste verbreking van contact te voorkomen en gewenste toenadering mogelijk te maken, dat voldoende rekening moet worden gehouden met de ander in de sociale interactie (Yardley, 1979).

De leerpunten die hieronder volgen, zijn tevens het resultaat van ervaringen opgedaan met eerdere versies, die aanleiding hebben gegeven tot talrijke, overigens marginale, bijstellingen.

Een praatje maken

1. Ga na of je hier een praatje kunt maken
2. Kijk de ander aan
3. Groet de ander
4. Zeg iets over wat jullie beiden zien, horen of voelen
5. Let op de reactie van de ander
6. Ga daar op in, of rond het gesprek af.

Luisteren

1. Kijk de ander aan
2. Toon interesse, met en zonder woorden
3. Vraag naar dingen die je niet begrijpt
4. Herhaal kort wat er gezegd is
5. Geef je eigen mening of gevoel
6. Let op de reactie van de ander.

Iets bepraten

1. Kies een goed moment
2. Vertel de ander dat je wilt praten en waarover
3. Vertel de ander wat je kwijt wilt
4. Vraag wat de ander daarvan vindt
5. Luister goed naar de ander
6. Rond het gesprek af met een conclusie.

Reageren op kwaadheid

1. Luister aandachtig naar de ander
2. Laat merken dat je ziet dat de ander kwaad is
3. Vraag naar wat je er niet van begrijpt
4. Laat merken dat je begrijpt waarom de ander kwaad is
5. Als je denkt dat nu het goede moment is: geef je mening of gevoel.

Uiten van kwaadheid

1. Let op je lichaam (o.a. je houding)
2. Ga na of je wat dwars zit
3. Ga na door wie of wat dat komt
4. Kies een goed moment om het te uiten
5. Laat horen dat je kwaad bent en waarom
6. Luister naar de reactie van de ander.

Uiten van genegenheid en waardering

1. Ga na wat je prettig vindt aan de ander
2. Beslis of je dat wilt laten merken
3. Kies een goed moment om het te uiten
4. Kijk de ander vriendelijk aan
5. Laat de ander merken wat je prettig vindt, met en zonder woorden
6. Let op de reactie van de ander.

Reageren op genegenheid en waardering

1. Let op wat de ander je aan genegenheid of waardering laat merken
2. Kijk de ander daarbij aan
3. Laat tot je doordringen dat die ander iets van jou goed vindt
4. Laat merken dat je dat prettig vindt
5. Geef, als je wilt, de ander jouw genegenheid of waardering terug.

Opkomen voor je mening

1. Ga na wat je vindt van de situatie
2. Beslis of je voor je mening op wilt komen
3. Vertel die ander duidelijk en volledig je mening
4. Luister naar de reactie van de ander
5. Als je daarover niet tevreden bent, zeg dan je mening nog eens.

Tegen de ander ingaan

1. Luister goed naar wat de ander je vraagt of zegt
2. Vraag zonodig naar wat je er niet van begrijpt
3. Ga na op welke punten je het er niet mee eens bent

4. Vertel de ander duidelijk waar je het niet mee eens bent en waarom
5. Let op de reactie van de ander
6. Maak zonodig nog eens duidelijk waar je in elk geval niet mee akkoord gaat.

3.6 Samenvatting

Teneinde de keuze van interpersoonlijke vaardigheden, op te nemen in ook qua leerdoelen sterk voorgestructureerde interpersoonlijke vaardigheidstherapieën, enigszins te onderbouwen, is gezocht naar een uitputtende typologie van interpersoonlijke gedragswijzen. Gekozen is voor de interpersoonlijke gedrags-cirkel ('roos') van Leary, die uitgaat van macht en affiliatie als de fundamentele dimensies in interpersoonlijk gedrag en daarmee recht doet aan een groot aantal empirische bevindingen. Vervolgens is een op dit model gebaseerde vragenlijst, de Interpersonal CheckList (ICL), aangeboden aan een steekproef van de cliëntenpopulatie van het RIAGG-Maastricht om een indruk te krijgen van interpersoonlijke gedragsexcessen en -tekorten in de doelgroep. Na controles op het gebruikte instrument en het eraan ten grondslag liggende model worden de zelfbeschrijvingen van de doelgroep, cliënten uit lagere sociaal-economische klassen, vergeleken met die van de overige respondenten. De doelgroep blijkt zichzelf als meer saamhorig (meegaand, coöperatief, behulpzaam) te beschrijven dan de overige cliënten. Uit verdere analyses kan worden afgeleid dat velen in de doelgroep zichzelf weinig bedreven achten in leidende en competitieve gedragswijzen, terwijl velen teveel hun toevlucht zoeken in verantwoordelijk/helpend en teruggetrokken/verlegen gedrag. Op basis van deze bevindingen worden 9 interpersoonlijke vaardigheden vastgesteld ter opname in het aanbod van vaardigheidstherapieën.

4. DE ONTWIKKELING VAN MODELBANDEN

Het produceren van modelbanden voor interpersoonlijke vaardigheden is een middel om te bevorderen dat de nodige model- en modeling-attributen, waarvan is aangetoond dat zij de effectiviteit van modeling-procedures verhogen (zie 1.3.1 en 1.3.5), verwerkt worden in de vaardigheidstherapieën. Het werken met modelbanden betekent echter eveneens een volledige standaardisatie van een belangrijk onderdeel van het therapeutisch programma; vandaar dat relatief uitvoerig wordt ingegaan op theoretische aspecten en praktische ervaringen die bepalend zijn geweest voor de uiteindelijke vormgeving aan de modelbanden.

4.1 Modeling: theoretische aspecten

Een interpersoonlijke vaardigheidstherapie dient cliënten in de gelegenheid te stellen responsinformatie, responsuitkomstinformatie en competentie-informatie te vergaren op zodanige wijze dat de interpersoonlijke vaardigheid van de cliënten toeneemt. Terwijl performance-accomplishments de krachtigste informatiebron vormen voor responsuitkomst- en competentieverwachtingen zijn modeling-procedures de hoofdbron voor responsinformatie en een aanvullende bron om vicarieus, responsuitkomst- en competentie-ervaringen op te doen. Vooral Bandura (1965a, 1965b, 1969, 1977a) heeft bijgedragen tot een groter inzicht in effecten van modeling en de daaraan ten grondslag liggende processen.

4.1.1 Mogelijke modeling-effecten

Modeling, het demonstreren van gedragingen, kan bij de toeschouwers (observatoren) vier typen effecten teweegbrengen (Rosenthal en Bandura, 1978):

a. verwerving van nieuw gedrag.

Mensen kunnen nieuwe gedragspatronen en coping-strategieën aanleren door de toepassing ervan door anderen te observeren. Onder nieuwe gedragspatronen verstaat men gedragssequenties, die voorheen nooit door het individu werden uitgevoerd, noch in uitvoerbare vorm deel uitmaakten van zijn 'latente' gedragsrepertoire. Na observatie blijken mensen zowel in staat te zijn tot uitvoering van nieuwe deelresponsen als -en dat is in dit kader meer belangrijk- tot toepassing van complexe gedragspatronen, waarvan de discrete elementen reeds in het gedragsrepertoire aanwezig waren, doch die een reorganisatie en integratie van beschikbare deelresponsen vereisen.

b. (ont)remming van gedrag.

Het observeren van de positieve of negatieve consequenties van door derden uitgevoerde gedragspatronen kan respectievelijk een disinhiberend of een inhiberend effect hebben op uitvoering van beschikbare gedragspatronen door de observator. Ook de door een observator waargenomen gelijkens tussen het model en zichzelf kan van invloed zijn op de inhibities van de observator.

c. responsfacilitatie.

Modelgedrag kan analoge responsen oproepen bij observatoren, zonder dat er sprake is van verwerving van nieuw gedrag of (ont-)remming van beschikbaar gedrag.

d. wijziging van cognitieve standaarden.

Mensen reguleren hun gedrag op geleide van cognitieve standaarden, normen en verwachtingen met betrekking tot wat geëigend is in bepaalde situaties, eisen en verwachtingen ten aanzien van eigen verrichtingen, en dergelijke. Observatie van gedrag van anderen kan (grote) invloed hebben op deze cognitieve standaarden.

Vaak zullen gedragsveranderingen het gevolg zijn van een combinatie van modeling-invloeden: zowel vorming van nieuw gedrag als (dis)inhibitie van (ander) gedrag, wijziging van verwachtingen, etc.

De mogelijke effecten van modeling zijn te verklaren door de in 2.3 en 2.4 beschreven verwerking van informatie door het individu. Modeling-procedures kunnen de observator informeren over gedragspatronen, over uitvoerders van dat gedrag en over consequenties van uitvoering van het gedrag in bepaalde situaties. De presentatie van die informatie is echter geen garantie dat die informatie wordt waargenomen en onthouden, noch dat dat geschiedt op een wijze zoals bedoeld. Bovendien hoeft adequate informatie-verwerking nog geenszins te leiden tot de beoogde gedragsverandering.

4.1.2 Determinerende processen

Volgens Rosenthal en Bandura (1978) is de invloed van modeling op gedragsverandering afhankelijk van (sub)processen van attentie, retentie, motorische reproductie en motivatie. Zowel individuele vermogens als modeling- en omgevingskenmerken zijn bepalend voor het verloop van deze processen. Attentie-processen kunnen gehinderd worden door zowel de saaiheid, irrelevantie, lange duur, snelheid, veelheid of onduidelijkheid van de aangereikte (modeling-)informatie als door irrelevante concurrerende stimuli in de omgeving en door de emotionele toestand van de cliënt.

Eenmaal opgenomen informatie kan snel verloren gaan. Opslag vereist symbolische transformaties, waarbij elementen kunnen worden verwijderd, gehercodeerd en van nieuwe betekenissen voorzien. Hoe complexer de te coderen (en te onthouden) informatie, hoe meer informatieverlies er optreedt. De competentie tot motorische reproductie is in het kader van interpersoonlijke vaardigheden niet in het geding, tenzij er sprake is van ernstige lichamelijke gebreken of aandoeningen. De motivatie echter des te meer.

Bandura (1977) stelt dat motivatie mede afhankelijk is van (1) de capaciteit tot het maken van voorstellen omtrent toekomstige consequenties van gedrag en (2) het creëren en hanteren van standaarden voor het eigen gedrag.

Of waargenomen en onthouden gedrag tot navolging zal leiden is dan ook afhankelijk van:

- de door cliënt van dat gedrag verwachte effecten
 - de verwachting en de behoefte van de cliënt tot uitvoering van dat gedrag in staat te zijn
 - de mate waarin de cliënt de verwachte effecten wil bereiken.
- Bovendien is de mate waarin de aangeboden gedragsinformatie wordt waargenomen en onthouden afhankelijk van:
- de verwachting van de cliënt dat hij in staat zal zijn tot attentie en retentie m.b.t. aangeboden informatie
 - de verwachting dat attentie en retentie lonend zullen zijn
 - de daaruit voortvloeiende inspanningen tot attentie en retentie
 - de betekenistoekenning aan de aangeboden informatie
 - bovenbeschreven factoren die van invloed zijn op attentie- en retentie-verlies.

Cognitieve processen bepalen dus zowel de motivatie tot attentie en retentie als de motivatie tot latere uitvoering van eenmaal verworven vaardigheden.

4.2 Modelbanden voor interpersoonlijke vaardigheidstherapieën *

De kwaliteiten van Goldstein's modeling-geluidsbanden zijn reeds besproken (zie 1.4.5 en 2.4). Op gestructureerde wijze dragen zij relevante en geloofwaardige responsinformatie, respons-uitkomst-informatie en self-efficacy-informatie aan. De combinatie van gedragsmodeling met instructies (leerpunten) is niet alleen te prefereren uit theoretische overwegingen met betrekking tot processen van attentie-codering-retentie-zelfinstructies, doch ook op empirische gronden. Meerdere onderzoekers hebben aangetoond dat deze combinatie effectiever is dan gedragsmodeling alleen of verbale instructies alleen (o.a. Green en Marlatt, 1972; Whalen, 1969; Spiegler, Liebert, McMains en Fernandez, 1969). Marlatt (1972) omschrijft het verschil tussen

* Over dit onderwerp is eerder gepubliceerd door Beekers (1980).

gedragsmodeling en verbale instructies als volgt: terwijl gedragsmodeling de presentatie van specifieke gedragingen inhoudt waaruit de cliënt algemene principes moet afleiden, verschaft verbale instructie ('instructional coaching') algemene conceptuele principes waaruit de cliënt de specifieke gedragsmatige aspecten moet afleiden.

Aanvankelijk zijn enige geluidsbanden geproduceerd, geheel conform de opzet zoals gehanteerd door Goldstein. Over de ervaringen daarmee en de wijzigingen die vervolgens zijn doorgevoerd gaan de volgende drie paragrafen.

4.2.1 Van audio- naar video-modeling

De toepassingen van Goldstein's vaardigheidstherapieën met geluidsbanden als modeling-hulpmiddel leerden dat deze banden

- a. essentiële respons-informatie ontberen. De leerpunten benoemen regelmatig non-verbaal gedrag zoals 'kijk de ander aan' of 'toon interesse, met en zonder woorden' en gedragingen met een belangrijk non-verbaal aspect, zoals 'let goed op hoe...'. Geluidsbanden zijn niet in staat deze non-verbale gedragingen te tonen. Dit tekort kan slechts gedeeltelijk worden ondervangen door, zoals ook Goldstein deed, suggestieve geluiden en 'denk-spraak' toe te voegen (gedempte stem: 'ik zal hem maar eens goed aankijken'). Het ontbreken van informatie over non-verbale aspecten van het te leren gedrag wrekt zich bovendien niet alleen bij 'non-verbale leerpunten', doch in wellicht nog sterkere mate daar waar in de leerpunten geen plaats is ingeruimd voor non-verbale aspecten.
- b. onvoldoende in staat zijn de attentie te bevorderen. Tijdens het aanhoren van de modelingband zien de cliënten elkaar. De aandacht voor de modelingsstimuli wordt regelmatig onderbroken en verstoord door dominante visuele prikkels uit de groep. Modellen dienen aandacht op te eisen (Yussen, 1974).

Om de attentie te bevorderen en meer respons-informatie aan te bieden is overgegaan tot de productie van video-modeling programma's.

Krumboltz en Thoresen (1969) zijn van mening dat het gebruik van film of video 'serves to focus the attention and minimizes distractions'.

Bandura, Ross en Ross (1963) en Bandura en Menlove (1968) concluderen op empirische gronden dat modeling middels film dezelfde effectiviteit heeft als live-modeling. O'Dell, O'Quin, Alford, O'Briant, Bradlyn en Giebenhain (1982) vergelijken de effectiviteit van trainingsmethoden ter verbetering van 'reinforcement skills' bij ouders en komen tot de bevinding dat, terwijl de effectiviteit van geschreven instructies en geluidsmodeling mede afhankelijk is van cliënt-variabelen zoals sociaal-economische status, video-modeling consistent tot de beoogde gedragsverandering leidt ongeacht deze cliënt-karakteristieken. Rosenthal en Bandura (1978) zijn van mening dat 'the mode of conveying information should count less than the ability to discern relevant cues and to organize them into cogent classes'. Modeling met behulp van film of videoprogramma's is -met succes- toegepast bij onder meer de behandeling van sexuele dysfuncties (Nemetz, Craig en Reith, 1978), sociaal vermijdingsgedrag (O'Connor, 1969) en vliegphobieën (Denholtz en Mann, 1975). Een niet te veronachtzamen nadeel van video- ten opzichte van audio-modeling is natuurlijk de kostenfactor.

4.2.2 Van enkelvoudige voorbeelden naar contrastparen

Ook video-modeling is niet zonder meer in staat de attentie te sturen. Weliswaar krijgen concurrerende visuele indrukken daarbij minder kans de aandacht af te leiden van de gepresenteerde scène, dan nog blijken in de aangereikte audiovisuele informatie zelf voldoende elementen aanwezig te kunnen zijn die de aandacht afleiden naar irrelevante aspecten. De voorbeelden blijken een veelheid stimuli te kunnen inhouden, waarin cliënten niet gemakkelijk de relevante gedragsinformatie kunnen onderscheiden van irrelevante 'ruis'. Een voorbeeld moge dit illustreren.

Toen Wim, een 48-jarige huisschilder, aan de beurt was voor een gedragsoefening, toonde de therapeut hem een video-voorbeeld dat Wim zeker zou aanspreken, en dat nog niet eerder aan de groep was aangeboden. Het gebeurde in een groep met 'luisteren' als doelvaardigheid en Wim had 'thuis, met echtgenote' gekozen als oefen- en huiswerksituatie. Het videovoerbeeld speelde zich af in een huiskamer en de hoofdrolspeler was, evenals Wim, een

arbeider van tegen de 50. De echtente in het video-voorbeeld gaf blijk van haar bezorgdheid over het feit dat de kinderen voor de eerste maal alleen zouden achterblijven als het echtpaar op vakantie zou gaan. De man reageerde conform de leerpunten (aankijken - interesse tonen - doorvragen - samenvatten, enz.). Toen de therapeut na afloop van de scène aan Wim vroeg of hij aan dit voorbeeld had gezien 'hoe hij het zelf kon doen' schudde deze ontkennend zijn hoofd en antwoordde: 'Wij hebben geen kinderen'.

Besloten is over te gaan tot de productie van 'contrastparen': twee video-scènes, die direkt na elkaar worden getoond en zoveel mogelijk gelijk zijn naar situatie, aanloop van de scène en irrelevante gedragskenmerken, doch duidelijk verschillen met betrekking tot de leerpunten. In de eerste scène worden de leerpunten niet toegepast, in de tweede wel. Door presentatie van een contrastpaar, gepaard aan de instructie 'op het verschil te letten', wordt de attentie gericht op de relevante modelgedragingen.

Bij de uitwerking van dit grondidee zijn nog enige elementen aan de opzet van de model-bandten toegevoegd:

- a. De scène-met-leerpunten dient een betere 'afloop' te hebben dan de scène-zonder-leerpunten. Daarmee wordt in de video-modeling de bevinding van Bandura (1965a) en Bandura, Ross en Ross (1963b) benut dat modelgedrag gevolgd door gunstige consequenties een grotere kans op navolging heeft. Om de geloofwaardigheid van het voorbeeld geen geweld aan te doen en om niet de indruk te wekken dat toepassing van de leerpunten steeds tot positieve gevolgen leidt, geschiedt de vormgeving aan dit principe genuanceerd: scènes-met-leerpunten krijgen vaak een 'open' afloop, de scènes-zonder-leerpunten hebben in die gevallen echter wel een 'slechtere' afloop voor de hoofdrolspeler.
- b. Door in de scène-zonder-leerpunten de hoofdrolspeler gedrag te laten vertonen dat typisch is voor cliënten, zal dit model als een realistische referentiefiguur gezien worden (Brown, Brown en Davidson, 1975; Kanfer, Karoly en Newman, 1974), en zal het te bieden gedragsalternatief als relevanter en meer haalbaar worden beschouwd (Kazdin, 1974).

Een voorbeeld van zo'n uitwerking: de videoband voor de vaardigheid 'uiten van kwaadheid' toont in de scènes-zonder-leerpunten achtereenvolgens iemand die zijn kwaadheid 'inslikt', iemand die zijn kwaadheid uit tegenover een onschuldige (huisgenoot) en iemand die op schadelijke, destructieve wijze zijn kwaadheid uit.

Met deze maatregelen worden zowel respons-informatie als respons-uitkomst-informatie en self-efficacy-informatie aan de modeling-band toegevoegd.

4.2.3 Naar contrast-paren met eenzelfde hoofdrolspeler

De invoering van contrastparen is een gelukkige formule gebleken. Leerpunten worden eerder herkend, de minder goede afloop van de scènes-zonder-leerpunten voor de betreffende hoofdrolspeler wordt door cliënten duidelijk opgemerkt en vaak nog versterkt ('Hij heeft nog geluk gehad, het had net zo goed...'), terwijl spontane meldingen van herkenning van een falende hoofdrolspeler ('Zo gaat het mij nou ook altijd') meer regel zijn dan uitzondering.

Door toevallige omstandigheden is het enige malen voorgekomen dat de acteur die de hoofdrol vervult in de scène-met-leerpunten niet dezelfde is als die in de scène-zonder-leerpunten. In die gevallen zijn beide acteurs wel van dezelfde sexe, leeftijd en dergelijke. Het tonen van beide scènes aan de cliëntengroep heeft in die gevallen regelmatig een ongewenst effect: de herkenning van en identificatie met de acteur-zonder-leerpunten brengt cliënten tot verklaringen in de orde van 'ik ben meer zoals die persoon; ik kan het ook niet'. Contrastparen met eenzelfde hoofdrolspeler brengen de cliënten daarentegen meer op het spoor van de gedragsalternatieven die men in bepaalde situaties heeft: 'toen hij het zó aanpakte, ging het veel beter'.

Terwijl de inzet van verschillende acteurs kennelijk de aanwezigheid van 'winnaars' en 'verliezers' suggereert, waarbij cliënten zich vaak tot de eeuwige verliezers rekenen, heeft het optreden van eenzelfde acteur een meer tot gedragsverandering uitnodigende invloed.

Deze praktijkervaringen ondersteunen in feite Bandura's self-efficacy-theorie en zijn illustratief voor bevindingen dat modellen die

aanvankelijk het angst- en faalgedrag van cliënten vertonen voordat zij het meer adequate gedrag toepassen als model effectiever zijn dan 'mastery' modellen (Kazdin, 1974). Het tonen van eenzelfde hoofdrolspeler in het 'foute' en het 'goede' voorbeeld is een extra middel om naast respons- en respons-uitkomst-informatie ook informatie aan te bieden, die persoonlijke verwachtingen van eigen competentie in gunstige zin kan beïnvloeden.

Die verwachtingen betreffen in dit geval met name het geloof tot gedragsverandering in staat te zijn.

De inzet van eenzelfde hoofdrolspeler in contrastscènes is tot regel verheven. Voor elke interpersoonlijke vaardigheid is een videoprogramma geproduceerd. Steeds wordt een deskundige (psycholoog, psychiater, hoogleraar) getoond die de vaardigheid en de leerpunten introduceert, waarna 3 contrastparen volgen. Ter bevordering van de stimulusgeneralisatie (transfer) spelen de scènes zich steeds af in 3 levenssferen: een huiselijk milieu, een arbeidssituatie en een situatie uit het openbare leven.

De acteurs zijn 'gewone' mensen uit het milieu van de doelgroep. De scènes hebben betrekking op alledaagse, herkenbare en relevante gebeurtenissen waarin de betreffende interpersoonlijke vaardigheid onmiskenbaar zijn dienst bewijst.

5. HET THERAPIE-PROGRAMMA

Goldstein (1976) heeft zijn 'handleiding' geen protocollair karakter gegeven. Hij spreekt van 3 à 15 groepsbijeenkomsten, afhankelijk van het niveau van de deelnemers en het aantal te leren vaardigheden, pleit voor een 'classroom'-achtige inrichting van de groepsruimte en voor het creëren van ruimte voor rollenspel 'in alle mogelijke vormen'. Verder rekent hij er kennelijk op dat zijn eventuele navolgers zich bij de vormgeving aan het therapie-programma houden aan de hoofdcomponenten van modeling, rollenspel, bekrachtiging en transfer-training en deze toepassen op een wijze die recht doet aan de empirische bevindingen betreffende factoren die de effectiviteit ervan bepalen (zie 1.3).

In 2.4 is Goldstein's structured learning therapy geherwaardeerd in het licht van het cognitief sociaal-leertheoretisch model, meer speciaal Bandura's self-efficacy-theorie. Geconstateerd is dat de hoofdcomponenten van de structured learning therapy de basis vormen voor een therapie-programma dat cliënten in staat stelt op gestructureerde wijze respons-, responsuitkomst- en self-efficacy-informatie te vergaren. Vooral het laatste, het vergroten van competentie-verwachtingen, wordt op de meest directe en krachtige wijze gefaciliteerd, namelijk via performance accomplishments.

De wijze waarop dit kan worden bewerkstelligd wordt hieronder beschreven en toegelicht. De werkwijze is het resultaat van theoretische overwegingen en praktische ervaringen; de beschrijving ervan dient tevens als handleiding voor therapeuten.

5.1 Programma-beschrijving *

Elke vaardigheidstherapie is gericht op het aanleren van één vaardigheid. De therapie wordt uitgevoerd door 2 therapeuten en omvat 4 wekelijkse bijeenkomsten van elk 2 uur. Het aantal deelnemers bedraagt 5 à 8. De deelnemers zijn afkomstig uit de lagere sociaal-economische strata en zijn in behandeling bij een instelling voor geestelijke gezondheidszorg. Een cliënt wordt naar een vaardigheidstherapie verwezen omdat zowel de verwijzer als de cliënt zelf van oordeel zijn dat de cliënt de vaardigheid die op het programma staat (de doelvaardigheid) onvoldoende kan hanteren, terwijl

- het niet kunnen hanteren van die vaardigheid (een onderdeel van) het centrale probleem is, òf
- het kunnen hanteren van die vaardigheid een noodzakelijke voorwaarde is tot uitvoering van het behandelingsplan, òf
- het ontbreken van de doelvaardigheid het centrale probleem (mede) in stand houdt, òf
- verwacht wordt dat de cliënt, eenmaal uitgerust met de doelvaardigheid beter in staat zal zijn toekomstige problemen zelf het hoofd te bieden of te voorkomen.

Doorgaans worden cliënten voor 2 of 3 vaardigheden opgegeven (zie bijlage 1: Verwijzen naar Goldsteintherapieën.)

In de groepsruimte staan stoelen gegroepeerd in U-vorm, waardoor alle aanwezigen goed uitzicht hebben op het ten noorden van deze U-vorm gelegen gedeelte van de ruimte dat dient als 'speelvlak', en tevens op een terzijde van dit speelvlak opgestelde videomonitor.

Van de vaardigheid is een videoprogramma beschikbaar, zoals beschreven in hoofdstuk 4.

Aan of langs de wand is een plaat bevestigd waarop de titel van de doelvaardigheid en de daarbij behorende leerpunten staan vermeld.

De therapeuten beschikken verder over een video-recorder, een flap-over

* Over dit onderwerp is eerder gepubliceerd door Beekers en Gooijen (1980).

en huiswerkboekjes (dit zijn eenvoudige boekjes van klein formaat waarin de leerpunten vermeld staan en voor elke week een pagina is gereserveerd om huiswerkopdrachten te noteren).

5.1.1 De introductie

Aan het begin van de eerste groepsbijeenkomst vindt een korte introductie plaats.

Achtereenvolgens vinden de volgende activiteiten plaats:

- De therapeuten introduceren zichzelf als zodanig:
'ik ben ... en ik doe deze groep met ... daar'.
- Het thema van de groep wordt genoemd en tegelijkertijd gebruikt om de cliënten enige 'gemeenschappelijkheid' aan te reiken: 'we zijn dus hier om te leren.... jullie hebben allemaal wel eens moeite met
- De cliënten worden uitgenodigd zichzelf te introduceren met hun voor- naam en hun startpositie ten aanzien van de te leren vaardigheid:
'het is prettig als we alvast elkaars voornaam weten. Hoe heet jij? (de naam wordt op de flap-over geschreven). Wat vind jij moeilijk aan....?
- De therapeut richt zich steeds tot een cliënt, nooit tot 'de groep'.
- In het kort wordt (de status van) de vaardigheid en de werkwijze in de groep toegelicht: 'wij willen jullie een manier leren van... Dat is niet per se de enige goede manier, maar deze werkt in elk geval. Als je deze manier geleerd hebt, kun je later bekijken of je daar voor jezelf dingen in verandert. Op de video hebben we een aantal voor- beelden van.... daar gaan we zo naar kijken. En verder gaan we vooral veel oefenen, dat doen we dáár (wijst naar het speelveld)'.
'goed op te letten'. Daarmee is de modeling-fase van het eerste imi- terend rollenspel gestart.

5.1.2 Het imiterend rollenspel

In het imiterend rollenspel worden toepassingen van de vaardigheid getoond en worden de cliënten vervolgens beurtelings in de gelegenheid gesteld het getoonde na te bootsen.

Het verloop is als volgt:

- a. De therapeut toont de cliënten twee scènes op de video waarvan de eerste, waarin de leerpunten niet worden toegepast, minder bevredigend verloopt dan de tweede, die op een aantal punten (spelers, situatie, begin van de scène) identiek is aan de eerste, doch waarin de hoofdrolspeler de leerpunten wél toepast.

Daarop volgt een korte, gerichte nabespreking. De therapeut die vraagt 'wat hebben jullie gezien?' zal weinig antwoorden krijgen en veel tijd verdoen. Gekozen wordt dan ook voor gerichte vragen in de trant van 'Miep, heb jij leerpunt 1 gezien?', gevolgd door 'wat deed die man dan precies?'. Zonodig worden de leerpunten door de therapeut nader toegelicht.

De scène-met-leerpunten wordt vervolgens nog eenmaal getoond, nu met de instructie 'goed op te letten, want dadelijk gaan we dit naspelen'.

- b. Een der therapeuten staat op, begeeft zich naar het speelvlak en definieert daar de situatie die zoëven werd getoond: 'hier is dus die wachtkamer, hier staan de stoelen' (grijpt stoelen), 'hier staat die grote plant' (gebaart in het luchtledig); 'Peter, kom eens, jij bent die man jij zit de krant te lezen' (reikt Peter een stuk papier aan); 'nu komt dus die meneer Oudmans binnen. Francine, jij als eerste, jij bent meneer Oudmans, je komt binnen en je doet precies zoals meneer Oudmans op de video deed'. Door snel, luchtig en vanzelfsprekend op te treden geeft de therapeut de cliënten weinig kans te blijven 'steken' in hun weerstand of angst. Een weigering om het speelvlak te betreden komt zelden voor. Tegensputteren zal voor de therapeut aanleiding zijn de cliënt te gaan 'halen': (uitgestoken hand) 'kom op Miep, jij doet ook mee we doen allemaal mee ik help je wel'.

c. De therapeut start het spel: 'begin maar', houdt zich gedurende het spel op aan de rand van het speelveld, en beëindigt het spel: 'stop maar' (kappend handgebaar). Onmiddellijk bekrachtigt hij de gedragingen van de protagonist die beantwoordden aan de diverse leerpunten: 'uitstekend, je deed, en dat is leerpunt'. Gedragingen die afweken van het getoonde modelgedrag, doch evenzeer beantwoordden aan de leerpunten, worden extra bekrachtigd: 'weet je wat ik goed vond? Je deed, en dat is precies wat bedoeld is met leerpunt'. De therapeut schakelt de overige aanwezigen in bij de bekrachtiging: 'zag jij dat ook? Hoe vond je dat?'. Daarop zal de cotherapeut zich in elk geval aansluiten bij de therapeut en waar mogelijk additionele gedragingen bekrachtigen. De antagonist wordt slechts bedankt voor hun deelname: 'fijn dat je meedeed, Peter'. Als de verrichtingen van de protagonist vanaf de start van het rollenspel op een duidelijke mislukking dreigen uit te lopen onderbreekt de therapeut het spel zo vroeg mogelijk, reduceert de opdracht aan de protagonist tot een haalbare proportie (een eerste deel van het te imiteren gedrag), schakelt eventueel zijn cotherapeut in om als model dit gedrag nog eens te demonstreren en laat dan zijn protagonist opnieuw starten.

De protagonist zal niet direct alle leerpunten adequaat uitvoeren. Als het de eerste maal is, dat een imiterend rollenspel plaatsvindt, zal de therapeut genoeg nemen met de aanwezigheid van enkele leerpunten, bij voorkeur de eerste drie. Als de protagonist er niet in geslaagd is dit 'criterium' te bereiken zal de therapeut een 'shaping-procedure' toepassen: dezelfde protagonist herhaalt zijn rollenspel-verrichtingen enige malen, steeds met toevoeging van een paar nieuwe gedragselementen, totdat aan het criterium is voldaan. Het falen van de protagonist met betrekking tot de realisering van een leerpunt, wordt niet expliciet als falen benoemd, maar krijgt de vorm van een uitnodiging om 'het nu nog eens te doen met erbij'. De bekrachtiging wordt steeds gericht op de 'winst': de toegevoegde gedragingen ('goed John, nu toonde je duidelijk interesse door af en toe met je hoofd te knikken'). Als de protagonist niet goed begrijpt wat er van hem verwacht wordt, of duidelijk moeite

heeft met het stellen van het gevraagde gedrag, kan de therapeut een korte modeling doen plaatsvinden, waarbij hij zijn cotherapeut inschakelt als model en de modeling beperkt tot die verrichting(en) waar de protagonist moeite mee heeft. Als het criterium bereikt is, neemt de therapeut zijn protagonist mee terug naar zijn plaats in de groep.

- d. De tweede therapeut, tot nu toe aangeduid als cotherapeut, nodigt de volgende cliënt uit met hem mee te gaan naar het speelveld ('nu wij, Annelies') en werkt met deze protagonist stap c door. De eerste therapeut gaat vervolgens met de derde protagonist werken, enzovoorts. Ook de cliënten, die een rol toebedeeld kregen als 'vaste' antagonisten, krijgen tenslotte een 'beurt' als protagonist en daarmee een kans de vaardigheid te (leren) stellen. Het imiterend rollenspel wordt toegepast tijdens de eerste twee groepsbijeenkomsten.

5.1.3 Het anticiperend rollenspel

In het anticiperend rollenspel worden modeling en gedragsoefening volledig afgestemd op de situatie zoals de individuele cliënt verwacht dat die zich in de nabije toekomst zal gaan voordoen. Men kan zeggen dat de cliënt zich voorbereidt op het 'huiswerk' van de komende week.

Het verloop van een anticiperend rollenspel is als volgt:

- a. Als de cliënt, die 'aan de beurt is', niet direct een situatie inbrengt, die hij eerdaags verwacht of die hij reeds enige tijd verwacht, dan gaat de therapeut met zijn cliënt op zoek naar een 'geschikte huiswerksituatie': 'waar zou jij komende week de leerpunten eens kunnen uitproberen; wat zou je kunnen gaan doen?'. Als de cliënt weinig gedreven reageert ('ik heb geen plannen deze week') dan zal de therapeut meer druk uitoefenen: 'Nou dan maken we toch plannen. Kom Marlies, denk eens na, waar of bij wie'. De therapeut zal er bij de keuze van de oefensituatie naar streven te voldoen aan
- het principe van geleidelijke toenadering als het een angstige cliënt betreft. Dit wordt ook aan de cliënt kenbaar gemaakt: 'dat

is wel een hele moeilijke situatie, niet? Je mag rustig wat eenvoudiger beginnen. Als dat gelukt is, nemen we later wel de moeilijker situatie'.

- het principe van stimulus-variatie: als de cliënt een situatie en/of relevante andere noemt die voordien al in een anticiperend rollenspel voorkwam, dan zal de therapeut hem daarop wijzen en vragen nu een andere situatie te kiezen ('Met je vader hebben we vorige week al geoefend, André, laten we nu eens een andere situatie nemen. Met je vrouw, of op je werk').

b. Zodra de situatie gekozen is, staat de therapeut op, neemt zijn protagonist mee naar het speelveld en vraagt de cliënt de situatie nader te beschrijven. Omdat het een gebeurtenis betreft die nog niet heeft plaatsgevonden, kan de protagonist soms een aantal situatiekenmerken niet precies geven ('ik weet niet hoeveel mensen er in die winkel zullen zijn'). Het 'aankleden' van de scène zal dan ook enige improvisatie van therapeut en spelers toelaten. Toch zal de therapeut zoveel mogelijk elementen van de situatie door zijn protagonist laten definiëren. Enerzijds om de protagonist de kans te geven zijn fantasieën over de situatie, over de relevante ander(en) en over wat er kan gebeuren zoveel mogelijk ruimte te geven, anderzijds omdat de protagonist bij zijn definiëring van de situatie zijn eigen huiswerk-opdracht concreter gaat invullen ('ja, ik geloof dat ik dat het beste vrijdagmiddag kan doen; na het eten; dan zitten we dus'). Van een aantal van deze elementen wordt 'afgesproken' dat ze op de door de protagonist aangeduide wijze aanwezig zijn. Een toevallig aanwezig tafeltje kan de functie van bijvoorbeeld een toonbank krijgen, doch de aanwezigheid van requisieten is niet noodzakelijk. Regelmatig komt het voor dat de protagonist in een later stadium van het rollenspel zijn imaginaire situatie 'verdedigt' door bijvoorbeeld een antagonist erop te wijzen 'dat hij dwars door de muur loopt, en dat kan niet: dáár is de deur'. De protagonist kiest op uitnodiging van de therapeut ('wie in de groep lijkt daar het meest op?') zijn antagonist(en). De gekozene, meestal mede-clieënt, soms therapeut, wordt naar het speelveld gehaald en geïnstrueerd: 'jij bent de winkelier, meestal ben je nogal', en wordt vooraf het moment dat hij het speelveld betreedt aangesproken met...., met de naam van de relevante ander die hij vertegenwoordigt.

In het geval dat de naam onbekend is of niet genoemd kan worden wordt hij consequent aangesproken in de hoedanigheid die hij van de protagonist heeft gekregen ('de winkelier' of 'de nieuwsgierige buurman').

- c. De protagonist wordt nu gevraagd nader in te vullen in woord en/of spel hoe hij verwacht dat de gebeurtenis een aanloop zal nemen: 'je hebt dus net je laatste hap genomen, en nu?'. Deze fase wordt gekapt op het 'kritische moment': het moment dat de vaardigheid gesteld moet gaan worden.
- d. Nu vindt modeling plaats. De therapeut nodigt de protagonist uit plaats te nemen op een stoel van waaruit hij goed zicht heeft op wat er zich op het speelvlak gaat afspelen: 'jij neemt nu hier op de 'tribune' plaats, dan gaan wij voordoen hoe het met leerpunten zou kunnen gaan'. De therapeut laat enige malen het spel plaatsvinden bestaande uit (een deel van) de aanloop en de leerpunten en met een of twee mede-cliënten (eventueel de cotherapeut) als model. Het model wordt steeds duidelijk geïnstrueerd: 'jij bent nu André. Je hebt je voorgenomen om Je begint met de laatste hap te nemen. Je zorgt daarna dat je de leerpunten toepast. Toe maar'. Elke modeling wordt gevolgd door:
- de vraag aan de toekijkende protagonist of het 'klopte' ('Zou jouw vrouw zo kunnen reageren?').
 - de vraag aan de protagonist wat hij van het model positief en voor hemzelf haalbaar acht ('Wat zou je van deze André willen overnemen?'). De protagonist kiest doorgaans per model één of twee gedragselementen: een non-verbaal gedragskenmerk, een gebruikte zinsnede of iets dergelijks.
 - een vertaling van het over te nemen gedrag in leerpunten.
 - een bedankje aan het model met de uitnodiging weer plaats te nemen in de groep.
- e. De therapeut nodigt de protagonist uit zijn eigen plaats in het rollenspel in te nemen: 'nu jij zelf André'. Aan de rand van het speelvlak laat hij de protagonist zichzelf hardop instrueren: 'zeg nog eens wat je nu gaat doen', en start dan het rollenspel. Bij beëindiging van het rollenspel bekrachtigt de therapeut de gerealiseerde voornemens/leerpunten en betreft de aanwezigen daarbij.

Meer dan in de andere typen rollenspelen gaat de therapeut nu echter te rade bij de protagonist: 'ben je zèlf tevreden, André?'. De protagonist, die in het anticiperend rollenspel minder 'vrijblijvend' bezig is, omdat hij zich realiseert dat het in luttele dagen 'menens' wordt, zal vaak met onvoorziene eisen of addertjes onder het gras voor de dag komen ('ik wil niet dat die ander denkt....'; 'als ik het zo doe, dan blijf ik toch zitten met dat gevoel van'). De therapeut zal naar aanleiding daarvan de protagonist de gelegenheid geven additionele gedragingen te vinden en uit te voeren in het rollenspel. Afhankelijk van de mogelijkheden van zijn protagonist zal de therapeut daarbij meer of minder directief optreden (respektievelijk 'zeg dan aan het eind eens tegen je vrouw:', of 'wat kun je zeggen of doen om dat te voorkomen?'). Shaping wordt toegepast totdat leerpunten, voornemens en additionele eisen gestalte hebben gekregen. Als de bedenkingen van de protagonist niet-terecht zijn zal de therapeut deze ontzenuwen door de antagonist(en) en/of toeschouwers hun indrukken te laten geven.

- f. Terwijl de therapeut en zijn protagonist weer in de groep plaatsnemen, begeeft de cotherapeut zich naar de flap-over om de huiswerkopdracht te noteren: waar, wanneer, met wie, speciale tips. Hoewel ook de therapeuten en mede-cliënten 'tips' aandragen, worden bij voorkeur de tips die de protagonist noemt of overneemt genoteerd, waarbij de formulering die de protagonist daaraan geeft intact wordt gelaten. Tot slot wordt de protagonist succes toegewenst en eraan herinnerd dat op zijn huiswerk zal worden teruggekomen. Vaak wordt de protagonist uitgenodigd zelfbekrachtiging toe te passen als hij zijn huiswerkopdracht voltooid heeft.

Doel van het anticiperend rollenspel is de protagonist

- gelegenheid te bieden te experimenteren met wijzen waarop hij uitdrukking kan geven aan de vaardigheid in zijn eigen levenssituaties.
- te motiveren om de leerpunten in zijn eigen dagelijkse omgeving toe te passen.
- zodanig voor te bereiden en te instrueren dat de kans op succes bij de toepassing van de vaardigheid in eigen levenssituaties optimaal is.

Vanaf de tweede sessie is elke cliënt in elk geval éénmaal per groepsbijeenkomst protagonist in een anticiperend rollenspel.

5.1.4 Het reconstruerend rollenspel

Het reconstruerend rollenspel biedt de cliënt gelegenheid een situatie waarin hem het stellen van de vaardigheid in het verleden niet of onvoldoende lukt te reconstrueren en alsnog bevredigend te doorlopen. De cliënt krijgt in dit rollenspel als het ware een 'herkansing'.

De therapeut beslist tot het opzetten van een reconstruerend rollenspel:

- indien een cliënt spontaan een gebeurtenis meldt, waarbij hij er niet in slaagde of verzuimde de vaardigheid toe te passen.
- indien een cliënt een faalervaring rapporteert met betrekking tot een huiswerkopdracht. Faalervaringen met huiswerkopdrachten dienen overigens zoveel mogelijk voorkomen te worden. De therapeut kiest dan ook steeds huiswerkopdrachten waar de cliënt aan toe is. Desondanks komen faalervaringen voor, en het is fnuikend deze te laten liggen, en dus nodig de cliënt een 'herkansing' te geven in de groep.

Doel van het reconstruerend rollenspel is de protagonist de kans te geven de vaardigheid te stellen in die situatie waarin hem dat voorheen niet lukte en dit te (doen) bekrachtigen, waarmee de betrokken situatie als discriminatieve stimulus(klasse) voor het stellen van de vaardigheid behouden blijft.

Het reconstruerend rollenspel verloopt aldus:

- a. Op aanwijzingen van de protagonist wordt het speelveld 'aangekleed'. Omdat het voor een groot deel een reconstructie betreft van een ware gebeurtenis uit het verleden, dient er veel aandacht besteed te worden aan het aankleden van deze situatie, aan het kiezen en instrueren van antagonist, enzovoorts. Doet men dit niet dan zal de protagonist vaak een 'geslaagd' rollenspel later afdoen met opmerkingen in de trant van: 'ja, nu lukte het wel, maar toen was het ook heel anders'.

- b. De protagonist wordt nu gevraagd te verduidelijken wat er vooraf ging aan het kritische moment: het moment waarop hij faalde of verzaakte. De therapeut kapt dit gedeelte af op het moment dat de protagonist wil gaan verwoorden of voordoen hoe hij faalde. Het rollenspel heeft immers noch de bedoeling het inadequate gedrag te analyseren, noch om (waarschijnlijk negatieve) feedback op te roepen.
- c. De therapeut nodigt de protagonist nu uit op de 'tribune' plaats te nemen, nodigt een groepslid of zijn cotherapeut uit de plaats van de protagonist in het rollenspel in te nemen, en start het spel, na het model te hebben uitgenodigd daarin in elk geval de leerpunten toe te passen. Als de protagonist na afloop aanmerkingen heeft op het inhoudelijke verloop ('hij zei dat hij het al wist, maar dat was niet zo'), dan wordt de modeling herhaald, waarbij het commentaar als correcties in het spel worden verwerkt. De therapeut laat vervolgens nog één- of tweemaal modelen, steeds met een nieuw model doch met dezelfde antagonist. Elke modeling wordt weer gevolgd door - de vraag aan de protagonist of het 'klopte'
- de vraag aan de protagonist wat hij hiervan wil 'overnemen'
- een vertaling van het antwoord van de protagonist naar de leerpunten.
- d. De protagonist kan nu zijn 'eigen' plaats in het rollenspel innemen. De therapeut neemt aan de rand van het speelveld zijn 'voornemens' met hem door: de 3 of 4 door de protagonist zelf uit het modelgedrag geselecteerde gedragingen. Doorgaans zal de protagonist er niet in slagen al zijn voornemens direct waar te maken, en zal shaping volgen.
- e. Als de oefensituatie zulks toelaat, wordt tenslotte huiswerk opgegeven, conform fase f. van het anticiperend rollenspel. Soms is dit niet het geval: sommige gebeurtenissen laten zich eenvoudig niet 'overdoen'.

Omdat reconstruerend rollenspel niet altijd tot huiswerkopdrachten leidt en bovendien vaak veel tijd vergt (de protagonist stelt hoge eisen aan de reconstructie van de ware gebeurtenis) is het voor de therapeut geen vast programma-onderdeel om naar toe te werken. Doet zich echter een van de genoemde aanleidingen voor, dan wordt het

evenmin vermeden. Een enkele maal blijkt in een vroege fase van het reconstruerend rollenspel dat de protagonist een voorval inbrengt, waarin hij wel degelijk de leerpunten adequaat toepaste en desondanks spreekt van een faalervaring.

Dit 'falen' heeft dan niet betrekking op zijn eigen gedragingen maar op het uitblijven van de 'winst' die hij van zijn gedrag verwachtte of op de tegenvallende reactie van andere betrokkenen. In dergelijke gevallen wijst de therapeut zijn cliënt erop dat het stellen van de vaardigheid niet betekent dat je steeds je zin krijgt, noch dat de anderen daar altijd even gelukkig mee zijn, 'het gaat erom dat jij in elk geval in staat bent om...'.

5.1.5 De huiswerkbесprekingen

De eerste huiswerkbесpreking vindt plaats aan het einde van de eerste groepsbijeenkomst. In deze bespreking

- worden het huiswerk-beginsel en het huiswerkboekje geïntroduceerd.
- worden de eerste huiswerkopdrachten gegeven. Het huiswerk na de eerste zitting is min of meer 'standaard':
 - a. observeren van anderen ('kijk eens hoe andere mensen het doen, of die de leerpunten toepassen en hoe je dat vindt')
 - b. het toepassen van de éérste leerpunten, die doorgaans voornamelijk 'bedekte' (coverte) gedragingen inhouden.
- worden de cliënten uitgenodigd de gemaakte afspraken in hun huiswerkboekje te noteren. Cliënten die dit niet kunnen doen, worden onopvallend geholpen.
- wordt de cliënten reeds aangekondigd dat elke volgende zitting begint met een bespreking van het huiswerk en dat erop gerekend wordt dat iedereen zijn huiswerkopdrachten dan heeft uitgevoerd.

Aan het begin van elke volgende zitting vinden huiswerk(na-)besprekingen plaats, waarin

- elke cliënt afzonderlijk wordt gevraagd of hij zijn huiswerkopdrachten heeft uitgevoerd, hoe dat verliep en of hij zelf tevreden is met zijn verrichtingen.

- sociale bekrachtiging wordt toegediend aan cliënten die hun huiswerkopdrachten hebben uitgevoerd.
- teleurgesteld gereageerd wordt op cliënten die dit niet deden, terwijl deze cliënten er nogmaals op gewezen worden dat huiswerk een noodzakelijk onderdeel is van het behandelingsprogramma.
- faalervaringen worden, via een aantekening op de flap-over, vastgehouden met het doel direct na de huiswerk-ronde een reconstruerend rollenspel op te zetten ('We zullen dat zo dadelijk nog eens spelen en kijken wat je had kunnen doen om het anders te laten verlopen').
- positieve rapportages ('het ging prima') nader worden afgecheckt ('hoe ging het dan? Wat deed je precies?'), waarbij de therapeuten de toelichting van de cliënt waar mogelijk vertalen in de leerpunten en bekrachtigen ('dat was dus leerpunt, uitstekend!').
- de cliënten tevens de gelegenheid krijgen recente ervaringen met de doelvaardigheid, welke niet tot de huiswerkopdrachten behoorden, in te brengen. Ook deze rapportages kunnen leiden hetzij tot bekrachtiging hetzij tot de beslissing reconstruerend rollenspel te laten volgen.

De huiswerk(voor-)besprekingen aan het eind van de tweede en derde zitting kunnen kort zijn, aangezien elke cliënt aan het eind van zijn anticiperend rollenspel reeds huiswerkopdrachten kreeg. Deze opdrachten worden voor elke cliënt afzonderlijk nog eens herhaald, bij voorkeur door de cliënt zelf ('Wat ga jij ook al weer doen, Jannie?'); waar nodig worden de notities op de flap-over en in de huiswerkboekjes aangevuld en iedereen wordt opnieuw succes toegewenst.

De huiswerkbepreking aan het eind van de laatste zitting neemt wat meer tijd in beslag. Naast de concrete opdrachten, voortvloeiend uit het anticiperend rollenspel, krijgt elke cliënt duurzamer opdrachten en tips mee, en wel

- opdrachten om de toepassing van het geleerde voort te zetten
- suggesties tot zelf-bekrachtiging ('... dan trakteer je jezelf maar eens. Wat wil je ermee verdienen?'), liefst ook bedekte zelf-bekrachtiging ('en wat denk je dan bij jezelf als het gelukt is?').
- speciale tips, toegesneden op de individuele cliënt, voor zover deze voortvloeien uit de ervaringen die tijdens de groepsbijeenkomsten

zijn opgedaan ('Hans, jij weet het, jij moet dus vooral niet vergeten om'). Ook de cliënten worden ingeschakeld bij het aanreiken van tips.

Indien mogelijk worden cliënten die speciale banden ontwikkeld hebben met elkaar of in elkaars nabijheid verblijven (bijvoorbeeld in dezelfde buurt) uitgenodigd contact te blijven houden om ervaringen uit te wisselen of elkaar te raadplegen.

5.1.6 Programma-overzicht

In de 4 groepsbijeenkomsten komen de diverse programma-onderdelen als volgt aan de orde:

1e zitting: introductie

- imiterend rollenspel
- (reconstruerend rollenspel)
- huiswerk-voorbereking

2e zitting: huiswerk-nabespreking

- (reconstruerend rollenspel)
- imiterend rollenspel
- anticiperend rollenspel
- huiswerk-voorbereking

3e zitting: huiswerk-nabespreking

- (reconstruerend rollenspel)
- anticiperend rollenspel
- huiswerk-voorbereking

4e zitting: huiswerk-nabespreking

- (reconstruerend rollenspel)
- anticiperend rollenspel
- huiswerk-eindbespreking.

Zie ook het als bijlage 2 opgenomen 'beknopt draaiboek'.

5.2 Aanvullende richtlijnen en toelichtingen

Een aantal zaken van wisselende aard die in de programma-beschrijving niet of zonder toelichting aan de orde zijn geweest worden hieronder besproken en verduidelijkt.

5.2.1 Twee therapeuten

De aanwezigheid van twee therapeuten is met name noodzakelijk vanwege de rollenspel-activiteiten. De therapeut die de 'regie' heeft van een rollenspel, heeft al zijn aandacht nodig voor datgene wat zich op en bij het speelvlak afspeelt. De tweede therapeut, in die positie tot nu toe steeds aangeduid als cotherapeut, kan tijdelijk als model of antagonist worden ingeschakeld. Bij voorkeur is hij echter bij de groep, waar hij waakt over de toeschouwende en de in de groep (na een functie in het rollenspel vervuld te hebben) terugkerende cliënten, en modelgedrag vertoont met betrekking tot bekrachtiging-door-toeschouwers. In principe hebben beide therapeuten dezelfde taak, waarbij zij afwisselend de regie op zich nemen.

De protagonist in het rollenspel kan de therapeut aanwijzen als degene die het meest in aanmerking komt om de antagonistrol te vervullen, of de therapeut expliciet vragen om te modelen. In dat geval zal de therapeut op het verzoek ingaan en zal de cotherapeut zich naar de rand van het speelvlak begeven en de plaats van de therapeut innemen.

5.2.2 Directiviteit en tempo

De therapeuten treden, met een zekere vanzelfsprekendheid, directief en voortvarend op. De beschikbare tijd wordt zoveel mogelijk benut voor rollenspelen. Niet alleen efficiency-overwegingen en de korte duur van de groep spelen hier een rol, doch ook de ervaring dat directiviteit en vaart spanningsreducerend werken en groepsprocessen geen kans krijgen te gaan domineren. Richt men een vraag tot de groep, dan zal vaak de spanning bij de deelnemers toenemen of zullen bepaalde groeps-

leden gaan domineren. Richt men zich steeds tot een deelnemer, dan zal dit niet het geval zijn en kan men bovendien de attentie van de deelnemers hoog houden. Elke deelnemer leert immers dat hij op elk moment aangesproken kan worden om bijvoorbeeld feedback te geven; mocht desondanks zijn aandacht verslappen, dan kan de therapeut hem onmiddellijk aanspreken.

Vooraf bij huiswerkrapportages en bij beschrijvingen van oefensituaties hebben cliënten vaak de neiging breedspakig te zijn. De therapeut zal het tempo er in kunnen houden door het gerapporteerde snel in (nieuwe) oefensituaties te vertalen.

5.2.3 Het speelvlak

Gedragsoefeningen vinden niet plaats in het hier-en-nu van de groep. Dat zou groepsprocessen mobiliseren en de spanning onnodig doen toenemen. Alle gedragsoefeningen spelen zich af in rollenspelen, die 'binnen-gehaalde buitensituaties' representeren, gesitueerd op een daartoe gereserveerd deel van de beschikbare ruimte: het 'speelvlak'. De therapeuten accentueren het onderscheid tussen het hier-en-nu van de groep en het daar-en-dan van rollenspelen

- door zich niet op het speelvlak te begeven tijdens het spel
- door te zorgen dat zowel de protagonist als hijzelf zich bij voor- en nabeschouwingen (instructies, feedback) bevinden op de grens van het speelvlak
- door niet toe te staan dat er gecommuniceerd wordt tussen mensen die zich op het speelvlak bevinden en mensen daarbuiten. De enige uitzondering daarop is de therapeut zelf als hij vanaf de rand van het speelvlak het spel stopt en de spelers vraagt 'eruit te komen'
- door cliënten te instrueren in hun rol te blijven.

5.2.4 Negatieve zelf-beweringen van cliënten

Cliënten reageren regelmatig, als zij worden uitgenodigd tot een gedragsoefening of om model te staan, met uitlatingen in de trant van 'dat kan ik toch niet' of 'dat lukt mij nooit'. Dergelijke negatieve zelfbeweringen worden onmiddellijk verbaal gedisconformeerd: 'Oh, jawel!

Dat kun jij wel, let maar eens op', liefst, na de gedragsoefening, gevolgd door de conclusie: 'Zie je nou wel dat je dat kunt'.

Negatieve zelfbeweringen komen ook, in indirecter vorm, voor bij protagonisten die hun geslaagde rollenspelverrichtingen trachten af te schuiven op (meestal) de meegaandheid van de antagonist: 'Nu ging het wel goed, maar hij heeft het me ook niet zo moeilijk gemaakt'. Vaak is de antagonist de eerste die hierop corrigerend reageert: 'Ik wou het je helemaal niet makkelijk maken; dat kwam door jou, omdat jij zo deed'.

Doet de antagonist dat niet, dan kan de therapeut hem daarom vragen of zelf corrigerende opmerkingen in deze zin plaatsen. Is de bewering van de protagonist reëel, dan dient de gedragsoefening herhaald te worden met aanvullende instructies aan de antagonist, liefst conform de aanwijzingen van de protagonist.

5.2.5 Moeilijke cliënten

Hoe met 'weerstand' tegen rollenspel wordt omgegaan is reeds enigszins beschreven. De cliënt kan zijn pogingen om rollenspel te vermijden ook gieten in de vorm van 'dat kan ik wel, dat hoef ik niet te oefenen'. De therapeut zal dan niet pogen de cliënt ervan te overtuigen dat hij 'het niet kan'; eerder wordt de cliënt bevestigd in zijn oordeel en toch in het rollenspel betrokken onder het mom van modeling: 'Dat is fijn, Kees. Dan kun jij mee voordoen voor de anderen hoe ze de leerpunten kunnen toepassen. Laten we maar eens' (start rollenspel). Vermijdingsgedrag krijgt ook wel eens de vorm van bagatelliseren of diskwalificeren van de leerpunten: 'Ik vind het onzin om dat zó te doen'. In zo'n geval worden géén (verbale) pogingen gedaan de cliënt te overtuigen van de zin van de leerpunten, maar wordt de cliënt uitgenodigd 'het gewoon eens te doen, dan weet je hoe het is als je het doet; dan kun je daarna beslissen, of je het wilt gebruiken. Kom maar'. De cliënt maakt zijn diskwalificatie na het rollenspel steeds ongedaan: 'Ja, het heeft toch wel voordelen, als je....'.

5.2.6 Kiezen van modellen

Bij het kiezen van modellen spelen voor de therapeut de volgende overwegingen mee:

- het modelen van het gedrag door mede-cliënten is voor hen een extra gelegenheid tot gedragsoefening
- het modelen door een mede-cliënt verdient bovendien de voorkeur boven het modelen door een (co)therapeut, vanwege de grotere onderlinge gelijkheid tussen cliënten
- de protagonist zal zich tot het ene groepslid meer aangetrokken voelen dan tot het andere, en zal de een meer bewonderen (status of bedrevenheid toeschrijven) dan de ander
- het te modelen gedrag zal zeer waarschijnlijk meer adequaat zijn en in hogere mate een representatie van de leerpunten inhouden als de cotherapeut als model optreedt.

De twee eerste overwegingen vragen om het kiezen van een cliënt als model, en de therapeut zal zich bij die keuze op grond van de derde overweging mede laten leiden door de voorkeur(en) van zijn protagonist. Als hij echter van mening is dat de aangedragen situatie dermate moeilijk of bedreigend is dat nauwelijks verwacht kan worden dat mede-cliënten erin zullen slagen adequaat model-gedrag te vertonen, zal de therapeut zijn cotherapeuten als model inschakelen.

Het is belangrijk dat de therapeut zich realiseert dat een cliënt die als model wordt ingeschakeld, op het moment dat hij zijn modelgedrag stelt, zelf een gedragsoefening onderneemt.

Hoewel het feit, dat deze cliënt op dat moment geen protagonist is, niet toelaat uitvoerig op zijn verrichtingen in te gaan (er wordt b.v. géén shaping toegepast op het model; dat leidt tot verwarring in het rollenspel), worden wel de bekrachtigings-principes toegepast: door de protagonist uit te nodigen aan te geven welke gedragingen hij van het model wil overnemen, valt het model selectieve positieve bekrachtiging ten deel voor adequate gedragingen.

5.2.7 Bekrachtigers en bekrachtigende instanties

Als bekrachtigers worden vooral verbale goedkeuringen ('prima', 'goed zo', 'uitstekend', etc.) gebruikt. Ook non-verbale sociale bekrachtigers zoals een schouderklop, een applausje, of een duim-op gebaar en materiële bekrachtigers zoals een kop koffie of een sigaret worden verstrekt. De bekrachtiger wordt steeds gekoppeld aan welomschreven responsen. Gepoogd wordt de kwantiteit en/of kwaliteit van de bekrachtiger in overeenstemming te doen zijn met de verrichtingen van de protagonist, waarbij rekening wordt gehouden met diens mogelijkheden en inspanningen.

Bekrachtigende instanties zijn primair de therapeuten. Deze schakelen echter voortdurend de cliënten in als bekrachtigende instanties, uitgaande van de veronderstelling dat het oordeel van de leden van de eigen sociale groep voor de protagonist zwaar zal wegen. Dit inschakelen geschiedt op zodanige wijze dat zo mogelijk alleen positieve bekrachtiging van gewenst gedrag plaatsvindt ('Maria, welke leerpunten heb jij Hans zien gebruiken? Hoe vind je dat?'). Zodra iemand de geboden gelegenheid gebruikt om de protagonist negatieve feedback te verschaffen c.q. te wijzen op zijn falen, vangt de therapeut de opmerking soepel op door deze te herformuleren in een uitnodiging aan de protagonist 'het nog eens te doen, maar nu met' (shaping').

Het feit dat niet de cliënt bekrachtigd wordt (ongericht), maar zijn concrete gedragingen, voor zover die aan het doelgedrag beantwoorden, -men zou kunnen zeggen dat de cliënt bekrachtigers moet 'verdienen'- heeft als consequentie dat elke cliënt in voldoende mate de kans dient te krijgen de doelgedragingen te stellen. De therapeuten zorgen er dan ook voor dat de afzonderlijke cliënten een evenredig aantal beurten krijgen in het rollenspel, als protagonist en als model.

5.2.8 Bekrachtiging en weerstand tegen uitdoving

Gedrag dat aan continue bekrachtiging blootstaat, dooft relatief snel uit bij uitblijven van die bekrachtiging, terwijl gedrag dat onderbroken bekrachtigd wordt, meer resistent is tegen uitdoving.

- De duurzaamheid van het geleerde gedrag zal na de therapie groter zijn
- naarmate de toepassing van het geleerde gedrag voor de (ex-)cliënt intrinsiek bekrachtigend is, d.w.z. dat de gedragingen zelf de cliënt voldoening schenken;
 - als de toepassing van het geleerde gedrag gepaard gaat met onderbroken bekrachtiging.

Hoewel toepassing van de vaardigheid na de therapie in veel gevallen zonder specifieke voorzieningen of afspraken aan onderbroken bekrachtiging bloot zal staan, bijvoorbeeld omdat de (ex-)cliënt zo nu en dan door het stellen van het doelgedrag zijn zin krijgt, spanningsreductie ervaart, of (zelfs) sociale bekrachtiging ondervindt uit zijn omgeving, wordt toch getracht de voortzetting van toepassing van het geleerde te bevorderen, door

- reeds tijdens de therapie over te schakelen van een continu naar een onderbroken bekrachtigingsschema: in de laatste twee zittingen worden slechts 'nieuwe prestaties' van de cliënt bekrachtigd, verrichtingen die reeds eerder gesteld en bekrachtigd werden krijgen minder aandacht.
- de cliënten er regelmatig op te wijzen dat toepassing van de doelvaardigheid niet steeds betekent 'dat je je zin krijgt', maar 'dat jij het dan in elk geval goed gedaan hebt'.
- tijdens het rollenspel aan te sturen op realisering van het doelgedrag door de protagonist op een wijze die hemzelf kennelijk voldoening verschaft.
- met de cliënten afspraken te maken omtrent zelfbekrachtiging. De vraag 'hoe ga je jezelf belonen?' lokt overigens vaak het antwoord uit: 'dat hoef ik niet, want ik ben al blij als het me gelukt is' (= intrinsieke bekrachtiging).
- waar mogelijk cliënten uit te nodigen onderling contact te houden waarbij erop gegokt wordt dat deze cliënten voor elkaar bekrachtigende instanties zijn of worden.
- waar mogelijk professionele werkers die in voortgezet contact met de cliënt staan (verwijzers) uit te nodigen de voortgezette toepassing van geleerde gedragspatronen te bekrachtigen.

5.2.9 Beëindiging van het rollenspel

Het spel wordt bij voorkeur beëindigd direct nadat de leerpunten zijn uitgevoerd c.q. de vaardigheid gepasseerd is. Dit geldt zowel voor het spel van een model als voor dat van een protagonist in alle typen rollenspelen.

Een eerste reden daartoe is dat responsuitkomsten bij toepassing in eigen levenssituaties nauwelijks voorspelbaar zijn en 'doorspelen' mogelijk valse illusies met betrekking tot die uitkomsten kan wekken. Daarnaast geldt dat doorspelen meestal betekent dat er wordt overgegaan tot een interpersoonlijke uitwisseling die niet tot het kader van de doelvaardigheid behoort.

Protagonisten kunnen erg teleurgesteld reageren als het spel wordt gekapt op het moment dat de effectiviteit van hun gedrag moet blijken ('Nou weet ik nog niet of ze meegaat'). De boodschap van de therapeut hierop is steevast: 'Dat kunnen we hier ook niet weten. We weten wel hoe jij het hebt aangepakt', waarop bespreking volgt van de ver-richtingen van de protagonist. Belangrijke informatie, die de protagonist na afloop van het rollenspel niet onthouden mag worden, is hoe hij (zijn verrichtingen) door de antagonist is/zijn ervaren.

5.2.10 Bedekte gedragingen

Alle vaardigheden, persoonlijke en interpersoonlijke, zijn gedrags-sequenten die deels bedekt (covert) en deels observeerbaar (overt) zijn. Concretisering van een leerpunt als 'ga na wat je prettig vindt van de ander', het eerste leerpunt van de vaardigheid 'uiten van genegenheid en waardering', zal voor een klein deel observeerbaar zijn (kijkt, denkt) maar voor het grootste deel een niet-waarneembare 'binnenspraak' omvatten. In elk type rollenspel worden de coverten gedragingen aanvankelijk overt ('denk maar hardop') en later in hun natuurlijke, coverten uitdrukkingsvorm beoefend. Voor de duidelijkheid kan men een plek binnen het speelveld afbakenen met behulp van een krijtcirkel of matje: als de protagonist vanuit die positie spreekt dan geldt het gesprokene als 'denktaal', die de antagonist niet hoort en waarbij de tijd stil staat.

5.2.11 Overige 'groepstechnieken'

De meer met 'rollenspel' vertrouwde lezer zal waarschijnlijk een aantal technieken gemist hebben, zoals terzijdes, dubbelen, spiegelen, e.d. (zie o.a. Meillo en Goedhart, 1980).

Dat wil niet zeggen dat ze impliciet zijn gebleven, noch dat de therapeuten zich vrij achten deze technieken toe te passen. Ze horen echter niet in deze vaardigheidstherapieën thuis.

Nand Cuvelier (1976) wijst terecht op de noodzaak een duidelijk onderscheid te maken tussen de diverse spelvormen en deze te bezien en toe te passen in het kader van de 'dramavorm' die wordt gehanteerd. Cuvelier noemt als dramavormen het psychodrama, het interactiedrama, het socio-drama, de roltraining en de rolexploratie. Het rollenspel, zoals het in dit artikel beschreven wordt, dient men te zien als uitsluitend een toepassingsvorm van wat Cuvelier 'roltraining' noemt.

Overigens is Goldstein (1981) het er kennelijk met Cuvelier over eens dat de techniek van rolwisseling, waarbij protagonist en antagonist elkaars rol overnemen, van nut kan zijn in een roltraining en wel in die gevallen waarin de protagonist weinig zicht blijkt te hebben op de situatie van de antagonist.

5.3 Het programma als uitvoeringsvorm van Goldstein's SLT

De wijze waarop de hoofdcomponenten van modeling, gedragsoefening, bekrachtiging en transfer-training in het therapieprogramma worden aangewend, zal voor een groot deel evident zijn, voor een ander deel is dit impliciet gebleven.

Het is vooral de complexe verwevenheid van de componenten in de diverse programma-onderdelen die het wenselijk maakt de therapie nog eens 'door te lichten' aan de hand van de vier hoofdcomponenten. In het nu volgende wordt beschreven op welke momenten en op welke wijze de afzonderlijke leerprincipes aangewend worden.

5.3.1 Modeling

In de groepsbijeenkomsten vindt modeling plaats

- met behulp van de tevoren op video opgenomen scènes

De video-modeling vindt plaats tijdens de eerste twee groepsbijeenkomsten, steeds in het kader van het opstarten van imiterend rollenspel, en incidenteel in de modeling-fase van een reconstruerend of anticiperend rollenspel mits de door de protagonist ingebrachte situatie veel elementen bevat die identiek zijn aan een der video-scènes.

- door de therapeuten en de groepsleden in het kader van reconstruerend en anticiperend rollenspel, op momenten dat zij model staan voor een protagonist.
- door protagonisten in elk type rollenspel. Elke gedragsoefening fungeert immers tevens als modeling voor de toeschouwende mede-cliënten.

Een kleine rekensom leert dat in een groep met 6 deelnemers, waarin elke cliënt tweemaal de rol van protagonist vervult in imiterend en driemaal in anticiperend rollenspel, elke cliënt naast de video-modellen minimaal 40 live-modellen krijgt aangeboden.

Ook buiten de therapiesituatie vindt modeling plaats. De cliënten zullen herhaaldelijk geconfronteerd worden met gedragingen van anderen die in meerdere of mindere mate overeenkomen met of juist afwijken van de vaardigheid/de leerpunten die zij zich trachten eigen te maken. Dit wordt niet genegeerd, maar ten voordele aangewend in het leerproces. De eerste groepszitting heeft als vaste huiswerkopdracht: 'goed op te letten hoe andere mensen doen. Vaak zul je zien dat mensen onze leerpunten toepassen, vaak ook dat ze dat niet doen'.

5.3.2 Gedragsoefening

Gedragsoefening vindt plaats

- door de protagonist in elk type rollenspel.
- door cliënten, die als model optreden in reconstruerend en anticiperend rollenspel. De opdracht aan het model is van dien aard, dat optimale condities aanwezig zijn voor 'commitment', en improvisatie.

- door cliënten tijdens uitvoering van huiswerkopdrachten.

In de bovenbeschreven groep krijgt elke cliënt gelegenheid tot minimaal 11 gedragsoefeningen: 5-maal als protagonist, 3-maal als model en 3-maal buiten de groep (huiswerk).

5.3.3 Bekrachtiging

Positieve bekrachtiging van het aan te leren gedrag vindt plaats

- tijdens de video-modeling: in de scènes-met-leerpunten krijgt de gebeurtenis waarin de hoofdrolspeler de leerpunten toepast een voor deze hoofdrolspeler meer gewenst verloop. Bovendien stelt de deskundige die de scènes inleidt dat 'het goed is' als mensen zich aan deze leerpunten houden.
- in de modeling-fase van het rollenspel: aandacht voor die gedragingen van de als model optredende cliënt die beantwoorden aan de leerpunten en de moeite waard zijn om 'over te nemen'.
- in de gedragsoefeningfase van elk rollenspel: gedragingen van de protagonist die passen in het gestelde leerdoel worden bekrachtigers.

5.3.4 Transfer-training

De transfer-training beoogt te garanderen dat de doelvaardigheid niet slechts binnen de therapie-situatie gesteld zal worden maar ook daarbuiten, en niet slechts voor de duur van de therapie maar ook daarna. Goldstein (1979) maakt in dit verband een onderscheid tussen 'transfer' (verplaatsing) en 'maintenance' (handhaving) van gedragsmodificatie. In alle fasen van de therapie wordt met de noodzaak van transfer rekening gehouden:

- a. Om te voorkomen dat de therapie-situatie (ruimte, groep, therapeuten) voor de cliënt de discriminatieve stimulus wordt die het stellen van het doelgedrag uitlokt
 - toont de video-modeling het doelgedrag in herkenbare leefsituaties
 - vinden alle gedragsoefeningen plaats in (weliswaar imaginair) 'binnengehaalde buitensituaties'
 - worden in het reconstruerend en anticiperend rollenspel specifieke stimulus-situaties uit het dagelijks leven van de cliënten binnen-

gehaald en met zorg aangekleed

- wordt de protagonist in het anticiperend rollenspel gedegen voorbereid op het toepassen van de doelvaardigheid in een eigen leefsituatie, teneinde de kans op succes bij toepassing in die situatie te vergroten
- worden huiswerkopdrachten gegeven die het stellen van de doelvaardigheid buiten de therapiegroep beogen
- stellen de therapeuten herhaaldelijk expliciet dat het aan te leren gedrag niet bedoeld is voor de therapiesituatie maar juist voor toepassing in de eigen leefomgeving.

b. Om te voorkomen dat één of enkele buiten-situaties de rol van discriminatieve stimulus krijgen, wordt 'stimulusgeneralisatie' bevorderd:

- de video-modeling toont de doelvaardigheid in drie zeer uiteenlopende stimulussituaties (een gezins-, een werk- en een publieke situatie), waarbij bovendien naar status, leeftijd, sexe, e.d. verschillende 'tegenspelers' aanwezig zijn
- tijdens rollenspel zien de toeschouwende cliënten de doelvaardigheid gesitueerd in een breed scala van stimulussituaties
- de therapeuten waken ervoor dat elke cliënt meerdere levenssituaties (en niet steeds één en dezelfde) inbrengt
- de therapeuten bewaken tevens dat elke cliënt verschillende antagonist tegenover zich krijgt
- de protagonist ervaart in het reconstruerend rollenspel dat hij de vaardigheid in de door hem ingebrachte situatie wel degelijk kan toepassen (ook al lukte hem dat aanvankelijk niet), waarmee deze stimulussituatie (stimulusklasse) als discriminatieve stimulus voor het stellen van de vaardigheid behouden blijft
- de therapeuten waken er bij de huiswerktoewijzing voor dat elke cliënt meerdere en wel verschillende leefsituaties kiest
- de therapeuten stellen herhaaldelijk expliciet dat de doelvaardigheid zich leent voor toepassing in vele leefsituaties.

c. Om te voorkomen dat het betreffende gedrag na afloop van de therapie uitdooft door het uitblijven van bekrachtiging worden een aantal maatregelen genomen (zie 5.2.8) die de kans vergroten dat uitvoering van het gedrag intrinsieke bekrachtiging en onderbroken extrinsieke bekrachtiging oplevert.

5.4 Het programma in cognitief sociaal-leertheoretisch perspectief

Zoals gesteld in 2.3 en 4.1 dienen vaardigheidstherapieën gericht te zijn op het creëren van condities waaronder cliënten 'vaardiger' worden: bruikbare gedragspatronen tot hun beschikking krijgen, realistische verwachtingen ontwikkelen omtrent de gebruikswaarde (effectiviteit) van deze gedragspatronen en eveneens realistische verwachtingen ontwikkelen omtrent de eigen competentie tot uitvoering van dat gedrag. Responsinformatie en responsuitkomstinformatie worden aangereikt in modeling-procedures (zie 4. en 5.3.1) en aangevuld en/of gecorrigeerd in cliënt's gedragsoefeningen, waarin gebrekkige en/of foutieve informatie-verwerking aan het licht kan treden.

5.4.1 Nadruk op competentie-verwachtingen

Hoewel de beschikbaarheid van respons- en responsuitkomstinformatie een voorwaarde is voor adequate uitvoering van een respons, is daadwerkelijke gedragsverandering vooral afhankelijk van de ontwikkeling van het geloof tot uitvoering van bepaalde gedragspatronen in staat te zijn (zie 2.3). De persoonlijke competentie-verwachting bepaalt niet alleen of een individu een poging onderneemt tot uitvoering van de interpersoonlijke activiteit en hoeveel energie hij in die poging investeert, doch bepaalt eveneens de kwaliteit van het gedrag zelf. Een geringe competentie-verwachting verhoogt de sociale angst en reduceert daardoor de kwaliteit van de verrichtingen; de feitelijke verrichtingen bevestigen op hun beurt weer cliënt's lage competentie-verwachtingen. Het is deze zichzelf in stand houdende en zichzelf versterkende wisselwerking tussen cognities en feitelijk gedrag die in een vaardigheids-therapie doorbroken dient te worden.

Er dienen dan ook condities te worden gecreëerd c.q. interventies plaats te vinden, die een opwaartse spiraal-beweging in deze kringloop teweegbrengen. Elke gedragsverandering die als een verbetering beschouwd kan worden dient aangewend te worden tot ophoging van de competentie-verwachting en elke verhoging van de competentie-verwachting dient te worden benut om meer adequaat gedrag tot stand te brengen.

Is de competentie-verwachting eenmaal verhoogd, dan dient meer aandacht besteed te worden aan zijn generaliteit en sterkte (cf. Bandura's onderscheid: magnitude, generality en strength).

5.4.2 Verhoging van competentie-verwachtingen

Het therapie-programma beoogt verhoging van competentie-verwachting door

a. Cliënten te informeren over hun feitelijke competentie.

Een eerste ervaring die elke cliënt opdoet bij de start van een vaardigheidstherapie is dat hij ontdekt, dat hij enkele discrete elementen van het te leren gedragspatroon reeds beheerst. Hij hoeft als het ware sommige leerpunten al niet meer te leren. Deze informatie verhoogt zijn competentie-waardering: wat anderen nog moeten leren, heeft hij reeds in zijn mars. Dit soort ervaringen zijn niet beperkt tot de aanvang van de therapie, maar treden voortdurend op. Elk model toont gedrag, waarvan de cliënt een deel reeds tot zijn gedragsrepertoire kan rekenen. In elke instructie bij gedrags-oefeningen zitten dergelijke elementen. Bekrachtiging, zowel door therapeuten als door mede-cliënten, kan in dit perspectief geherdefinieerd worden tot het aanreiken van informatie aan de cliënt betreffende zijn competentie. Dit is vooral van belang voor cliënten die weinig oog hebben voor hun feitelijke competentie en/of sterk gepreoccupeerd zijn met hun tekorten.

Een uitstekend middel om beschikbaar gedrag te benutten als middel ter verhoging van competentie-verwachtingen, is het model-staan voor een mede-cliënt. Er is immers altijd wel iets dat de protagonist van zijn model wil overnemen.

b. Beïnvloeding van verwachtingen van competentie-toename.

Elke cliënt merkt dat zijn hoofdbehandelaar/verwijzer, de therapeuten die de vaardigheidstherapie uitvoeren en de deskundige die de video-voorbeelden inleidt er alle vertrouwen in hebben dat hij de doelvaardigheid in 4 weken zal leren beheersen. Dat beïnvloedt de verwachting van de cliënt dat hij competent zal worden in positieve zin, en deze verwachting is met name bepalend voor de inspanningen die de cliënt zich zal getroosten om aan gestelde eisen te voldoen.

De verwachting van competentie-toename wordt ook bevorderd door het tonen van video-contrast-paren (zie 4.2.3), die demonstreren hoe een realistisch referentie-model na herkenbaar te falen toch in staat blijkt tot adequate uitvoering van het gewenste gedragspatroon, en vervolgens door het zien van vooruitgang bij medecliënten.

c. Intensieve begeleiding van gedragsoefeningen.

Terwijl verhoogde competentie-verwachtingen en een verhoogde bereidheid tot het leveren van inspanningen reeds bijdragen aan de kwaliteitsverbetering van het gedrag (in rollenspel) vindt aanvankelijke toepassing van dat gedrag steeds plaats onder gedetailleerde instructies, toezeggingen van steun, aanmoedigingen. Deze intensieve coaching draagt extra bij tot meer adequate uitvoering van het beoogde gedrag. Geslaagde verrichtingen (performance accomplishments) vormen de basis bij uitstek voor een verhoging van de persoonlijke competentie-verwachting.

d. Disconfirmatie van negatieve zelfbeweringen.

Als een cliënt, verbaal of non-verbaal, berichten uitzendt als zou hij toch niet in staat zijn aan gestelde eisen te voldoen, dan worden deze boodschappen verbaal ontkracht (zie 5.2.4), waarna de therapeut zorgt voor 'bewijsmateriaal' voor zijn stellingname door de cliënt te begeleiden in een gedragsoefening. Mede-cliënten worden ingeschakeld om de protagonist van zijn competentie te overtuigen. Ook als de cliënt adequate verrichtingen 'teniet-doet' door deze toe te schrijven aan de begeleiding of aan de meegaandheid van de antagonist wordt additioneel 'bewijsmateriaal' verzameld voor cliënt's competentie.

e. Geleidelijke terugtrekking van begeleiding.

Zolang de cliënt succesvolle uitvoering van het doelgedrag kan toeschrijven aan de steun en directieven van de therapeut zullen zijn verrichtingen in onvoldoende mate bijdragen aan zijn competentieverwachting. Geleidelijk wordt er daarom in het behandelingsprogramma toegewerkt naar performances waarbij de cliënt meer op zichzelf is aangewezen. De overgang van imiterend naar anticiperend rollenspel, en de overgang van anticiperend rollenspel naar huiswerkopdrachten zijn daarvan voorbeelden.

5.4.3 Generalisatie van competentie-verwachtingen

Competentie-verwachtingen hebben een zekere mate van specificiteit (Bandura, 1977). Zo kunnen zij betrekking hebben op welomschreven gedragingen in specifieke situaties. Het therapie-programma bevat een reeks elementen die gericht zijn op het generaliseren van competentie-verwachtingen naar een veelheid van situaties buiten de therapie-setting. Deze elementen zijn reeds puntsgewijs besproken als elementen van transfer-training (zie 5.3.4, ad a en b). Ook de geleidelijke toepassing van de doelvaardigheid op moeilijker situaties draagt bij aan de hier bedoelde generalisatie.

5.4.4 Versterking van competentie-verwachtingen

Zwakke competentie-verwachtingen doven snel uit door disconfirmerende ervaringen. Het therapie-programma kent diverse maatregelen ter behoud c.q. versterking van competentie-verwachtingen:

- a. het reconstruerend rollenspel als middel om cliënten te laten ervaren dat één mislukking nog niet onherroepelijk voortdurende mislukking betekent;
- b. de ontkoppeling van responsuitkomsten en competentie. De cliënten wordt bij voortduring voorgehouden dat gedrag wat niet oplevert wat men ervan verwacht nog geen inadequaat gedrag hoeft te zijn (zie 5.2.9);
- c. de maatregelen die in 5.2.8 zijn beschreven en gedefinieerd als toewerken naar onderbroken bekrachtiging en intrinsiek bekrachtigende uitvoeringsvormen van het doelgedrag;
- d. het bewerkstelligen van zoveel mogelijk oefening van de doelvaardigheid tijdens de therapie en het aandringen op zoveel mogelijk toepassing ervan in buitensituaties (ook na afloop van het therapie-programma). Herhaalde succesvolle toepassing zal de competentie-verwachting resistenter maken tegen een enkele ervaring, die in strijd is met de competentie-verwachting.

6. DE ONTWIKKELING VAN VAARDIGHEIDSMETERS (SKIMS)

In dit hoofdstuk worden de constructie en het onderzoek naar de betrouwbaarheid en validiteit beschreven van een serie meetinstrumenten voor interpersoonlijke vaardigheden: Skims (skillmeters). Aanleiding tot het ontwikkelen van deze batterij is geweest het ontbreken van geschikte instrumenten om de effecten van de ontwikkelde vaardigheids-therapieën op (on)vaardigheid op efficiënte wijze te meten.

De keuze van de 9 vaardigheden is gebaseerd op een onderzoek naar interpersoonlijke gedragsexcessen en -tekorten bij een RIAGG-cliëntenpopulatie (hoofdstuk 3). In dat onderzoek is gebruik gemaakt van een Nederlandse versie van de Interpersonal CheckList (ICL), gebaseerd op de roos van Leary (Leary, 1957; LaForge en Suczek, 1955; Diekstra, 1972). Deze vragenlijst heeft echter niet de pretentie sociale vaardigheden te meten.

Weliswaar zijn er in het Nederlandse taalgebied meerdere vragenlijsten in omloop ter bepaling van assertiviteit en/of sociale vaardigheden, zoals de Assertiviteitsschaal van Rathus (1973), de Assertiviteitslijst van Wolpe en Lazarus (1966) en de Primulaschaal van Schouten (1977), doch deze zijn niet of nauwelijks gevalideerd, noch meten zij specifieke interpersoonlijke competenties (responsklassen of vaardigheden). In 2 nieuwe lijsten, de Assertiviteitsschaal van Brinkman (Brinkman en Hox, 1977; Brinkman, 1977) en de Schaal voor Interpersoonlijk Gedrag (Arrindell, De Groot en Walburg, 1980) wordt wel onderscheid gemaakt tussen diverse responsklassen, die bovendien voor een deel overeenkomen met de bovengenoemde 9 vaardigheden. Aan de

normering en validering van deze schalen wordt gewerkt. Er is overwogen (delen van) deze lijsten aan te wenden ten behoeve van de effect-studies bij Goldsteintherapieën. Ervaringen met de doelgroep, cliënten uit lagere sociaal-economische klassen, hebben echter meermalen uitge-wezen dat deze mensen grote moeite hebben met en begeleiding en uitleg nodig hebben bij invulling van vragenlijsten waarin uitspraken en ant-woordcategorieën voorkomen van het type: 'Iemand, die al eerder van mij heeft geleend en zelden of nooit iets teruggeeft, weiger ik met opgaaf van redenen verder iets te lenen', geheel van toepassing, etc. (ASS) en 'Er op aandringen dat iemand zijn/haar aandeel levert in een gemeenschappelijke taak' (SIG). Besloten is dan ook een serie 'vaardigheidsmeters' te ontwikkelen, afgestemd op het pakket opgenomen interpersoonlijke vaardigheden en op het taalgebruik van de doelgroep.

6.1 De constructie

Bij de opstelling van de Skim-items is als volgt te werk gegaan. Per vaardigheid zijn 50 à 60 'klachten' verzameld door aan + 25 cliënten, aangemeld voor deelname aan een specifieke vaardigheids-therapie, te vragen: 'U gaat meedoen aan een groep om te leren (naam van de vaardigheid). Wat is uw probleem met; wat vindt u daar moeilijk aan?'. Ten hoogste drie uitspraken per cliënt zijn genoteerd, in zo letterlijk mogelijke bewoordingen.

6.1.1 Item-constructie

Uit de aldus verzamelde uitspraken is een selectie gemaakt; van meerdere malen gedane uitspraken is er steeds één gekozen; individu-of situatie-specifieke uitspraken zijn buiten de selectie gehouden. Geïnspireerd door Shapiro's constructiewijze van 'Personal Questionnaires' (Shapiro, 1961) zijn van elk van deze 'ziek'-uitspraken een 'half-beter'- en een 'beter'-uitspraak afgeleid. Zo zijn van de (ziek-)uitspraak 'Ik weet me nooit een houding te geven' de uitspraken

'Ik weet me soms geen houding te geven' (half-beter) en 'Ik weet me meestal wel een houding te geven' (beter) afgeleid, die vervolgens in één drie-keuze-item in de betreffende Skim zijn opgenomen:

- Ik weet me 0 nooit een houding te geven
 0 soms geen houding te geven
 0 meestal wel een houding te geven.

Bij de diverse items is de 'ziek-uitspraak' een aantal malen als eerste, dan weer als derde alternatief geplaatst.

Deze werkwijze is gevolgd bij elk van de 9 interpersoonlijke vaardigheden. De 9 voorlopige Skims bevatten elk 14 tot 22 drie-keuze-items, die betrekking hebben op meerdere modaliteiten (gedrag, cognities, emoties).

6.1.2 Factor-analyses

De aldus geconstrueerde 9 voorlopige Skims zijn afgenomen bij groepen veertigjarige Maastrichtse mannen. Principale factoren-analyses over de 9 item-lijsten afzonderlijk levert in 5 gevallen één factor op met een eigenwaarde groter dan 1.0, in 4 gevallen twee factoren (zie tabel 6.1). In deze 4 gevallen is varimax rotatie uitgevoerd.

Tabel 6.1 Principale factoren-analyses over de 9 voorlopige Skims.

	Voorlopige Skims								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
aantal items	17	14	16	18	22	14	14	21	18
aantal respondenten	156	156	156	156	156	226	226	156	156
aantal factoren met eigenwaarde \geq 1.0	1	2	1	2	2	1	1	2	1
% verklaarde variantie F 1 ¹	45.3	26.4	34.4	20.0	16.4	42.7	38.7	26.2	31.7
% verklaarde variantie F 2	-	12.9	-	12.8	14.5	-	-	13.3	-

¹ Bij 2 factoren is de verklaarde variantie van geroteerde factoren weergegeven.

De eerste factor blijkt bij alle 9 Skims gekenmerkt te worden door hoge ladingen van items die de mate uitdrukken waarin men zich (niet) in staat voelt, het (niet) moeilijk vindt, (niet) bang of onzeker is, het (niet) vermijdt de betreffende interpersoonlijke activiteit uit te voeren. In die gevallen waar een tweede factor is gevonden (luisteren, reageren op kwaadheid, uiten van kwaadheid, opkomen voor je mening) blijkt het steeds te gaan om uitspraken over de mate waarin men al of niet tot adequate uitvoering van de interpersoonlijke activiteit gehinderd wordt door irritatie, ongeduld of (onbeheerste) kwaadheid.

6.1.3 A- en B-Skims

Besloten is op grond van deze data de definitieve Skims vast te stellen: 9 A-Skims (de subassertiviteits-/onvaardigheidsdimensie) en 4 B-Skims (de agressieve dimensie), elk bestaande uit 5 à 7 items.

Per Skim zijn die items opgenomen die de hoogste ladingen vertonen op de betreffende factor. Het aantal items (5, 6 of 7) is afhankelijk gesteld van de relatieve homogeniteit van de ladingen (zie tabel 6.2; de Skims zelf zijn als bijlagen 3 en 4 opgenomen).

Tabel 6.2 Aantal items met factorladingen per Skim.

Vaardigheden	A-Skims		B-Skims	
	aantal items	factorladingen van ... tot...	aantal items	factorladingen van ... tot...
1. een praatje maken	7	.77 - .70	-	-
2. luisteren	7	.72 - .54	7	.70 - .36
3. iets bepraten	6	.81 - .65	-	-
4. reageren op kwaadheid	6	.70 - .53	5	.77 - .41
5. uiten van kwaadheid	7	.74 - .51	7	.69 - .46
6. uiten van genegenheid en waardering	7	.72 - .67	-	-
7. reageren op genegenheid en waardering	6	.78 - .65	-	-
8. opkomen voor je mening	7	.69 - .60	6	.78 - .43
9. tegen anderen ingaan	5	.72 - .69	-	-

De Skim-scores worden vastgesteld door elk item de score 0, 1 of 2 toe te kennen, respectievelijk voor de keuze van de ziek-, de half-beter- of de beter-uitspraak en deze itemscores te sommeren.

Een factor-analyse over de 13 Skim-scores van 226 veertigjarige Maastrichtse mannen bevestigt de aanwezigheid van twee typen (on-)vaardigheid in de batterij: twee factoren met eigenwaarden groter dan 1.0 verklaren respectievelijk 56.8 en 11.7% van de variantie.

Na varimax-rotatie wordt de eerste factor gekenmerkt door hoge ladingen van de 9 A-Skims (tussen .86 en .62) en lagere ladingen van de 4 B-Skims (.43 tot .12), terwijl de tweede factor hoge ladingen van de B-Skims, van .82 tot .53, en lage ladingen van A-Skims kent (tussen .41 en .09).

6.2 Betrouwbaarheid en stabiliteit

Van elk van de 13 definitieve Skims, afgenomen bij de eerdergenoemde veertigjarigen, is de betrouwbaarheid bepaald in de zin van een coëfficiënt van item-consistentie: Cronbach's alpha. Deze blijkt te variëren van .73 tot .89 (zie tabel 6.3).

Tabel 6.3 Interne consistenties (Cronbach's alpha) en test-hertest-correlaties (Pearson) met een interval van 6 à 7 maanden.

Skins	N	Int. cons. (alpha)	gemiddelden		test-hertest corr. (Pearson)	
			1e meting	2e meting		
1A	156	.89	115	11.2	11.1	.83
2A	156	.84	115	12.0	11.9	.84
2B	156	.73	115	10.6	10.5	.80
3A	156	.83	115	9.6	9.6	.78
4A	156	.79	115	8.5	8.6	.78
4B	156	.73	115	6.3	6.6	.68
5A	156	.79	115	8.4	8.7	.76
5B	156	.80	115	9.9	10.4	.77
6A	226	.86				
7A	226	.87				
8A	156	.84	111	10.3	10.7	.80
8B	156	.77	111	8.1	8.6	.73
9A	156	.81	111	7.2	7.2	.75

In deze tabel zijn tevens test-hertest-correlaties opgenomen van 11 van de 13 Skims (de 2 ontbrekende Skims zijn op het moment van de hertest voor het eerst afgenomen). Tussen de eerste en de tweede afname van de 11 Skims ligt een periode van 6 à 7 maanden; daarmee is in sterke mate ook de stabiliteit van het meetobject in het geding. De Pearson-correlaties tussen de beide metingen liggen tussen .68 en .84. Skim 4B blijkt qua betrouwbaarheid en stabiliteit de relatief zwakste schaal.

6.3 Criteria voor de validiteit

Betekent een hoge Skim-score daadwerkelijk dat men adequater gedrag vertoont of betekent het 'slechts' dat men subjectief meer overtuigd is van de eigen competentie? Manifesteert de 'ervaren-vaardigheid' zich in voor derden waarneembaar adequater gedrag? Antwoord op deze validiteitsvraag kan verkregen worden door van een aantal individuen Skim-scores en ter zake doende gedragsobservaties te verzamelen en aan elkaar te relateren. Op soortgelijke wijze zijn zelfbeschrijvingen van interpersoonlijk gedrag gevalideerd door Eisler, Miller, Hersen (1973), Burkhart, Green en Harrison (1979), Bourque en Ladouceur (1979), Rathus (1973), Galassi, Hollandsworth, Radecki, Gay, Howe en Evans (1976), Callner en Ross (1976), Williams en Ciminero (1978), Barlow, Abel, Blanchard, Bristow en Young (1977), Heimberg, Harrison, Goldberg, DesMarais en Bleu (1979), Skillings, Hersen, Bellack en Becker (1978) en Gambrill en Richey (1975). Zij allen rapporteren een positieve relatie tussen scores op een zelfrapporterende vragenlijst en geobserveerd overt gedrag. Geen of nauwelijks enige relatie vinden daarentegen Gorecki, Dickson, Anderson en Jones (1981), Farrell, Mariotto, Conger, Curran en Wallander (1979), Steffen en Redden (1977), Wessberg, Mariotto, Conger, Farrell en Conger (1979), Alden en Cappe (1981) en Borkovec, Fleishman en Caputo (1973). Zelfbeschrijvingen omtrent interpersoonlijke competentie zijn kennelijk niet steeds in dezelfde mate

in staat het criterium-gedrag te voorspellen.

6.3.1 Criterium-validiteit van gedragsobservaties

Sommige auteurs uiten twijfels over de validiteit van het criterium-gedrag, zoals dat in diverse studies is geoperationaliseerd. Lipinsky en Nelson (1974b) wijzen erop, dat elke vorm van observatie, waarbij de proefpersoon op de hoogte is van het feit dat hij geobserveerd wordt, een vertekening van de werkelijkheid betekent door de reactieve invloed van het zich geobserveerd weten op het te observeren gedrag. Observatie van het interpersoonlijk gedrag door externe beoordelaars vindt zelden plaats in de (voor de proefpersoon) natuurlijke omgeving. Als nadelen daarvan worden vooral genoemd het tijdsintensieve karakter van een dergelijke onderneming (Lipinsky en Nelson, 1974a) en het gebrek aan controle over diverse condities (McFall, 1977). Meestal neemt men zijn toevlucht tot observaties van gedrag in geënceneerde (laboratorium-) situaties, waarbij een gestandaardiseerde situatie 'live' met behulp van voorgeprogrammeerde tegenspelers of middels bandopnamen (video of audio) aan proefpersonen wordt aangeboden (Van Son, 1978). McFall (1977) is van mening, dat deze 'simulaties' steeds een compromis met de werkelijkheid betekenen.

Een aantal auteurs heeft de relatie tussen gedrag in de natuurlijke omgeving en gedrag in simulaties expliciet onderzocht. Terwijl Borgatta (1955), Kreitler en Kreitler (1968) en Stanton en Litwak (1955) significante correlaties van sterk variërende grootte rapporteren, melden Bellack, Hersen en Turner (1978), Bellack, Hersen en Lamparski (1979), Higgins, Alonso en Pendleton (1979), McFall en Marston (1980) en Van Hasselt, Hersen en Bellack (1981) geringe of vooralsnog onduidelijke relaties.

Verschillende auteurs wijzen op aan de onderzoeks-opzet gebonden factoren die een storende invloed zouden hebben op de bevindingen, zoals het realiteitsgehalte van de simulatie (soms wordt de proefpersoon gevraagd zich 'voor te stellen' dat hij zich in een nader beschreven situatie bevindt), het gehanteerde observatie-schema, de instructies, de context, de mate waarin er sprake is van 'demand characteristics', de uitgebreidheid en dergelijke (Eisler, Hersen, Miller en Blanchard,

1975; Galassi en Galassi, 1976; Nietzel en Bernstein, 1976; Fiedler en Beach, 1978 en Higgins, Alonso en Pendleton, 1979).

6.3.2 Keuze voor simulaties

Het is duidelijk dat het vaststellen van gedragskenmerken van hoog- en laag-scoorders op Skims een gedegen onderzoeks-opzet vereist. Bij beperkte middelen en tijd is de voorkeur uitgegaan naar relatief uitgebreid onderzoek naar de validiteit van enkele Skims boven summier onderzoek over alle Skims in de batterij.

Gekozen is voor simulaties in het laboratorium omdat (a) deze minder tijdsintensief zijn dan observaties in de natuurlijke omgeving, (b) omdat daarin de interpersoonlijke situaties voor alle proefpersonen constant gehouden kunnen worden en (c) omdat de verrichtingen van de proefpersonen gemakkelijker op video kunnen worden vastgelegd, hetgeen ten goede kan komen aan de kwaliteit van de gedragsbeoordelingen (op een later tijdstip, met mogelijkheid van herhaalde observatie). Deze voordelen gelden in versterkte mate voor video-simulaties waarbij de interpersoonlijke situaties tevoren op video zijn vastgelegd en aldus gestandaardiseerd aan proefpersonen worden aangeboden. Ook de genoemde twijfels aan de criterium-validiteit zijn echter in sterker mate van toepassing op video-simulaties dan op live-simulaties. Besloten is daarom in eerste instantie zowel video- als live-simulaties te ontwikkelen. Als beide typen simulaties overeenkomstige gedragingen (gedragsverschillen) opleveren, kan in tweede instantie genoeg worden genomen met video-simulaties.

6.3.3 Keuze van criteria

Criteria bij uitstek voor de validiteit van de Skims zijn verschillen in overt interpersoonlijk gedrag tussen hoog- en laag-scoorders in de simulaties. Deze gedragskenmerken dienen door onafhankelijke observatoren te worden vastgesteld aan de hand van een observatie-schema dat kwantitatieve, kwalitatieve, globale en specifieke vragen en uitspraken over het betreffende gedrag omvat.

Daarnaast zijn angstmetingen van belang. Angst is immers nauw gerelateerd aan ervaren interpersoonlijke onvaardigheid (zie 2).

Lick en Katkin (1976) omschrijven angst als een respons-complex van verbale uitingen van vrees, verhoogde activiteit in het sympathische deel van het autonome zenuwstelsel, vermijdingsgedrag en gereduceerde gedragsefficiëntie. In deze brede definitie maken overte gedragskenmerken deel uit van het respons-complex 'angst'. In eerder bedoelde, engere zin spreekt o.a. Spielberger (1972) van 'state'-anxiety als een voelbare en voorbijgaande emotionele toestand of conditie die gekarakteriseerd wordt door gevoelens van gespannenheid en vrees en verhoogde activiteit van het autonome zenuwstelsel. Deze 'state'-angst onderscheidt hij van 'trait'-angst, die hij beschouwt als een relatief stabiel persoonskenmerk, een predispositie om met een verhoogd niveau van state-angst te responderen in stressvolle situaties.

In de meeste definities van angst speelt ook de fysiologische component een rol. Bij herhaling is echter aangetoond, dat er weinig samenhang bestaat tussen gelijktijdig gemeten niveau's van fysiologische, motorische en verbale uitingen van angst (Lang, 1971).

6.3.4 Angst en hartslagfrequentie

Theunissen (1980) heeft een literatuurstudie uitgevoerd naar de psychofysiologische aspecten van emoties, toegespitst op de relatie tussen angst en hartslagfrequentie. Hij constateert daarin dat de hartslagfrequentie naast zweetsecretie en de galvanische huidrespons vaak gehanteerd wordt als index van verhoogde fysiologische activiteit. Karakteristiek voor de hartslag zijn in deze labiliteit en excessieve toename ten gevolge van 'minimale stimulatie' zoals voedselinname, lichamelijke inspanningen en emoties. Theunissen stelt dat er aanwijzingen zijn dat

- toename van de hartslagfrequentie de enige fysiologische variabele is die significant correleert met zelfrapportages van angst,
- toename van de hartslagfrequentie ook gevoelens van angst kan oproepen,
- zowel nieuwe, als vreemd ervaren stimuli als conceptuele taken als schade-toebrengende stimuli de hartslagfrequentie kunnen doen toenemen,

- deze toename echter ook afhankelijk is van de definitie van de situatie door het individu,
- de hartslagfrequentie daalt als de aandacht op de omgeving gericht is zonder dat het individu zich daarbij betrokken voelt,
- bij dreiging met een elektrische schok de toename van de hartslagfrequentie groter is bij individuen die tevoren te kennen gaven bang te zijn voor een dergelijke schok,
- hoge-trait-angstigen bij bepaalde stimuli (anagram-taken b.v.) een grotere toename van de hartslagfrequentie vertonen dan laag-trait-angstigen, doch dat dit bij andere stimuli (o.a. dreiging met schok) niet geldt,
- onder condities als dreiging met falen of afwijzing hoge-trait-angstigen wel reageren met hogere zelfrapportages van angst, doch niet met hogere hartslagfrequentie,
- hoge-trait-angstigen onder rustcondities een hogere hartslagfrequentie vertonen dan laag-trait-angstigen.

Eisler (1976) stelt dat fysiologische arousal in interpersoonlijke situaties soms als angst dan weer als prettige opwindning wordt ervaren en dat hoogvaardig interpersoonlijk gedrag bij sommigen gepaard gaat met verhoogde fysiologische activiteit, bij anderen juist met een laag niveau. Twentyman en McFall (1975) hebben bovendien in een simulatie-experiment geconstateerd dat vermijdingsgedrag in een interpersoonlijke situatie de hartslagfrequentie weer reduceert.

De relatie tussen angst en hartslag is kennelijk buitengewoon complex en laat nauwelijks toe voorspellende uitspraken te doen over de samenhang tussen de diverse responssystemen, noch over de in de simulaties te verwachten toename van de hartslagfrequentie.

Dat maakt het verzamelen van angstindices in de geplande simulatie echter niet minder interessant. Besloten is tijdens de simulatie de hartslag te registreren, de subjectieve 'state'-angst te meten en de sociale angst-als-dispositie te bepalen.

6.4 Opzet eerste validiteitsstudie

Besloten is een groep hoog- en laag-scoorders op Skim 1 (een praatje maken) in een drietal simulaties te brengen, een 'live-simulatie' en twee 'video-simulaties', en hun verrichtingen op video-banden vast te leggen om observatie door onafhankelijke beoordelaars op een later tijdstip mogelijk te maken. Tevens is gekozen voor drie angstmetingen: sociale (trait-)angst, (subjectieve) state-angst en hartslagregistratie.

6.4.1 De simulaties

Voor de *live-simulaties* is een 'wachtkamer' ingericht (12 m²), afgezet met kamerschotten. Twee van de zes zitplaatsen worden bezet door een jonge man en een jonge vrouw (niet naast elkaar); de vrouw leest in een tijdschrift. Deze 'stooges' (geïnstreueerde rollenspelers/medewerkers van de onderzoekers) hebben de opdracht geen initiatief te nemen tot een conversatie, doch welwillend en kort te reageren als zij worden aangesproken. De proefpersoon krijgt de opdracht naar de wachtkamer te gaan en 'een praatje te maken op een manier waarop u dat anders ook zou doen'. Als de proefpersoon te kennen geeft nooit een praatje te maken onder dit soort (wachtkamer-)omstandigheden, krijgt hij van de proefleider de reactie: 'Stel dat u vandaag wel zin hebt om een praatje te maken'. Een grotendeels achter de kamerschotten opgestelde bemande videocamera registreert de verrichtingen van de proefpersoon. De proefleider beëindigt de simulatie na 3 minuten.

De video-simulaties zijn als volgt opgezet.

De proefpersoon staat 2½ meter voor een videoscherm. In de eerste simulatie ziet hij een echtpaar, druk doende vakantie-folders te raadplegen en vakantie-mogelijkheden te bespreken. Als de bel gaat, opent de man de deur; het blijkt de buurman te zijn die een startkabel voor zijn auto komt lenen. De man-des-huizes verdwijnt uit beeld, op zoek naar de startkabels, zijn echtgenote met de buurman in de huiskamer achterlatend. Vanaf dat moment wordt de video-scène een aantal malen onderbroken door een 'grijs vlak'. De proefpersoon heeft tevoren de

instructie gekregen om tijdens het grijze vlak 'te reageren zoals hij zou reageren als hij de buurman was'. De vrouw in de scène laat het initiatief duidelijk aan de buurman.

Ook in de tweede video-situatie wordt gebruik gemaakt van een video-scène met tussentijdse grijze beelden. Ditmaal betreft het een scène in een café. De proefpersoon wordt gevraagd 'te reageren zoals hij zou reageren als hij de man was die nu binnenkomt'. De binnenkomende klant vindt een plaatsje aan de bar, bestelt wat, kijkt naar de klanten (mannen) die naast hem zitten, waarna het eerste grijze beeld verschijnt. Zowel de buurman als de barbezoekers zijn veertigers.

Voordat de proefpersonen de proefruimte betreden, wordt hen verteld dat 'er in die ruimte een camera is, die alles opneemt; hij staat wat verdekt opgesteld, om niet te veel te hinderen; let u daar maar niet op'.

6.4.2 Proefpersonen

Skim 1 is (tezamen met een aantal andere vragenlijsten) afgenomen bij 72 veertigjarige Maastrichtse mannen. Eerder was onder mannelijke veertigers een gemiddelde score van 11.0 met een standaarddeviatie van 3.0 op deze Skim vastgesteld (bijlage 3). Na 2 maanden zijn 20 maximumscoorders (score 14) en 20 'laag-scoorders' (score-gemiddelde 8.0) uitgenodigd om deel te nemen aan de validiteitsstudie. Hen wordt meegedeeld dat het onderzoek 'is gericht op de wijzen waarop mensen met elkaar omgaan'.

6.4.3 Angstmetingen

Meting van de sociale-angst-als-'trait' vindt plaats m.b.v. de Sociale Angst Schaal van Willems, Tuender-de Haan en Defares (1973), die betrouwbaar en valide wordt geacht. Willems c.s. (1973) hebben bij een 6-tal proefgroepen interne (KR .20) consistenties tussen .75 en .91 aangetoond en in een experimentele situatie, waarin 32 hoog- en 32 mannelijke laag-scoorders kennis maakten met een hen onbekend meisje, gevonden dat hoog-sociaal-angstigen zich angstiger voelen en door observatoren als angstiger worden gepercipieerd.

Subjectieve 'state'-angst wordt gemeten met behulp van een angst-thermometer (Walk, 1956), waarvan de nulwaarde verwijst naar 'afwezigheid van enige angst of onrust' en 100 naar 'zeer hoge angst, paniek'. De proefpersonen geven daarop direct na het 'live'-wachtkamer-praatje en na de videotaak aan hoeveel angst deze situaties bij hen hebben opgeroepen.

De hartslagregistratie vindt plaats via aanbrenging van drie elektroden op het bovenlichaam van de proefpersoon, verbonden met een om de heup geriemde kleine recorder, die op batterijen werkt en de bewegingsvrijheid niet belemmert. Een cardiometer meet de afstand tussen de p-toppen (de elektrische uitdrukkingen van de boezemcontracties) van het electrocardiogram en drukt deze uit in termen van slagen per minuut. Over elke gewenste periode kunnen gemiddelden, minima en maxima, e.d. worden berekend. Om de relatieve verhoging van de hartslagfrequentie te kunnen berekenen, worden de proefpersonen na afloop van de simulaties in een kamer afgezonderd en uitgenodigd om in een relaxatie-fauteuil plaats te nemen onder de mededeling dat 'het erop zit; het is de bedoeling dat u zich nog een paar minuten zo goed mogelijk ontspant'. De gemiddelde hartslag gedurende de vijfde minuut van deze 'rustperiode' zal als referentiepunt dienen voor de vaststelling van de verhoging tijdens de simulaties.

6.4.4 Gedragsbeoordelingen

Twee slechts zijdelings over het doel van het onderzoek geïnformeerde gedragswetenschappers observeren achteraf en onafhankelijk van elkaar de video-opnamen van de verrichtingen van de 35 proefpersonen en beoordelen deze verrichtingen aan de hand van observatielijsten. De aan de observatoren voorgelegde vragen zijn zeer uiteenlopend van aard en variëren van aantal gesproken woorden, duur van de pauzes, motoriek (friemelen handen, knipperen ogen), keuze van zitplaats, keuze van gesprekspartner, gespreksonderwerp, tot 3 à 5-puntsschalen over levendigheid, activiteit, e.d. Voorbeelden van observatie-items treft men aan in tabel 6.4. Een groot aantal van deze komt zowel in de wachtkamer-, als in de huiskamer- en café-observatielijst voor. Over het gedrag tijdens de video-simulaties worden per grijs-beeld-periode (te

weten 10 tijdens de huiskamerscène, 6 tijdens de cafésène) een aantal standaardvragen aan de observatoren voorgelegd.

6.4.5 Data-verwerking

De gedragsobservaties worden per item onderworpen aan een toets op de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid. Bij een significante ($p < .01$) Kendall's tau van .50 of hoger zal de overeenstemming tussen de beide beoordelaars voldoende worden geacht.

De scores op de items die voldoende betrouwbaar zijn, worden gestandaardiseerd en vervolgens gesommeerd (onvoldoende betrouwbare items worden verder genegeerd), waarna met behulp van de Mann-Whitney-U-test per item wordt berekend of hoog- en laagscorders op de Skim significant verschillen. Factor-analyse over de items waarbij dat het geval is, kan steun bieden bij de interpretatie van het dan voorliggende materiaal. Over de wachtkamer- en de videoperiode, alsook over de vijfde minuut van de rustperiode worden de gemiddelde hartslag-frequenties berekend. Omdat de hartslag-frequentie zich, evenals andere fysiologische variabelen, steeds beweegt tussen een per individu verschillende range is het nodig de ruwe verhoging te corrigeren voor deze range (Lykken, Rose, Luther en Maley, 1966).

Over de voor individuele spreiding (range) gecorrigeerde gegevens wordt vastgesteld of er verschil is tussen hoog- en laag-Skim-scoorders. Volgens de wet op de initiële waarden kan de verhoging van de hartslag-frequentie beïnvloed worden door de uitgangs(rust) waarde: bij een hogere rustwaarde zal er een geringe stijging optreden. Mocht uit een negatieve correlatie tussen rust- en test-waarden blijken, dat deze wet van toepassing is, dan zal de veranderingsscore gecorrigeerd worden tot een 'autonomic lability score' volgens de formule van Lacey (Johnson en Lubin, 1972). Vastgesteld wordt of hoog- en laag-scoorders op de vaardigheidsmeter significant verschillen op de Sociale Angstschaal en de Angstthermometerscores.

Pearsoncorrelaties tussen S.A.-scores, Angstthermometer- en hartslag-gegevens worden berekend, teneinde inzicht te geven in de samenhang tussen de angstindicatoren.

6.5 Resultaten

Van de 40 aangezochte proefpersonen (zie 6.4.2) hebben er 35 aan de uitnodiging gevolg gegeven: 19 laag-scoorders en 16 hoog-scoorders.

6.5.1 Gedragsbeoordelingen

Over de wachtkamer-verrichtingen van de 35 proefpersonen hebben 2 observatoren 53 uitspraken gedaan. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid blijkt aan de gestelde norm (Kendall's tau $\geq .50$, $p \leq .01$) te voldoen bij 26 van de 53 items. Twee 'observaties' zijn slechts door één observator uitgevoerd: een telling van het aantal spreekbeurten en een telling van het aantal geproduceerde woorden. Zowel de 2 laatstgenoemde items als 19 van de 26 betrouwbare items, waarvan de scores per observator gestandaardiseerd en vervolgens gesommeerd zijn, blijken te discrimineren tussen de groep hoog- en laag-scoorders (tabel 6.4).

De resultaten wijzen uit, dat hoog-scoorders in vergelijking tot laag-scoorders in de wachtkamersituatie als meer spontaan, zelfverzekerd, levendig, losjes, open, initiërend en actief gezien worden. Verder zijn hoogscoorders volgens de observatoren minder bang, weten ze zich een betere houding te geven en voelen ze zich meer op hun gemak. Ze maken beter contact, maken een vlotter praatje, zijn meer op de anderen gericht en letten ook meer op de reacties van anderen. Hun opmerkingen zijn behalve levendiger ook talrijker en uitgebreider. Zij laten minder pauzes en stiltes vallen, terwijl deze bovendien korter zijn. Tellingen bevestigen dat er door de hoog-scoorders meer opmerkingen en meer woorden worden geproduceerd. Factor-analyse over de 21 discriminerende items wijst uit dat één factor 71.4% van de totale variantie verklaart (de tweede factor nog slechts 8.0%). De factorladingen van de 21 items variëren van .65 tot .94. Varimax-rotatie over 2 factoren leidt tot een factor 'kwantiteit' en een factor 'kwaliteit' met betrekking tot de vaardigheid in het maken van een praatje.

Tabel 6.4 Betrouwbare en discriminerende uitspraken van observatoren m.b.t. 'een praatje maken'.

Uitspraak ¹	Betrouwbaarheid (Kendall's tau)	Mann-Whitney's U ²
1. Ik vind dat deze proefpersoon in deze scène over het algemeen <u>goed/niet zo goed/helemaal niet goed</u> kontakt maakt.	.57	80.0
2. In deze scène vind ik de proefpersoon over het algemeen <u>best wel/niet zo/helemaal niet spontaan</u> .	.67	73.5
3. In deze scène vind ik de proefpersoon over het algemeen <u>helemaal niet/een beetje wel/wel wat bang</u> om te praten.	.52	78.0
4. In deze scène weet de proefpersoon zich <u>goed/niet zo goed/helemaal niet goed</u> een houding te geven.	.51	82.0
5. In deze scène maakt de proefpersoon <u>vlot/niet zo vlot/helemaal niet vlot</u> een praatje.	.55	75.0
6. In deze scène voelt de proefpersoon zich over het algemeen <u>goed/niet zo goed/helemaal niet goed</u> op zijn gemak.	.58	77.5
7. In deze scène geeft de proefpersoon overwegend <u>zeer levendige/levendige/weinig levendige</u> reacties.	.53	95.0
8. In proefpersoon's praatje komen <u>vrijwel geen/soms/vaak</u> stiltes en langere pauzes voor.	.64	75.0
9. In deze scène geeft de proefpersoon <u>veel/niet zoveel/geen</u> reacties.	.51	100.5
10. In deze scène geeft de proefpersoon <u>uitgebreide/iets uitgebreidere/erg korte</u> reacties.	.50	90.5
11. Zelfverzekerd 1 - 2 - 3 - 4 - 5 timide	.56	87.0
12. Levendig 1 - 2 - 3 - 4 - 5 vlak	.59	67.5
13. Losjes 1 - 2 - 3 - 4 - 5 stroef	.52	62.5
14. Open 1 - 2 - 3 - 4 - 5 gesloten	.60	73.0
15. Aktief 1 - 2 - 3 - 4 - 5 passief	.50	68.5
16. Initiërend 1 - 2 - 3 - 4 - 5 afwachtend	.57	91.5
17. In deze scène is de proefpersoon <u>duidelijk/niet zo/helemaal niet</u> op de anderen gericht.	.51	94.5
18. Proefpersoon let <u>wel/niet</u> op de reactie van de ander.	.65	86.5
19. In het 3-minuten-contact is het <u>minder dan 20 sec./tussen 20 en 90 sec./langer dan 90 sec. stil</u> .	.71	88.5
20. Meer/minder geproduceerde woorden (telling).	n.v.t.	95.0
21. Meer/minder opmerkingen (telling)	n.v.t.	71.5

¹ De antwoord-alternatieven zijn hier weergegeven in de volgorde waarvoor geldt dat het eerste alternatief meer op hogascoorders, het laatste meer op laagascoorders van toepassing is.

² De kritische waarde van U (one-tailed test, $p \leq .05$) is 101 (lagere waarden zijn significant).

Over de verrichtingen tijdens de video-huiskamer-situatie zijn door de observatoren 117 uitspraken gedaan. Dit grote aantal wordt verklaard door het 10-tal grijze vlakken en de serie standaardvragen daarbij. Van deze 117 voldoen er 80 aan de gestelde norm voor de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid. Slechts 4 uitspraken blijken te discrimineren tussen hoog- en laag-scoorders. Voor de video-café-situatie zijn deze aantallen achtereenvolgens 71, 52 en 1. De 5 discriminerende items blijken bovendien deel uit te maken van de serie standaard-vragen per grijs vlak. In 2 van de 5 gevallen betreft het bijvoorbeeld een telling van het aantal woorden. Zo'n telling, 16-maal verricht, blijkt ook 16-maal betrouwbaar, doch slechts 2-maal discriminerend. Om die reden zijn er nauwelijks betekenisvolle conclusies te verbinden aan de gedragsobservaties van de proefpersonen tijdens de video-simulaties.

6.5.2 Sociale angst

De 16 hoog- en 19 laag-scoorders op de Skim is de Sociale Angstschaal van Willems c.s. afgenomen teneinde hun sociale-angst-als-dispositie ('trait') te bepalen.

Het verschil tussen de hoog- en laag-scoorders op de Skim is zeer groot en statistisch significant (zie tabel 6.5). De Skim is duidelijk geassocieerd met sociale angst als dispositie.

Tabel 6.5 SA-scores van hoog- en laag-Skim-scoorders.

	N	Gemiddelde	Stand.dev.	U
hoog-scoorders	16	28.2	12.0	11.0 (p < .001)
laagscoorders	19	58.2	12.9	

6.5.3 Angstthermometer

De proefpersonen hebben 2-maal een angstthermometer ingevuld, waarbij de 'hoeveelheid angst' (0 - 100) is aangegeven (1) 'tijdens het praatje in de wachtkamer' en (2) 'terwijl u bezig was met de video'. Uit tabel 6.6 blijkt, dat hoog-scoorders op de Skim minder angst rapporteerden dan laag-scoorders; dit verschil is significant op .05 niveau

voor wat betreft de live-situatie, maar niet voor wat betreft de video-situatie.

De video-situaties blijken hogere angstthermometerscores op te leveren dan de live-wachtkamersituatie (Wilcoxon matched-pairs signed-ranks test, $p \leq .001$).

Tabel 6.6 Angstthermometerscores van hoog- en laag-Skim-scoorders.

	N	Angstthermometer live-simulatie			Angstthermometer video-simulatie		
		Gemidd.	St.Dev.	U	Gemidd.	St.Dev.	U
hoogscoorders	16	18.1	18.0	93.5 ($p < .05$)	31.9	19.2	120.5 (n.s.)
laagscoorders	19	33.2	25.2		43.2	26.5	

6.5.4 Hartslag

De hartslaggegevens van 17 van de 19 laag-scoorders en van 14 van de 16 hoog-scoorders zijn technisch bruikbaar gebleken (zie tabel 6.7). Van de wachtkamer-, de video (huiskamer en café-) en de vijfde minuut van de rustperiode zijn de gemiddelde hartfrequenties bepaald en gecorrigeerd voor de individuele range volgens de formule:

$$\text{gecorrigeerde score} = 100 \times \frac{\text{gemiddelde score} - \text{minimum score}}{\text{maximum score} - \text{minimum score}}$$

(Lykken c.s., 1966). Alleen in de rustsituatie vertonen laag-Skim-scoorders een relatief grotere verhoogde hartslagfrequentie dan hoog-Skim-scoorders. Het verschil tussen de gemiddelde hartfrequenties tijdens de wachtkamerperiode en de vijfde minuut van de rustperiode is bij hoogscoorders groter dan bij laagscoorders. Dit verschil is echter niet significant. Hetzelfde geldt voor het verschil tussen de videoperiode en de rust.

Tabel 6.7 Gemiddelde hartslagfrequentie¹ van hoog- en laag-Skim-coörders tijdens live-, video- en rustsituatie.

		hoogscissors (N = 14)	laagscissors (N = 17)
live-situatie	Gemidd.	49.4 (98.7)	43.9 (92.0)
	St.dev.	19.3 (19.1)	25.1 (14.8)
	Vershil (U)	103.0 (n.s.)	
video-situaties	Gemidd.	63.5 (102.8)	61.2 (98.4)
	St.dev.	19.7 (22.2)	16.9 (13.6)
	Vershil (U)	110.5 (n.s.)	
rust-situatie	Gemidd.	4.9 (83.9)	13.5 (83.1)
	St.dev.	16.0 (14.4)	24.9 (8.9)
	Vershil (U)	81.5 (p .07, two-tailed)	
verschil live-rust	Gemidd.	14.8	8.9
	St.dev.	10.7	11.3
	Vershil (U)	88.5 (n.s.)	
verschil video-rust	Gemidd.	18.9	15.4
	St.dev.	11.8	8.7
	Vershil (U)	111.5 (n.s.)	

¹ Weergegeven zijn de voor de individuele range gecorrigeerde data. Tussen haakjes de ruwe data.

Er zijn geen correcties volgens de wet van de initiële waarden op de hartfrequentie-scores uitgevoerd. De aanleiding daartoe, nl. een negatieve correlatie tussen rustwaarden en wachtkamer- respektievelijk video-hartfrequentie blijkt niet aanwezig. Vergelijking van hartslag-gegevens over de 3 registratie-perioden wijst uit dat de hartslag-frequentie in de videoperiode hoger is dan in de live-wachtkamerperiode, die op zijn beurt weer hoger is dan de frequentie in de vijfde minuut van de rustperiode. Deze verschillen gelden zowel voor de ruwe als voor de op range gecorrigeerde hartslagdata (Wilcoxon matched-pairs signed-ranks test, $p < .01$).

6.5.5 Relaties tussen angst-indicatoren

Er blijkt geen significante correlatie te bestaan tussen de angst-thermometerscores en de (on)gecorrigeerde hartslagdata. Ook de correlaties tussen de S.A.-scores en de hartslagfrequenties zijn niet significant. Wel significant zijn de correlaties tussen S.A. en de 2 angst-thermometerscores: respektievelijk .37 en .30 (Pearson, $p \leq .05$).

Tussen de beide zelfrapportages van angst bestaat derhalve een duidelijk verband.

6.6 Een tweede validiteitsstudie

Ook Skim 4A is aan een soortgelijk onderzoek onderworpen.

Gekozen is voor Skim 4 (reageren op kwaadheid) omdat het een van de 'reactieve' vaardigheden is en een van de vaardigheden waarin emoties een grotere rol spelen, en voor de A-versie (hoog-scoorders op de 'agressieve' B-versie kunnen in een simulatie moeilijkheden veroorzaken).

Bij de proefgroep van mannelijke veertigers is op deze Skim een gemiddelde score van 8.5 met een standaarddeviatie van 2.7 aangetroffen (zie bijlage 3). Twaalf 'laag'-scoorders (scores tussen 3 en 6) en zeven maximum-scoorders (score 12) zijn in een live-wachtkamer-simulatie gebracht, ditmaal met een 'instructie' die geen aanwijzing inhoudt ten aanzien van het te observeren gedrag: 'Het is de bedoeling dat u in die wachtkamer hier even wacht; er zitten nog een paar mensen ... maakt u maar een praatje met ze'. Als de proefpersoon de deur van de wachtkamer opent om naar binnen te gaan, stoot hij met de deur tegen de rug van de hand van een jongeman, die daarop zijn plastic bekertje met koffie laat vallen. Deze stoege, een student van de Toneelacademie Maastricht, is erin geslaagd een groot aantal keren op nagenoeg identieke wijze kwaad te worden: in woord en daad blijkt te geven van verontwaardiging, de proefpersoon te beschuldigen van lompheid, etc. Deze simulatie duurt 3 minuten. Na afloop is de proefpersoon meegedeeld, dat e.e.a. in scène gezet was, doch dat dat omwille van het 'verrassings-effect' is verzwegen. Geen der proefpersonen heeft te kennen gegeven dat hij 'het door had'.

6.6.1 Gedragsbeoordelingen

Twee observatoren hebben de op video vastgelegde verrichtingen van de 19 proefpersonen onafhankelijk van elkaar beoordeeld aan de hand van een observatie-schema. Van de 37 items voldoen er 18 aan de gestelde eis voor de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid (Kendall's tau $\geq .50$, $p \leq .01$). Na standaardisering en sommering van deze 18 item-scores blijken 7 items te discrimineren tussen hoog- en laag-scoorders op Skim 4A (zie tabel 6.8).

Tabel 6.8 Betrouwbare en discriminerende uitspraken van observatoren m.b.t. 'reageren op kwaadheid'.

Uitspraak	Betrouwbaarheid (Kendall's tau)	Discriminerend (Mann-Whitney U ¹)
1. De proefpersoon kruipt <u>niet/enigszins/duidelijk</u> in zijn schulp.	.50	10.5
2. De proefpersoon laat <u>weinig/vaker/veel</u> stiltes of pauzes vallen.	.59	16.5
3. De proefpersoon is door de boze ander <u>niet/een beetje/nogal</u> aangeslagen.	.50	18.0
4. De proefpersoon reageert <u>vrij/enigszins/helemaal niet</u> levendig.	.50	18.5
5. De proefpersoon's reacties zijn <u>vrij uitgebreid/noch kort, noch uitgebreid/erg kort</u> .	.62	19.0
6. Leidend 1 - 2 - 3 - 4 - 5 volgend	.55	21.0
7. Sterk 1 - 2 - 3 - 4 - 5 zwak	.50	17.5

¹ De kritische waarde van U (eenzijdige toetsing, $p \leq .05$) = 21.

Laag-scoorders kruipen volgens de observatoren meer in hun schulp, zijn meer aangeslagen door de boze ander, geven kortere en minder levendige reacties en laten meer stiltes of pauzes vallen. Dit in tegenstelling tot hoog-scoorders die bovendien worden gezien als sterker en meer leidingnemend. Factor-analyse over de 7 discriminerende items levert één factor op die 86.4% van de variantie verklaart, met factor-ladingen tussen .85 en .93.

6.6. 2 Angstmetingen

Ook hier blijken hoog- en laag-Skim-scoorders vrij fors en statistisch significant te verschillen m.b.t. scores op de Sociale Angstschaal. Uit tabel 6.9 is eveneens af te lezen, dat er geen significant verschil is geconstateerd op de angstthermometer en de hartslagverhogingen. De Pearsoncorrelatie tussen S.A.- en angstthermometerscores is .35 ($p = .05$); de correlaties tussen diverse hartslag-scores en de zelfgerapporteerde angstmaten zijn niet significant.

Tabel 6.9 Angstmetingen bij hoog- en laag-Skim-scoorders m.b.t. 'reageren op kwaadheid'.

		hoogscoorders	laagscoorders
Sociale Angst Schaal	N	7	12
	Gemidd.	31.4	55.8
	St.dev.	11.9	18.3
	Vershil (U)	12.5 ($p < .01$)	
Angstthermometer	N	7	12
	Gemidd.	14.3	19.2
	St.dev.	11.3	15.1
	Vershil (U)	37.0 (n.s.)	
Hartslag tijdens simulatie	N	6	9
	Gemidd.	51.5 (86.5)	42.4 (91.7)
	St.dev.	23.1 (9.3)	21.8 (20.0)
	Vershil (U)	20.0 (n.s.)	
Hartslag tijdens rust	N	6	9
	Gemidd.	24.1 (79.5)	8.5 (81.4)
	St.dev.	26.9 (11.0)	19.4 (14.0)
	Vershil (U)	20.0 (n.s.)	
Hartslag-vershil simulatie - rust	N	6	9
	Gemidd.	7.0	10.2
	St.dev.	13.3	9.3
	Vershil (U)	22.0 (n.s.)	

6.7 Discussie en conclusies

De constructie van een batterij interpersoonlijke vaardigheidsmeters, afgestemd op een 'programma-aanbod' van 9 interpersoonlijke vaardigheidstherapieën, is gestart met het verzamelen van klachten in de vorm van onvaardigheidsuitspraken onder naar deze programma's verwezen

cliënten. Deze werkwijze is gevolgd om de te ontwikkelen instrumenten qua moeilijkheidsgraad en taalgebruik zo goed mogelijk af te stemmen op de doelgroep: cliënten uit lager sociaal-economische klassen. De verzamelde onvaardigheidsuitspraken zijn bewerkt tot drie-keuze-items. De aldus ontstane 9 'voorlopige Skims' zijn na invulling door groepen Maastrichtse veertigjarige mannen aan factor-analyses onderworpen.

6.7.1 Typen onvaardigheid en de Skims-batterij

In elke analyse is een factor gevonden met hoge ladingen van items die de mate uitdrukken waarin men zich tot uitvoering van de betreffende interpersoonlijke activiteit in staat acht, daar bang voor is of deze vermijdt. In 4 gevallen is een tweede factor aangetroffen die betrekking heeft op de mate waarin men zich gehinderd acht door ongeduld, kwaadheid, irritatie. De hoogladende items op de 13 factoren hebben betrekking op meerdere 'modaliteiten': kunnen, durven, weten hoe, doen, enz.

Op grond van item-ladingen (hoog, homogeen) zijn 9 'A-Skims' en 4 'B-Skims' vastgesteld.

Het is waarschijnlijk dat het B-type-onvaardigheid ook voorkomt bij de 5 overige interpersoonlijke vaardigheden. Kennelijk zijn in de periode waarin bij cliënten 'ziek-uitspraken' zijn verzameld de onvaardigen-type-B minder vertegenwoordigd geweest in c.q. minder verwezen naar deze 5 ondervraagde subgroepen. Hervatting van klachten-verzameling ter voltooiing van subbatterij-B lijkt dan ook gewenst.

De afname van de Skims, voor een deel tweemaal, bij groepen veertigjarige Maastrichtse mannen, heeft bevredigende betrouwbaarheids- en stabiliteitscoëfficiënten opgeleverd. De interne samenhang van de items in de 13 Skims mag als voldoende worden beschouwd en de test-hertest-correlaties met een interval van een half jaar tonen dat de Skim-scores niet een 'vorm van de dag', doch een duurzaam persoonskenmerk betreffen.

6.7.2 De criteriumvaliditeit van 'video-simulaties'

In de eerste validiteits-studie is gebruik gemaakt van zowel 'live-' als 'video-simulaties'. Daarbij bleken de video-simulaties gepaard te gaan met een hogere hartslagfrequentie en hogere angstthermometerscores dan de live-simulatie. Deze verschillen zijn kennelijk veroorzaakt door een of meer van de volgende kenmerken, eigen aan de video-simulaties:

- het ongewone, onnatuurlijke karakter van praten-tegen-een-video-beeld,
- het ontbreken van invloed op het gedrag van de antagonist c.q. op het verloop van de scène,
- het dwingende karakter van het op-grijs-springende beeld, dat dicteert op welk moment en voor hoelang de proefpersoon moet/kan reageren,
- de instructie aan de proefpersoon zich voor te stellen, dat hij zich in de getoonde situatie bevindt en wel 'in de huid' van een aangewezen ander.

Deze kenmerken gelden niet voor de live-simulatie, noch voor interpersoonlijke situaties in de natuurlijke omgeving.

De verhoogde stress (hartslag, angst) tijdens de video-simulaties rechtvaardigt te concluderen dat de criterium-validiteit van de video-simulaties geringer is dan die van de live-simulaties.

6.7.3 De validiteit van de Skims

De live-simulatie, een praatje maken in een wachtkamer, leidt tot de bevinding dat hoog-Skim-scoorders in vergelijking tot laag-scoorders:

- volgens observatoren vaardiger zijn in het maken van een praatje, hetgeen tot uitdrukking komt in een serie onderling sterk samenhangende oordelen van kwalitatieve en kwantitatieve aard,
- minder angst rapporteren.

Deze verschillen treden niet op in de video-simulaties.

De tweede validiteitsstudie, een live-simulatie 'reageren op kwaadheid' leidt met betrekking tot de gedragsobservaties tot gelijksoortige

bevindingen: laag-Skim-scoorders zijn waarneembaar minder bedreven dan hoog-scoorders in het reageren op kwaadheid.

De angstthermometerscores van de beide groepen verschillen echter niet significant.

In beide validiteitsstudies is er geen verschil geconstateerd tussen hoog- en laag-Skim-scoorders voor wat betreft de (relatieve) toename van de hartslagfrequentie tijdens de simulaties. Sociale Angst-scores bleken niet te correleren met hartslag-toename. Het is denkbaar dat de door de proefpersonen gehanteerde definitie van de situatie en coping-stijl de hartslag hebben beïnvloed: terwijl de bij hoog-scoorders vastgestelde activiteit, levendigheid en initiatiefname de hartslag hebben kunnen doen toenemen, zou aan de passiviteit van de laag-scoorders de angstreducerende werking van vermijdingsgedrag toegeschreven kunnen worden.

De 2 (A-) Skims zijn duidelijk geassocieerd met de S.A.-schaal: laag-Skim-scoorders blijken sociaal-angstiger te zijn dan hoog-Skim-scoorders.

Voor 2 Skims geldt dat de essentiële validiteitsvraag is beantwoord: hoog-scoorders vertonen waarneembaar vaardiger gedrag dan laag-scoorders. Hoewel daarmee geenszins de validiteit van de overige 11 Skims is aangetoond, mag, gezien de identieke wijze van constructie, verwacht worden dat ook de overige Skims bij nader onderzoek valide zullen blijken te zijn.

7. EFFECTEN VAN INTERPERSOONLIJKE VAARDIGHEIDSTHERAPIEËN VOOR KANSARMEN

Dit hoofdstuk gaat over de effecten van de eerderbeschreven interpersoonlijke vaardigheidstherapieën. De keuze van criteria en meetinstrumenten wordt toegelicht, waarna de proefgroep en de meettijdstippen worden behandeld. Per criterium worden vervolgens de resultaten weergegeven, terwijl ook effecten van meerdere deelnamen en effecten na een jaar aan de orde komen.

Zoals in de hoofdstukken 4 en 5 reeds tot uitdrukking kwam, zijn de ontwikkelde interpersoonlijke vaardigheidstherapieën voor kansarmen reeds in bedrijf gesteld. Terwijl aanvankelijk een kleine groep van vier projektgroepleden/therapeuten in 2 Zuidlimburgse RIAGG's de methode al werkende tot ontwikkeling bracht, zijn er in latere fasen een honderdtal medewerkers van 15 instellingen in Limburg opgeleid om de methode toe te passen. In de 5 Limburgse RIAGG's tesamen zijn in het afgelopen jaar ongeveer 250 cliënten naar vaardigheidstherapieën verwezen, doorgaans voor deelname aan 2 à 3 therapie-programma's. De 25 aldaar werkzame vaardigheidstherapeuten hebben in dat jaar ongeveer 70 groepen uitgevoerd om deze verwijzingen te verwerken. Het aantal vaardigheidstherapeuten, verwijzingen en groepen neemt nog steeds toe. De ontwikkelde vaardigheidstherapieën voorzien kennelijk in een grote behoefte. Met recht kan men echter de vraag stellen: werkt deze methode ook? Daarbij is niet zozeer de vraag interessant of deze methode, toegepast op een wel omschreven cliënten-subcategorie, uitgevoerd door bepaalde therapeuten onder bepaalde condities vruchten afwerpt.

Beleidsbepalers, geldverschaffers, uitvoerders en cliënten zijn op dit moment weinig gebaat met (aanvullende) inzichten in de effectiviteit van de vaardigheidstherapieën onder laboratorium-condities. Van groter belang is het zichtbaar te maken of de 'vertaling' van verzamelde inzichten in een geïntegreerd geheel van therapeutische hulpmiddelen, handleidingen en opleidingsprogramma's voor therapeuten, instructies en verwijzers, e.d. uiteindelijk heeft geleid tot een praktijkvoering die aan zijn doelstellingen beantwoordt.

7.1 Criteria en meetinstrumenten

De deelname aan een of meer interpersoonlijke vaardigheidstherapieën door een cliënt vormt steeds een onderdeel van een meer omvattende behandeling. Een 'hoofdbehandelaar' wordt geacht een cliënt naar vaardigheidstherapieën te verwijzen nadat in goed overleg met de cliënt is vastgesteld dat deze gebaat zal zijn met die deelname c.q. met het vergroten van bepaalde, nader gespecificeerde, interpersoonlijke vaardigheden.

7.1.1 Vergroten van interpersoonlijke vaardigheden

Als eerste en centrale vraag geldt dan ook: leiden de interpersoonlijke vaardigheidstherapieën tot grotere vaardigheden bij de deelnemers? Omdat elke vaardigheidstherapie één specifieke interpersoonlijke vaardigheid als doelvaardigheid heeft, kan deze vraag vernegenvoudigd worden: leidt deelname aan een interpersoonlijke vaardigheidstherapie met als doelvaardigheid 'Opkomen voor je mening' tot een grotere vaardigheid in het 'opkomen voor je mening', etc.

In hoofdstuk 6 is de ontwikkeling en validering van een serie interpersoonlijke vaardigheidsmeters (Skims) beschreven, die het mogelijk maken op efficiënte wijze vaardigheidsmetingen uit te voeren. Daarbij is tevens gebleken dat er sprake is van twee onafhankelijke typen onvaardigheid: een onderdanig type vaardigheid-'A' en een ongedurig type 'B'. Er zijn op dit moment 9 A-meters en 4 B-meters beschikbaar;

in de periode dat de data-verzameling voor het hier beschreven uitkomstenonderzoek plaatsvond, waren er echter slechts 7 A-Skims en 4 B-Skims beschikbaar. De 2 ontbrekende A-Skims hadden betrekking op de vaardigheden 'Uiten van-' en 'Reageren op genegenheid en waardering'. Verwacht wordt dat deelname aan een interpersoonlijke vaardigheidstherapie leidt tot vergroting van de doelvaardigheid c.q. tot hogere scores op de betreffende Skim(s).

7.1.2 Reductie van 'specifieke klachten'

De toepassing van kant en klare instrumenten ter bepaling van de effectiviteit van een therapie-programma kan zowel tot over- als tot onderschatting van uitkomsten leiden.

Er wordt daarbij immers geen rekening gehouden met de specifieke doelstellingen van de individuele cliënten. Die overweging heeft er toe geleid dat men in therapie-effect-onderzoek in toenemende mate gebruik gemaakt heeft van 'individu-specifieke' instrumenten (Battle, Imber, Hoehn-Saric, Stone, Nash en Frank, 1966; Waskov en Parloff, 1975; Kiesler, 1977; Schagen, 1979).

Ook voor deelnemers aan interpersoonlijke vaardigheidstherapieën geldt dat elke cliënt bij elke deelname specifieke verwachtingen koestert. Gekozen is voor een meetprocedure, afgeleid van de 'target-symptoms'-meting van Sloane, Staples, Cristol, Yorkston en Whipple (1975). Daarbij wordt de cliënt in een individueel gesprek vooraf aan zijn deelname gevraagd: 'U gaat deelnemen aan een groep om te leren (naam van de vaardigheid). Wat is uw probleem met; wat vindt u daar moeilijk aan?'. Uit het antwoord van de cliënt worden door de interviewer maximaal 3 'symptomen' gelicht en zoveel mogelijk in cliënt's verwoording daarvan geregistreerd. Terwijl hij de cliënt doorvraagt over deze 'specifieke symptomen', maakt de interviewer een schatting van de ernst van elk van deze symptomen en scoort die als mild (3), vrij ernstig (4) of ernstig (5).

Symptomen die aanvankelijk genoemd worden doch in tweede instantie door de cliënt als triviaal of niet (meer) aanwezig worden beschreven, zijn verder genegeerd.

Na afloop van zijn deelname aan de betreffende vaardigheidstherapie wordt de cliënt herinnerd aan wat hij in het interview-vooraf aan 'symptomen' heeft ingebracht en wordt hem per symptoom gevraagd 'hoe het daar nu mee staat'. Behalve een 'ernst-score' op een 5-punts-schaal (1-afwezig, 2-in geringe mate aanwezig, 3-mild, 4-vrij ernstig, 5-ernstig) bepaalt de interviewer in overleg met de cliënt in welke mate de cliënt de betreffende klacht als verbeterd of verslechterd ervaart. Scoring geschiedt op een 13-punts-schaal, van -6 tot +6, waarvan een vijftal punten nader zijn omschreven, als volgt:

- +6 niets meer van over, compleet verbeterd
- +3 er is verbetering te zien
- 0 er is niets veranderd t.a.v. deze klacht
- 3 er is sprake van een achteruitgang/verslechtering
- 6 in zeer sterke mate verslechterd.

De interviewers zijn eraan gehouden, voor de uitvoering van het tweede interview geen kennis te nemen van de ernst-scores bepaald in het eerste interview.

Verwacht wordt dat de interpersoonlijke vaardigheidstherapieën leiden tot een reductie van de individu- en programma-specifieke 'doel-klachten'.

7.1.3 Vergroting van zelf-waardering

In eerdere hoofdstukken is herhaaldelijk het concept 'self-efficacy' aan de orde geweest. Verwachtingen van eigen competentie hebben een zekere mate van specificiteit c.q. zijn in bepaalde mate gegeneraliseerd. In een vaardigheidstherapie wordt getracht een specifieke interpersoonlijke competentie alsook de persoonlijke verwachting van de cliënt met betrekking tot die competentie te vergroten. Verondersteld wordt dat een vergroting van specifieke competenties ook bijdraagt tot groei in a-specifieke zelfwaardering, m.a.w. in gegeneraliseerd geloof in algemene competentie. 'As therapy proceeds', aldus Strupp (1978), 'the patient typically experiences an increase in self-esteem and self-worth, regardless of the extent or nature of behavior change'. Deze algemene zelfwaardering-versus-zelfdepreciatie heeft geen betrekking op het geloof in de effectiviteit van gedrag en kan dan ook niet,

zoals Riksen (1981) aanneemt, gemeten worden met een schaal voor interne versus externe beheersing (I-E; Rotter, 1966; Andriessen, 1972). Als meetinstrument voor algemene zelfwaardering is hier gekozen voor een self-esteem (S.E.)-schaal, ontwikkeld door Rosenberg (1965), vertaald en bewerkt door Sanders (1977) en later door diverse onderzoekers in meerdere versies toegepast. De hier gebruikte versie van 15 items met elk 6 antwoordmogelijkheden (zie bijlage 6) heeft een minimumscore van 15 en een maximumscore van 90, na afname onder 201 Libo-cliënten blijkt deze versie een interne consistentie te hebben van .83.

7.1.4 Reductie van algemene klachten

De aan de vaardigheidstherapieën deelnemende cliënten melden zich in het algemeen uiteraard niet bij het RIAGG om een of enkele specifieke vaardigheden te verwerven. De 'hoofdklacht' zal doorgaans een andere zijn, een 'breder' probleem, wellicht ook vager, maar voor de cliënt meer relevant. Deelname aan een specifieke vaardigheidstherapie, het aanleren van de juiste vaardigheid op het juiste moment, kan een zinvolle bijdrage inhouden tot verwezenlijking van cliënt's voornaamste drijfveer tot behandeling: reductie van zijn eigenlijke 'target symptoms'. Deze deelname, onder opschorting van de 'hoofdbehandeling', kan in de praktijk echter ook uitpakken als een uitstel van verbetering van hoofdklachten. Als de vaardigheidstherapieën, zoals Van Son (1980) vreest, als panacee voor de meest uiteenlopende geestelijke gezondheidsproblemen worden gebruikt, kan een eventuele vaardigheidsuitbreiding wel eens ten koste gaan van het bereiken van de eigenlijke behandelingsdoelen.

Teneinde uitsluitsel te krijgen over de vraag of de vaardigheids-therapieën bijdragen tot verlichting van individu-specifieke algemene klachten worden ook metingen op hoofdsymptomen c.q. algemene klachten uitgevoerd. De procedure is dezelfde als bij de specifieke klachten; de leidende vraag is ditmaal: 'Wat is de reden dat u bij deze instelling in behandeling bent? Wat zijn uw voornaamste problemen of klachten?'. Uit het antwoord worden maximaal 3 klachten gelicht. Naast de bepaling van 'ernst-scores', voor en na deelname aan de therapie, wordt tijdens de nameting vastgesteld in welke mate de cliënt van mening is dat er,

per symptoom, verbetering of verslechtering is opgetreden.

De 2 eerstgenoemde criteria, vaardigheidsvergroting en reductie van individuele vaardigheids-specifieke klachten, kunnen 'goal-based' genoemd worden: de criteria vloeien voort uit de doelstelling en de pretentie van de vaardigheidstherapie. Vergroting van zelfwaardering en reductie van individuele algemene klachten zijn daarentegen als 'goal-free' te beschouwen: deze uitkomstcriteria zijn niet direct ontleend aan aard en doel van de interpersoonlijke vaardigheidstherapieën, doch hebben betrekking op 'eisen' die men aan elke vorm van behandeling mag stellen.

7.2 Proefpersonen en data-verzameling

In een periode van 3 jaar zijn pre- en postmetingen verricht bij cliënten, verwezen naar interpersoonlijke vaardigheidstherapieën in 2 RIAGG's.

7.2.1 Experimentele groep

De experimentele groep wordt gevormd door cliënten die deelnemen aan een of meerdere interpersoonlijke vaardigheidstherapieën.

Op deze cliënten is geen enkele vorm van (verdere) selectie toegepast.

Opname van een deelnemer in het databestand is afhankelijk geweest van a. beschikbaarheid van interviewers. In perioden waarin de projectgroep beschikte over voldoende interview-capaciteit zijn er meer data verzameld.

b. de tijd tussen aanmelding en eerste groepszitting. Cliënten, die in de week voorafgaande aan de start van een vaardigheidstherapie naar dit programma worden verwezen, konden over het algemeen niet meer tijdig bereikt worden voor een interview.

c. het tot stand komen van een interview. Vergeten afspraken, afmeldingen, misverstanden over plaats of tijdstip van een ontmoeting zijn veelvuldig voorgekomen. Openlijke weigeringen tot deelname aan een

interview waren zeer sporadisch. Ook de aldus onbereikbare deelnemers ontbreken in het databestand.

- d. daadwerkelijke deelname. Naar schatting 20% van de verwezen en aan een groep toegewezen cliënten neemt in feite niet of in onvoldoende mate deel aan dat programma. Het bijwonen van minstens 3 van de 4 groepsbijeenkomsten is als norm gesteld voor opname c.q. handhaving van een deelnemer in het experimentele databestand.

Bij 202 cliënten zijn enige biografische gegevens verzameld. Van die cliënten is 59% van het mannelijke en 41% van het vrouwelijke geslacht. Slechts enkele cliënten zijn jonger dan 20 of ouder dan 50 jaar; twintigers en dertigers vormen elk 35% van het deelnemersbestand, de veertigers 22%. Terwijl 59% gehuwd is of samenwoont, blijkt 28% ongehuwd, 9% gescheiden en 3% weduwe of weduwnaar. 56% van de cliënten heeft geen werk buitenshuis; als redenen daarvoor worden genoemd arbeidsongeschiktheid (37%), ziek (25%), werkeloos (12%) en huisvrouw (25%). Gevraagd naar de schoolloopbaan blijkt 26% slechts lager onderwijs te hebben gevolgd. 17% heeft daar nog één of twee jaar vervolgonderwijs bij gevolgd, 38% voltooide een lagere beroepsopleiding (LTS, LHNO, LEAO, etc.) of volgde 3 jaar vervolgonderwijs zonder een diploma te behalen, 15% voltooide MULO, MAVO, MBO, MTS o.i.d. of volgde 5 jaar HBS of HAVO zonder deze af te maken, 4% genoot méér onderwijs. Slechts 3 personen blijken particulier te zijn verzekerd (inkomensindicatie), de rest via het ziekenfonds. Van degenen die een beroep opgaven (61%) noemt 62% een uitvoerende 'blue collar'-functie in de bouw, de industrie, het transportwezen of bij een (semi-)overheidsinstelling, 17% administratieve en technische kantoorfuncties, 14% betreft vrouwen die huishoudhulp, verkoopster o.i.d. opgeven, 5% is of was 'kleine zelfstandige' en 2% heeft een 'hogere' functie.

7.2.2 Controle-groep

De tijd die verstrijkt tussen aanmelding van een cliënt en de start van zijn deelname aan een vaardigheidstherapie beslaat over het algemeen enige weken. In die wachtperiode houdt de toekomstige deelnemer normaal contact met zijn individuele behandelaar/verwijzer.

De aard van dit contact is niet verder onderzocht. Gedurende de 4 weken dat de vaardigheidstherapie loopt, worden deze ontmoetingen in de regel opgeschort of geminimaliseerd. Bij cliënten, waarvan te voorzien was dat zij 6 weken of langer op de wachtlijst zouden moeten verblijven, zijn enige tientallen 'controle-metingen' verricht. Deze controle-metingen maken het mogelijk vast te stellen of de goal-based uitkomsten (grotere doelvaardigheid, afname van specifieke klachten) inderdaad in grotere mate bereikt worden door deelname aan een vaardigheidstherapie dan zonder die deelname 'spontaan' het geval zou zijn. Bovendien vormt de controle-conditie het 'natuurlijke alternatief' voor de cliënt: zonder de mogelijkheid van verwijzing naar interpersoonlijke vaardigheidstherapieën in de RIAGG's zouden de individuele behandelingen worden voortgezet.

Met betrekking tot de goal-free criteria (zelfwaardering en algemene klachten) maken de controle-metingen het mogelijk te bezien of de praktijk van verwijzing naar en uitvoering van interpersoonlijke vaardigheidstherapieën geschiedt op een wijze die in het belang is van de cliënten, c.q. of er een verschil is tussen de experimentele en de controle-conditie in de mate waarin deze uitkomsten bereikt worden.

7.2.3 Tijdstippen en wijze van data-verzameling

Voor experimentele pre-metingen zijn cliënten ongeveer een week voordat het programma waaraan ze deelnemen van start ging uitgenodigd voor een individueel gesprek. Voor controle-metingen was deze periode ongeveer 6 weken. Experimentele post-metingen zijn ongeveer een week na afloop van het programma uitgevoerd. Controle-nametingen 5 weken na de voormeting c.q. een week voor de start van het programma. Als tijdstip voor de nameting wordt dit eigenlijk te vroeg geacht. De vaardigheidstherapie is immers van korte duur en vrij intensief en wordt afgesloten met huiswerkopdrachten voor meerdere weken. Een post-meting 4 weken na beëindiging van het programma zou een beter beeld kunnen geven van de bereikte effecten. De data, verzameld op een later tijdstip, zouden echter weer een vertekend beeld kunnen geven van de resultaten, doordat zij mede-bepaald worden door de resultaten van de contacten van de cliënt met zijn hoofdbehandelaar, die in de regel 1 à 2 weken na afloop van de vaardigheidstherapie hervat worden.

Regelmatig heeft in een ontmoeting met een cliënt zowel de nameting van de ene vaardigheidstherapie als de voormeting van een andere plaatsgevonden. Dit gebeurt in die gevallen dat bekend is dat de cliënt binnen twee weken aan een volgende vaardigheidstherapie gaat deelnemen, dan wel als de cliënt voor een controle-meting in aanmerking komt omdat hij 6 weken moet wachten voordat hij kan deelnemen aan het volgende therapie-programma waarvoor hij is aangemeld. In dergelijke gevallen zijn de meetpakketten slechts voor een deel dubbel, omdat vanzelfsprekend de algemene (goal-free) instrumenten, SE-schaal en Algemene Klachten Lijst, slechts eenmaal worden ingevuld.

Een individuele cliënt kan dan ook meerdere malen in het databestand vertegenwoordigd zijn, zowel als experimentele- en als controle-persoon. Indien het een experimentele meting betreft is voor zover mogelijk steeds geregistreerd op de hoeveelste deelname aan een vaardigheidsprogramma deze meting betrekking heeft. Bij controle-nametingen, voor de cliënten een soort herhaling van de voormeting, is door de interviewer steeds de mededeling gedaan dat het voor het onderzoek nodig is dezelfde vragen nog eens te stellen.

Onvolledige meetpakketten zijn meer regel dan uitzondering. De Skims zijn pas in een latere fase ontwikkeld en konden dus in eerdere fasen niet worden afgenomen. Het identificeren en vaststellen van de ernst van individuele (specifieke en algemene) 'target-complaints' blijkt vaak een tijdrovende en soms zelfs onmogelijke opgave voor de interviewer. Soms zijn ontmoetingen om redenen van tijden organisatie afgebroken voordat alle scores verzameld waren.

De interviews zijn gehouden door verschillende projectgroepleden: de meesten door tijdelijke krachten (HBO-niveau) en stagiairs (doctoraal-studenten psychologie). Als vaste regel is daarbij gehanteerd dat de interviewer geen therapeut van de betreffende cliënt mag zijn. De interviewer arrangeerde, na daartoe toestemming te hebben gevraagd van de betreffende (verwijzer-)hoofdbehandelaar, telefonisch of schriftelijk een ontmoeting met de verwezen cliënt.

SE-schalen en Skims zijn door de cliënten zelf ingevuld, de beide klachtenlijsten zijn door de interviewer ingevuld op basis van de uitslatingen van cliënten. De duur van deze ontmoetingen varieert van 2 tot 5 kwartier.

7.2.4 Herhaalde nameting (follow-up)

Volgens Twentyman en Zimmering (1979) is het schamel gesteld met de duurzaamheid van effecten, bewerkstelligd door sociale vaardigheidstherapieën. Follow-up studies tonen aan dat aanvankelijke resultaten na verloop van tijd vaak geheel of gedeeltelijk extingueren.

In 5.3.4 en 5.4.4 is beschreven welke programma-kenmerken speciaal gericht zijn op bevordering van de duurzaamheid van de gedragsverandering c.q. op versterking van de verhoogde competentie-verwachtingen. Om vast te kunnen stellen of de interpersoonlijke vaardigheidstherapieën inderdaad duurzame effecten teweeg brengen zijn een aantal nametingen herhaald na een intervalperiode van ongeveer een jaar. Daartoe zijn alle ex-deelnemers, waarbij nagenoeg complete nametingen werden verzameld in de periode januari tot mei 1980, in maart en april 1981 uitgenodigd voor een follow-up interview. Het betreft 30 cliënten en 41 deelnamen.

Deze herhaalde nameting kan niet opgevat worden als een follow-up meting in de strikte zin van een herhaalde meting na een intervalperiode zonder interventie. Alle deelnemers aan vaardigheidstherapieën gaan immers na afloop terug naar hun verwijzer en hoofdbehandelaar. Van deze behandelaars wordt juist verwacht dat zij een positieve invloed uitoefenen op handhaving en versterking van de gedragsverandering. Of, in welke mate en op welke wijze behandelaars zich van deze taak kwijten is niet onderzocht. Een tweede nameting na een ruime periode kan echter wel inzicht geven in de uiteindelijke resultaten van de gecombineerde inspanningen en eventueel aanleiding geven tot bijstelling van verwachtingen of werkwijzen.

In de tweede nameting zijn naast de SE-schaal en de Algemene Klachten Lijst tevens die Skims en Specifieke Klachten Lijsten afgenomen, die bij de betreffende cliënt ook reeds in de (eerste) nameting waren afgenomen.

7.3 Dataverwerking en resultaten

Bij de beschouwing van de resultaten van de interpersoonlijke vaardigheidstherapieën mag het eerdergenoemde percentage non-participatie, naar schatting 20%, niet onvermeld blijven. Hoewel dit een 'heel normaal' verschijnsel is dat ook en in dezelfde mate optreedt onder andere cliëntencategorieën en in andere typen contacten tussen RIAGG-werkers en cliënten, moet er toch rekening mee worden gehouden dat een deel van de non-participatie te wijten zal zijn aan teleurstelling en/of angst. Teleurstelling omdat men een andere vorm van hulp krijgt aangeboden (opgedrongen?) dan men verwacht; angst omdat de vaardigheidstherapieën 'eisen' stellen waaraan sommige deelnemers menen niet te kunnen voldoen. Dergelijke reacties kunnen zowel vóór als na kennis-making met de vaardigheidstherapieën optreden.

Het aantal 'wegblijvers', mensen die bij de eerste bijeenkomst van de groep niet komen opdagen, wordt overigens vele malen groter geschat dan het aantal 'afhakers', deelnemers die na een of twee bijeenkomsten niet meer verschijnen.

De experimentele metingen hebben betrekking op de cliënten die 3 of 4 groepsbijeenkomsten hebben meegemaakt.

7.3.1 Effecten op (on)vaardigheid A

Met de A-Skims zijn 117 experimentele en 50 controle-(voor en na-) metingen verzameld. De metingen zijn als volgt over de diverse vaardigheidstherapieën en Skims verdeeld: zie tabel 7.1.

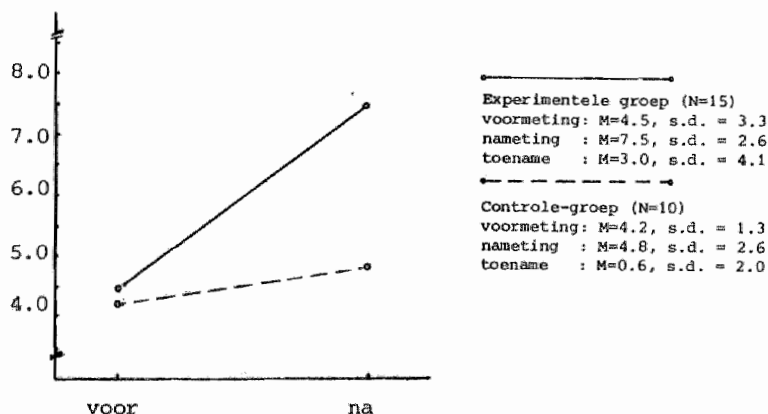
De kleine aantallen controle-metingen laten niet toe per vaardigheid te berekenen of deelname aan het betreffende therapieprogramma leidt tot meer vaardigheidstoename dan de controle-conditie. Deze berekening is wel mogelijk met betrekking tot de Skims 1 en 8, omdat bij deze Skims wel voldoende controle-metingen beschikbaar zijn.

Tabel 7.1 Overzicht A-Skims-metingen.

	N-Exp.	N-Contr.
Vaardigheid c.q.		
Skim 1	15	10
2	20	1
3	16	2
4	15	6
5	22	5
6	-	-
7	-	-
8	24	22
9	5	4
Totaal	117	50

Figuur 7.1 heeft betrekking op vaardigheid 1: een praatje maken.

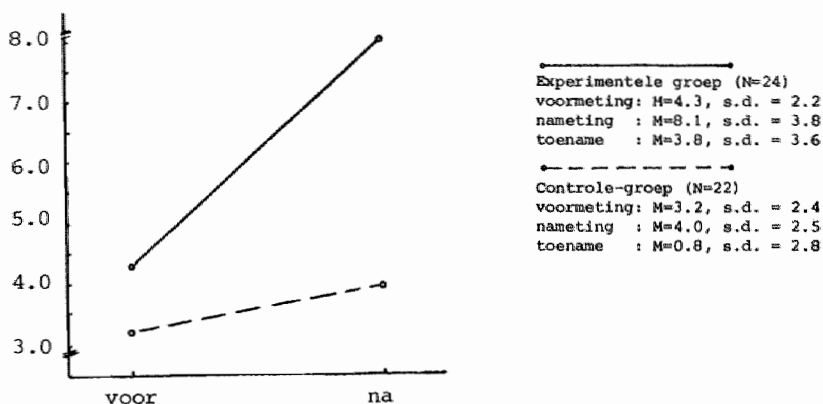
Figuur 7.1 Vergelijking controle- en experimentele metingen betreffende vaardigheid 1 (Skim 1A)



Deelnemers aan een vaardigheidstherapie 'een praatje maken' vertonen een toename in de betreffende Skim-score (minimum 0, maximum 14), die significant groter is dan de toename bij de controlegroep: $T = 1.95$, p -eenzijdig = .03. Beide groepen verschillen niet op de voormeting: $T = .35$, $p = .73$.

In figuur 7.2 wordt eenzelfde vergelijking gemaakt m.b.t. vaardigheid 8: opkomen voor je mening.

Figuur 7.2. Vergelijking experimentele en controle-groep betreffende vaardigheid 8 (Skim 8A)



Skim 8A heeft een minimum-score van 0 en een maximum-score van 14. De experimentele groep verschilt niet significant van de controle-groep op de voormeting: $T = 1.58$, $p = .12$. De toename van de Skim-score is in de experimentele groep significant hoger dan in de controle-groep: $T = 3.08$, p -eenzijdig = .002.

Verdere vergelijkingen tussen afzonderlijke experimentele en controle-groepen is niet mogelijk. Om toch een maximaal gebruik te maken van de verzamelde data zijn over alle experimentele en controle-groepen groter dan 10 t-toetsen voor herhaalde metingen uitgevoerd (zie tabel 7.2).

Van de controle-groepen blijken de Skim-scores bij de nameting enigszins, doch statistisch niet significant, hoger te liggen dan bij de voormeting. De 6 experimentele groepen vertonen alle stijgingen.

De kans dat deze stijgingen op toeval berusten varieert van 6% tot 1%.

Tabel 7.2 Verschillen tussen voor- en nametingen betr. afzonderlijke vaardigheden (A-Skims).

	Voormeting			Nameting			Toename		Significantietoename ¹	
	N	M	s.d.	M	s.d.		M.	s.d.	T	p
Contr. groep 1	10	4.2	1.3	4.8	2.6		0.6	2.0	0.94	.37
8	22	3.2	2.4	4.0	2.5		0.8	2.8	1.37	.19
Exp. groep 1	15	4.5	3.3	7.5	2.6		3.0	4.1	2.85	.01
2	20	7.0	3.5	8.4	3.1		1.4	2.8	2.27	.02
3	15	3.8	3.1	6.3	3.2		2.5	2.4	4.18	.001
4	15	5.3	2.3	5.9	1.6		0.7	1.6	1.63	.06
5	22	3.2	3.0	4.6	2.9		1.4	3.0	2.11	.02
8	24	4.3	2.2	8.1	3.8		3.8	3.6	5.09	.001

¹ Eenzijdige toetsing bij experimentele groepen, tweezijdig bij controle-groepen.

Daar de A-Skims onderling hoog correleren (zie 6.1.3) is samenvoeging van de verzamelde data geoorloofd. Daartoe dienen de Skims-scores dan wel gestandaardiseerd te worden. Deze operatie geeft extra informatie omdat daardoor alle cases in de berekeningen kunnen worden meegenomen en niet slechts bovengenoemde subgroepen.

Na standaardisatie blijkt (zie tabel 7.3) dat de A-vaardigheid toeneemt in zowel de experimentele als in de controle-groep, doch dat die toename significant groter is in de experimentele groep.

Tabel 7.3 Verschillen tussen experimentele en controle-groep na standaardisatie en samenvoeging A-Skim-scores.

	N	Toename		Significantietoename		Verschiltoename	
		M	s.d.	T	p	T	p
Exp.groep	117	0.89	1.34	7.16	.000	2.90	.003
Contr. groep	50	0.31	1.11	1.95	.056		

7.3.2 Effecten op (on)vaardigheid B

Met B-Skims zijn 81 experimentele en 34 controle-metingen verzameld (zie tabel 7.4).

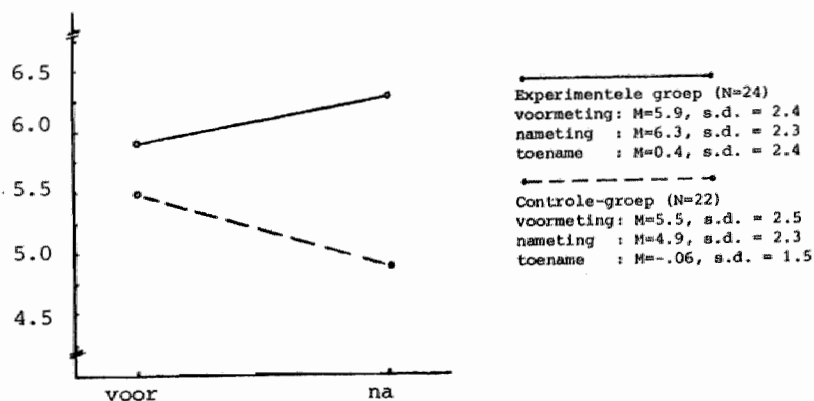
Tabel 7.4 Overzicht B-Skims-metingen.

	N-exp.	N-contr.
Vaardigheid 2	20	1
4	15	6
5	22	5
8	24	22
Totaal	81	34

De omvang van de diverse groepen is van dien aard dat slechts Skim 8 in aanmerking komt voor een aparte vergelijking tussen de experimentele en de controle-groep.

In figuur 7.3 is te zien dat de experimentele groep slechts een zeer geringe stijging vertoont op Skim 8, die een score-bereik heeft van 0 tot 12. Toch verschilt de score-toename van de experimentele groep significant van die van de controle-groep ($T = 1.78$, p -eenzijdig = .04). Er is geen verschil tussen beide groepen op de voormeting ($T = .45$, $p = .65$).

Figuur 7.3 Vergelijking experimentele en controle-groep betreffende vaardigheid 8 (Skim 8B)



Tabel 7.5 toont de verschillen tussen voor- en nametingen voor de subgroepen groter dan 10.

Tabel 7.5 Verschillen tussen voor- en nametingen betr. afzonderlijke vaardigheden (B-Skims).

	Voormeting			Nameting		Toename Significantietoename ¹			
	N	M	s.d.	M	s.d.	M	s.d.	T	p
Contr. groep 8	22	5.5	2.5	4.9	2.3	-0.6	1.5	-1.95	.06
Exp. groep 2	20	6.8	2.3	8.4	1.9	1.7	2.3	3.27	.002
4	15	4.2	2.2	6.0	2.7	1.8	2.5	2.84	.01
5	22	7.8	3.4	8.7	2.4	1.0	2.1	2.18	.02
8	24	5.9	2.4	6.3	2.3	0.4	2.4	0.85	.20

¹ Eenzijdige toetsing experimentele groepen, tweezijdig bij controle-groepen.

De kans dat de daling van de controle-groep op Skim 8B op toeval berust is 6%. Van de 4 experimentele groepen vertonen er 3 een statistisch significante toename in B-Skim-scores, terwijl de vierde (betrekking hebbend op 'opkomen voor je mening') niet significant stijgt. Samenvoeging van alle B-Skims-gegevens na standaardisatie laat zien dat controle-metingen niet significant verschillen op de twee meet-tijdstippen, terwijl de experimentele conditie tot grotere B-vaardigheid leidt (zie tabel 7.6).

Tabel 7.6 Verschillen tussen experimentele en controle-groep, na standaardisatie en samenvoeging B-Skim-scores.

	N	Toename		Significantietoename		Verschilttoename	
		M	s.d.	T	p	T	p
Exp. groep	81	0.47	0.96	4.34	.000	3.54	.001
Contr. groep	34	-0.01	0.68	0.82	.42		

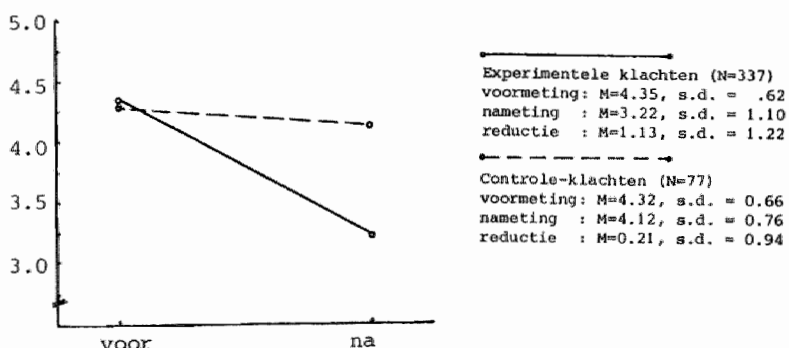
7.3.3 Effecten op specifieke klachten

De Specifieke Klachten Lijst is tweemaal afgenomen bij 191 deelnemers. Ook hier geldt dat een individuele deelnemer meermalen als proefpersoon in het bestand kan voorkomen.

Van deze 191 deelnemers hebben er 157 in de interval-periode deelgenomen aan een interpersoonlijke vaardigheidstherapie; zij vormen de experimentele groep. De overige 34 hebben in de intervalperiode 'op de wachtlijst gestaan' voor deelname en vormen de controle-groep. De experimentele groep heeft 337 klachten ingebracht, de controle-groep 77.

Figuur 7.4 laat het verloop van deze klachten zien.

Figuur 7.4 Reductie specifieke klachten; klacht = case

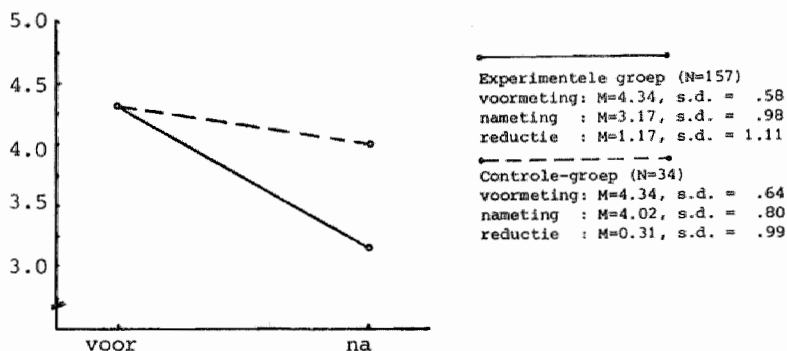


De vaardigheidstherapieën bewerkstelligen een reductie in specifieke klachten, die significant groter is dan die bij de controle-conditie: $T = 7.36$, $p = .000$. De experimentele en controle-groepen verschillen niet op de voormeting.

Aangezien de verbetering in de experimentele groep wel eens medebepaald kan zijn door specifieke vaardigheden, is een variantieanalyse uitgevoerd met 'vaardigheid' als tussen-groepen-factor. Alle 9 vaardigheden zijn in het bestand vertegenwoordigd. De interactie tussen interval x vaardigheid blijkt echter niet significant ($F = 1.20$, $p = 0.30$).

Deelnemers hebben 1, 2 of 3 klachten kunnen inbrengen. Het boven weergegeven resultaat, gebaseerd op klacht = case, houdt geen rekening met het feit dat sommige deelnemers driemaal zoveel gewicht in de schaal leggen als andere. Door per deelnemer één score te bepalen door middeling van de ernst-scores van de ingebrachte klachten, krijgt elke deelnemer dezelfde invloed op het resultaat (zie figuur 7.5)

Figuur 7.5 Reductie specifieke klachten, deelnemer = case



De experimentele groep vertoont een reductie in specifieke klachten die significant groter is dan die in de controle-groep: $T = 4.16$, $p = .000$. Beide groepen scoren exact even hoog op de voormeting.

Ook de door de deelnemers zelf-ervaren-verandering valt zowel op klachten- als op deelnemers-niveau uit in het voordeel van de vaardigheidstherapieën: zie tabel 7.7.

De correlatie tussen de berekende verandering (het verschil tussen ernst-scores op voor- en nameting) en de door cliënten gerapporteerde verandering is .58 (Pearson, $p = .001$, $N = 414$).

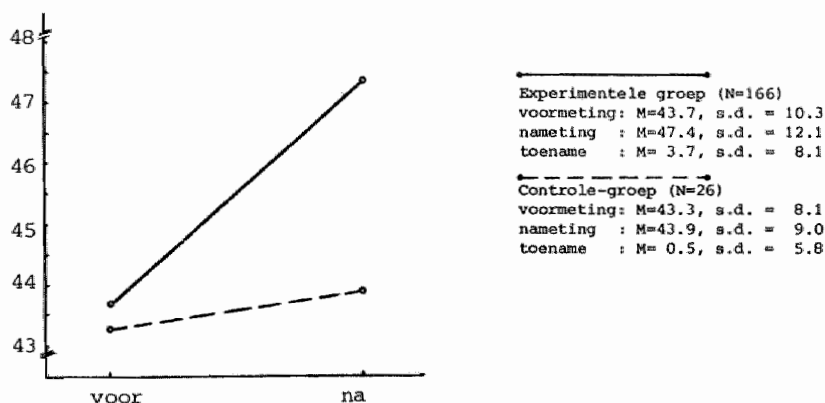
Tabel 7.7 Zelf-ervaren verandering in specifieke klachten.

	N	M	s.d.	T	df	p
Exp. klachten	337	1.92	1.66	10.94	164.1	.000
Contr. klachten	77	0.22	1.11			
Exp. groep	157	1.87	1.69	8.31	86.05	.000
Contr. groep	34	0.11	0.94			

7.3.4 Effect op zelfwaardering

Voor- en nametingen van zelfwaardering met de SE-schaal zijn verzameld bij 166 deelnemers en 26 controle-personen. De experimentele groep blijkt significant meer toe te nemen in SE-scores dan de controle-groep: $T = 2.40$, $p = .02$ (eenzijdig) (zie figuur 7.6).

Figuur 7.6 Vergelijking experimentele en controle-groep, SE-schaal



Het verschil tussen beide groepen op de voormeting is niet significant, evenmin als de SE-toename van de controle-groep.

De 166 deelnamen hebben betrekking op steeds één vaardigheidstherapie. Teneinde vast te stellen of de specifieke vaardigheid een rol speelt in de SE-toename, is een variantie-analyse voor herhaalde metingen uitgevoerd met de vaardigheid als tweede factor. Acht van de negen vaardigheden zijn in het databestand vertegenwoordigd, waarbij de omvang van

de subgroepen varieert van 9 tot 33. Uit de variantie-analyse blijkt dat er geen significant verschil is tussen de 8 subgroepen: $F = 0.51$, $p = .83$.

De toename van de zelfwaardering is dus niet afhankelijk van de vaardigheid die op het programma staat.

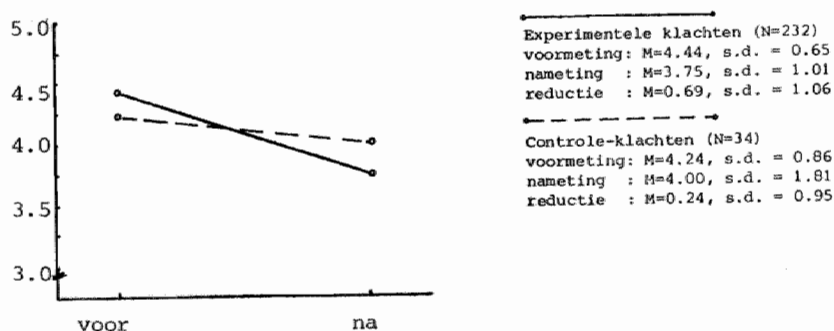
7.3.5 Effecten op algemene klachten

De experimentele groep, 110 deelnemers, heeft 232 algemene klachten ingebracht; de 17 controle-groepspersonen hebben 34 klachten genoemd.

De ernst van de 'experimentele klachten' blijkt meer af te nemen dan de ernst van de 'controle-klachten': $T = 2.58$, $p = .01$ (2-zijdig) (zie figuur 7.7).

De verschillen tussen beide groepen op de voormeting zijn niet significant.

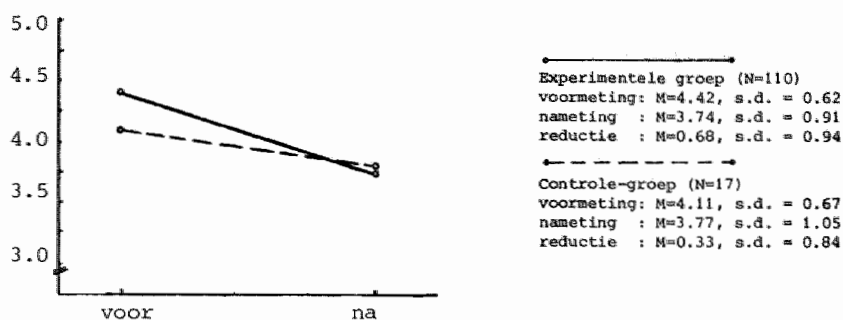
Figuur 7.7 Reductie algemene klachten; klacht = case



De specifieke doelvaardigheid zou van invloed kunnen zijn op de mate waarin experimentele klachten verbeteren. Die mogelijkheid is getoetst met behulp van een variantie-analyse. Het verschil tussen de 9 groepen blijkt niet significant.

Als per deelnemer een gemiddelde ernst-score wordt bepaald ontstaat een ander resultaat (zie figuur 7.8).

Figuur 7.8 Reductie algemene klachten, individu = case



Het verschil tussen de experimentele en de controle-groep op de voormeting is significant op 10%-niveau ($T = 1.77$, $p = .09$), en de reductie van de ernst-scores is in de experimentele groep niet groter dan in de controle-groep ($T = 1.53$, $p\text{-2-zijdig} = 0.14$).

Het oordeel van de deelnemers zelf over de mate waarin hun klachten zijn verbeterd of verslechterd, valt eveneens licht in het voordeel van de experimentele conditie uit; zie tabel 7.8.

De verschillen zijn echter niet significant op 5%-niveau.

De Pearson-correlatie tussen de berekende verandering en de door cliënten ervaren verandering in algemene klachten is .51 ($N = 266$, $p = .001$).

Tabel 7.8 Zelf-ervaren veranderingen in algemene klachten.

	N	M	s.d.	T	df	p-2-zijdig
Exp. klachten	232	1.40	2.10	1.76	45.08	.09
Contr. klachten	34	0.76	1.94			
Exp. groep	110	1.49	2.08	0.50	125	.62
Contr. groep	17	1.22	2.25			

7.3.6 Effecten van meerdere deelnamen

Cliënten worden in de regel aangemeld voor 2 à 3 vaardigheden, een enkele maal voor meer.

Tot nu toe zijn de therapie-effecten van deelname aan één vaardigheidstherapie beschreven. Of het daarbij om een tweede of een derde deelname ging, is buiten beschouwing gebleven.

De vraag dringt zich echter op of het terecht is dat cliënten aan meerdere vaardigheidstherapieën deelnemen. Draagt een tweede of een derde deelname, afgezien van het feit dat men zich nog een vaardigheid eigen maakt, verder bij aan de algehele toestand van de cliënt?

Het verloop van de twee a-specifieke maten, zelfwaardering en algemene klachten, kan ten aanzien van dit vraagstuk uitsluitend geven. De nameting van de eerste deelname fungeert namelijk tevens als voormeting voor de tweede, de nameting van de tweede als voormeting voor de derde deelname, etc.

Tabel 7.9 toont het resultaat van een variantie-analyse voor herhaalde SE-metingen met 'volgorde van deelname' als toegevoegde factor. Vervolgende deelnamen blijken tot verdere toename van de zelfwaardering te leiden, in dezelfde mate als eerdere deelnamen.

Tabel 7.9 SE-toenames bij achtereenvolgende deelnamen.

	N	SE-toename		Verschil tussen groepen
		M	s.d.	
Eerste deelname	106	3.9	8.8	F = 0.45 p = .77
Tweede deelname	36	2.4	6.1	
Derde deelname	14	3.5	6.3	
Vierde deelname	8	6.4	10.5	
Vijfde deelname	2	5.0	0.0	
Alle deelnamen	166	3.7	8.1	

Dezelfde bewerking is uitgevoerd op de algemene klachten. Eenmaal geformuleerd, tijdens de eerste voormeting, zijn deze klachten inhoudelijk hetzelfde gebleven. Tabel 7.10 laat zien dat iedere nieuwe deelname opnieuw en in dezelfde mate bijdraagt tot verdere reductie van algemene klachten, zowel op klachten- als op deelnemer-niveau.

Tabel 7.10 Reductie algemene klachten bij achtereenvolgende deelnamen.

	Klacht = case			Deelnemer = case				
	N	reductie		verschil tus- sen groepen	N	reductie		verschil tus- sen groepen
		M	s.d.			M	s.d.	
Eerste deelname	128	0.67	1.13	F = 1.09 p = .37	63	0.66	1.02	F = 0.39 p = .86
Tweede deelname	58	0.64	1.00		26	0.64	0.90	
Derde deelname	24	1.13	1.08		10	1.03	0.92	
Vierde deelname	17	0.47	0.72		8	0.50	0.46	
Vijfde deelname	3	0.33	0.58		2	0.50	0.71	
Zesde deelname	2	1.00	0.00		1	1.00	0.00	
Totaal	232	0.69	1.06		110	0.68	0.94	

7.3.7 Effecten na een jaar

Ongeveer een jaar na hun laatste deelname zijn 30 ex-deelnemers geselecteerd voor een tweede nameting (zie 7.2.4). In één geval is van een uitnodiging afgezien; deze cliënt bleek op een psychiatrische afdeling te zijn opgenomen en de behandelaar was van oordeel dat een interview niet mogelijk was ('te psychotisch'). Een andere cliënte bleek onbereikbaar: twee schriftelijke contactnamen en een huisbezoek bleven zonder resultaat. Drie cliënten weigerden aan het gesprek deel te nemen; als redenen werden genoemd:

- tijdgebrek, mede door studie-achterstand
- in behandeling bij zenuwspecialist
- recent huwelijksfeest en sterfgeval in de familie, bang dat het verleden weer boven komt, moet bovendien 3-maal per week naar het ziekenhuis in verband met lichamelijke klachten.

Bij deze 5 cliënten, 1/6 van de geselecteerde groep, konden de nametingen dus niet herhaald worden. Van 3 van hen, 10% van de geselecteerde groep, kan gezien hun (verdere) ziektegeschiedenis aangenomen worden dat zij uiteindelijk geen baat hebben gehad bij de behandeling in het RIAGG, inclusief de deelname aan de interpersoonlijke vaardigheidstherapieën.

Bij de 25 wel-bereikte ex-deelnemers heeft een herhaling van de nameting plaatsgevonden. Bij 7 van de 25, die tweemaal in het experimentele databestand vertegenwoordigd waren, zijn 2 Skims en 2 Specifieke

Klachten Lijsten afgenomen. In tabel 7.11 worden de 'aanvankelijke nametingen' vergeleken met de 'follow-up-metingen'.

Terwijl de SE-scores stabiel blijven, nemen de gestandaardiseerde Skim-scores verder toe en treedt verdere verbetering op van specifieke en van algemene klachten.

Tabel 7.11 Vergelijking tussen na- en follow-up-metingen.

	N	Nameting		F.U.-meting		Verschil	
		M	s.d.	M	s.d.	T	p-2-zijdig
Vaardigheden							
A-Skims	32	0.67	1.12	1.51	1.28	4.57	.001
B-Skims	24	0.58	1.01	0.90	1.23	2.12	.05
Specifieke klachten							
ernst-scores	32	3.12	1.11	2.60	1.26	2.21	.05
ervaren veranderingen	32	1.69	2.02	2.76	2.65	3.37	.01
Zelfwaardering							
SE-scores	25	48.2	13.4	51.6	12.8	1.57	.13
Algemene klachten							
ernst-scores	25	3.75	1.04	2.73	1.10	5.37	.001
ervaren veranderingen	25	1.41	1.85	2.68	2.23	2.34	.03

7.4 Discussie, conclusies, samenvatting

Op gezette tijden zijn metingen verricht bij cliënten, verwezen voor interpersoonlijke vaardigheidstherapieën. Deze metingen hebben betrekking op uiteenlopende uitkomstcriteria om de vraag naar de effectiviteit van de ontwikkelde therapie-programma's vanuit meerdere invalshoeken te kunnen beantwoorden.

7.4.1 Veranderingen in A- en B-vaardigheden

Uit de berekeningen in 7.3.1 blijkt dat deelname aan interpersoonlijke vaardigheidstherapieën leidt tot vergroting van vaardigheden van het type A. Bij cliënten op de wachtlijst blijkt echter eveneens verbetering op te treden, zij het in mindere mate. Voor deze cliënten geldt dat zij tot het inzicht gekomen c.q. gebracht zijn dat het wenselijk is dat

zij zich minder onderdanig, bang, subassertief leren gedragen in interpersoonlijke situaties. Wellicht bewerkstelligt dit inzicht in de wachtperiode reeds enige gedragsverandering. De vraag blijft in welke mate deze 'spontane' verbetering zich doorzet in langere wachtperiodes.

Met betrekking tot onvaardigheden-type-B treedt géén verbetering op in de wachtperiode. Het blijkt zelfs dat deelname aan een vaardigheidstherapie 'opkomen voor je mening' niet leidt tot een significante toename van de B-vaardigheid, doch de deelnemers behoedt voor de verslechtering die optreedt in de controle-groep. Zijn de proefpersonen van de controle-groep zich tijdens de wachtperiode in toenemende mate gaan realiseren hoe ongedurig-agressief zij optreden, of hebben hun pogingen om op eigen kracht minder onderdanig/bang op te treden geleid tot vinniger gedrag ten opzichte van anderen? Waarschijnlijk moeten de veranderingen op de A- en B-Skims in onderlinge samenhang worden gezien. Tabel 7.12 toont de gestandaardiseerde verschil-scores tussen voor- en nametingen (ruwe verschil-scores gedeeld door standaardafwijking bij de voormeting) op A- en B-Skims. De competentie van de 24 deelnemers aan de vaardigheidstherapie 8, opkomen voor je mening, blijkt relatief fors toe te nemen op de A-Skims, doch niet op de B-Skims. De 22 deelnemers aan vaardigheidstherapie 4, reageren op kwaadheid, stijgen qua competentie enigszins op de A-Skims, maar nadrukkelijker op de B-Skims.

Tabel 7.12 Gemiddelde gestandaardiseerde verschilcores van deelnemers op A- en B-Skims.

Vaardigheid	N	Toename A-Skims	Toename B-Skims
1	15	1.13	-
2	20	0.41	0.72
3	16	0.79	-
4	15	0.28	0.85
5	22	0.49	0.29
8	24	1.64	0.17

Vaardigheden zoals luisteren (2) en uiten van kwaadheid (5) blijken zowel op de A- als op de B-dimensies toe te nemen. Van de vaardigheden 1, 3 en 9 bestaat geen B-Skim, zodat de betreffende therapie-programma's hun eventuele effectiviteit met betrekking tot de bestrijding van een B-type-onvaardigheid niet hebben kunnen bewijzen. Het komt ons voor dat de vaardigheidstherapieën effectief zijn in het vergroten van beide typen vaardigheden, en dat de gevonden verschillen in vaardigheidstoename voor rekening komen van de deelnemers. Sommige cliënten nemen deel aan een vaardigheidstherapie met het oog op onvaardigheid-type-A, anderen vanwege onvaardigheid-type-B. Ook 'dubbele doelstellingen' zijn in deze mogelijk; de beide typen (on)vaardigheid zijn immers onafhankelijk van elkaar.

De correlaties tussen voormetingen en vaardigheidstoename in de experimentele groep, bij de A-Skims $-.46$ en bij de B-Skims $-.54$, laten weliswaar inderdaad zien dat de vaardigheidstoename groter is naarmate de aanvangsscore lager ligt, doch dit kan ook geïnterpreteerd worden als een artefact: wie lager scoort bij de voormeting kan immers ook meer toenemen.

Een extern criterium om te bepalen of een cliënt-proefpersoon deelneemt ter vergroting van vaardigheid A of B is niet voorhanden, zodat uitsplitsing van deelnemers in een A- en een B-groep niet mogelijk is. Het lijkt wenselijk in de toekomst bij pre-metingen tevens informatie te verzamelen waaruit conclusies getrokken kunnen worden ten aanzien van het type onvaardigheid dat bij de betreffende cliënt in het geding is.

7.4.2 Doel-gebonden resultaten

De interpersoonlijke vaardigheidstherapieën beogen vaardigheden te vergroten c.q. de problemen die kansarme (Libo-)cliënten hebben met bepaalde interpersoonlijke activiteiten te verminderen of op te heffen. De Skims- en Specifieke Klachten-metingen kunnen dan ook als doelgebonden (goal-based) beschouwd worden. De bevindingen met betrekking tot beide uitkomsten (zie 7.3.1, 7.3.2 en 7.3.3) rechtvaardigen de conclusie dat de vaardigheidstherapieën inderdaad aan hun doelen beantwoorden. De niet te verwaarlozen verdere verbetering na een jaar

(zie 7.3.7) toont aan dat de maatregelen, die gedurende en na afloop van de programma's worden getroffen, ter bevordering van de duurzaamheid van de effecten, buitengewoon effectief zijn. Nader onderzoek gericht op identificatie van de meest-werkzame sub-maatregelen is inmiddels ter hand genomen.

7.4.3 Doel-vrije resultaten

De perioden waarin cliënten door hoofdbehandelaars worden 'uitbesteed' voor deelname aan interpersoonlijke vaardigheidstherapieën kunnen ook worden aangewend om de individuele behandeling van hoofdproblemen voort te zetten. Hoe meer deze hoofdproblemen verweven zijn met bepaalde vaardigheidstekorten hoe meer een verwijzing naar vaardigheidstherapieën op zijn plaats is. Een onderzoek naar de effecten van vaardigheidstherapieën op 'algemene klachten' kan dan ook tevens gezien worden als een onderzoek naar de kwaliteit van verwijzingen. Hoewel de bevindingen in deze niet eenduidig zijn (zie 7.3.5; op klachten-niveau zijn de vaardigheidstherapieën superieur aan de controle-conditie = voortzetting individuele behandeling, terwijl er op deelnemers-niveau geen verschil tussen beide condities wordt aangetoond) blijken de vaardigheidstherapieën significant bij te dragen aan reductie van deze algemene klachten, zowel op klachten- als op deelnemers-niveau. Voortzetting van de individuele behandelingen na afloop van deelname aan de interpersoonlijke vaardigheidstherapieën leidt weliswaar tot verdere verbetering doch niet tot opheffing van de algemene klachten (zie 7.3.7). De vaardigheidstherapieën blijken tevens, ongeacht de doelvaardigheid, te leiden tot een toename van de zelfwaardering (zie 7.3.4). Bij meerdere deelnamen (zie 7.3.6) blijft dit gevoel van eigenwaarde cumulatief toenemen.

Bij 2 à 3 deelnamen betekent dat een toename met 6 à 10 punten op de 75-punts-SE-schaal. Deze bevindingen bevestigen veelvuldige uitspraken van cliënten na deelname aan de vaardigheidstherapieën, dat zij 'meer zelfvertrouwen' hebben gekregen, zich 'zekerder' voelen, zich niet meer 'minder voelen dan anderen', etc.

Uit de tweede nameting (zie 7.3.7) blijkt dat deze toegenomen zelfwaardering zich handhaaft, doch niet verder toeneemt. Ook de

controle-metingen tonen dat individuele behandelingen niet leiden tot een hoger self-esteem. Omdat er geen gegevens zijn verzameld met betrekking tot doel, aard en inhoud van de diverse individuele behandelingsprogramma's, kan naar verklaringen slechts gegist worden. Het is niet uitgesloten dat die (toch weer) gezocht moeten worden in paragraaf 1.1.

7.4.4 Samenvatting

Een viertal criteria is gekozen ter bepaling van de effectiviteit van de interpersoonlijke vaardigheidstherapieën voor kansarmen. Twee daarvan zijn ontleend aan de doelstellingen van deze therapie-programma's, de beide andere zijn 'doel-vrije' criteria. Een van de doelgebonden en een van de doelvrije criteria zijn bovendien individu-specifiek: zij hebben betrekking op de ernst van door de deelnemer zelf genoemde klachten. De betreffende instrumenten zijn afgenomen bij deelnemers aan de interpersoonlijke vaardigheidstherapieën en bij cliënten die na verwijzing een wachtperiode doormaken waarin hun hoofdbehandeling doorloopt (controle-conditie). Deelname blijkt in grotere mate tot vaardigheidstoename en reductie van individuele vaardigheidsspecifieke klachten te leiden dan de controle-conditie. In tegenstelling tot de controle-conditie leidt de experimentele conditie tot toename van de algemene zelfwaardering. Meerdere deelnamen blijken, gezien de additioneel optredende verbetering, gerechtvaardigd. De effecten na een jaar tonen een voortgezette toename van vaardigheid en reductie van individuele klachten bij het bereikte deel van de geselecteerde groep.

NAWOORD

De interpersoonlijke vaardigheidstherapieën voor kansarmen hebben een vaste plaats ingenomen in het geheel van curatieve voorzieningen van de Limburgse RIAGG's.

De gestage groei van het aantal verwijzingen naar deze therapie-programma's gaat gepaard met een geleidelijke toename van het aantal door de projectgroep opgeleide therapeuten.

Het 'Goldsteinproject' is daarmee niet beëindigd.

Terwijl een serie vaardigheden voor doelmatig (rationeel) handelen op effectiviteit wordt beproefd, zijn therapie-programma's voor partners en voor cliënten met psychosomatische klachten in ontwikkeling.

De belangstelling uit de rest van Nederland en uit Vlaanderen heeft in het afgelopen jaar geleid tot een groot aantal voordrachten, demonstraties en workshops en tot een distributie-systeem voor de ontwikkelde therapeutische hulpmiddelen. Opmerkelijk is de aandrang uit andere sectoren van de geestelijke gezondheidszorg: psychiatrische streekcentra, psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen, instellingen voor sociaal-pedagogische (zwakzinnigen-)zorg en consultatiebureau's en klinieken voor verslaafden. Terwijl een aantal instellingen uit die sectoren de methoden reeds heeft ingevoerd in zijn dagelijkse werk, heeft de projectgroep in deze ontwikkeling aanleiding gezien om een breed samengestelde werkgroep te formeren die zich bezig houdt met de problemen die de toepassing van de interpersoonlijke vaardigheidstherapieën bij 'moeilijk lerende cliënten' met zich meebrengt. Daarin wordt getracht de protocollen aan te passen aan de kansarmsten onder de kansarmen.

SAMENVATTING

In het inleidende eerste hoofdstuk van dit proefschrift wordt de gebrekkige relatie van de hedendaagse psychotherapie met cliënten uit de lagere sociaal-economische klassen beschreven. Daarbij wordt ingegaan op de diverse pogingen die elders zijn en worden ondernomen om deze ongewenste kloof te overbruggen. Goldstein's structured learning therapy wordt geïntroduceerd als een methodiek die tegemoet komt aan de behoeften en mogelijkheden van cliënten uit lagere klassen. Het betreft een kortdurende, directieve werkwijze, met als hoofdcomponenten modeling, gedragsoefening, bekrachtiging en transfer-training, die gericht is op het aanleren van vaardigheden c.q. uitbreiding van het gedragsrepertoire.

Vergelijkingen tussen bevolkings- en cliënten-registratiegegevens wijzen uit dat onder degenen die zich voor hulp tot de Limburgse Regionale Instituten voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG's) wenden zich relatief veel mensen uit lagere klassen bevinden. Geconcludeerd wordt dat operationalisatie en implementatie van Goldstein's methode in de Limburgse RIAGG's op zijn plaats is.

In het tweede hoofdstuk wordt nagegaan welke ontwikkelingen de sociale leertheorie de laatste jaren heeft doorgemaakt en welke consequenties recente inzichten hebben voor vaardigheidstherapieën, meer speciaal voor de structured learning therapy. Deze ontwikkelingen en inzichten betreffen voornamelijk de '(her)-onderkenning' van de rol van cognitieve factoren in verklaringsmodellen van gedrag en gedragsverandering. Meer specifiek wordt ingegaan op Bandura's self-efficacy theory die persoon-

lijke verwachtingen van eigen competentie centraal stelt. Deze verwachtingen zijn gebaseerd op een viertal informatie-bronnen, waarvan daadwerkelijk gebleken bekwaamheid (performance accomplishment) de meest invloedrijke is. Geconstateerd wordt dat de structured learning therapy naast respons- en responsuitkomst-informatie ook informatie aanreikt relevant voor de ontwikkeling van persoonlijke competentieverwachtingen. Geconcludeerd wordt dat Goldstein's vaardigheidstherapie, gehetwaardigd in cognitief sociaal-leertheoretisch perspectief, met name door het performance-based karakter van de methode, nog steeds de best denkbare condities schept voor gedragsverandering in het interpersoonlijke domein.

In hoofdstuk 3 wordt getracht de keuze van interpersoonlijke vaardigheden, op te nemen in de te operationaliseren therapie-programma's, te onderbouwen. Gekozen wordt voor Leary's 'roos' als referentiekader voor het uitgebreide domein van interpersoonlijke gedragswijzen.

Een op dit model gebaseerde uitsprakenlijst, de Interpersonal Check List, wordt afgenomen bij een cliënten-steekproef. Na controles op het gebruikte instrument en het eraan ten grondslag liggende model wordt de doelgroep, cliënten uit lagere sociaal-economische klassen, vergeleken met de overige cliënten. Cliënten uit de doelgroep blijken zichzelf als meer saamhorig te beschrijven. Uit verdere databewerkingen kan worden afgeleid dat 'gedragstekorten' vooral betrekking hebben op leidingnemend en competitieve gedragswijzen, terwijl excessief gedrag voornamelijk betrekking heeft op helpend/verantwoordelijk en teruggetrokken interpersoonlijk gedrag. Uit deze 'assessment op groepsniveau' wordt afgeleid dat er in de doelgroep met name behoefte bestaat aan interpersoonlijke vaardigheidstherapieën waarmee men vaardigheden in het leggen en onderhouden van contacten, het actief reageren op anderen, het omgaan met eigen en andermans kwaadheid, het uitdrukking geven aan meningen en gevoelens en het ingaan tegen anderen, kan vergroten.

In hoofdstuk 4 wordt nader ingegaan op modeling met audiovisuele middelen. Deze wijze van modeling maakt het mogelijk een veelheid van kenmerken van modellen en van modelgedrag, die bepalend zijn voor de

invloed van modeling op gedrag, op gestandaardiseerde wijze op te nemen in therapieprogramma's. Ervaringen met geluidsbanden à la Goldstein leerden dat deze onvoldoende respons-informatie aandragen en onvoldoende bijdragen aan de attentie van cliënten. Als om die reden wordt overgegaan tot video-modeling blijkt dat aldus aangeboden audiovisuele informatie dermate complex kan zijn, dat cliënten de wezenlijk geachte respons-informatie onvoldoende kunnen onderscheiden van irrelevante ruis. Vandaar dat is overgegaan tot de productie van video-contrast-scènes, waarbij elke interactie tweemaal wordt getoond: eenmaal zonder en eenmaal met toepassing van de vaardigheid-zoals-bedoeld onder constanthouding van irrelevante achtergrond-informatie.

De inzet van eenzelfde acteur in contrast-scènes blijkt tenslotte noodzakelijk om bij cliënten de gewenste verwachtingen van persoonlijke competentie tot gedragsverandering op te roepen. Voor elk van de 9 interpersoonlijke vaardigheden is een video-modelingprogramma samengesteld met 3 contrast-scènes.

Hoofdstuk 5 biedt een beschrijving, toelichtingen op en verantwoording van het therapie-programma, zoals dat uiteindelijk vorm heeft gekregen. De vaardigheidstherapieën zijn bedoeld als aanvulling op c.q. ondersteuning van individuele (hoofd-)behandelingen.

Elk therapie-programma is gericht op het aanleren van één interpersoonlijke vaardigheid. In vier wekelijkse groepssessies van elk twee uur, geleid door twee therapeuten, vinden in hoog tempo imiterende-, anticiperende- en reconstruerende rollenspelen plaats. Elk type rollenspel kent fasen van modeling, gedragsoefening en bekrachtiging. De nadruk ligt op anticiperende rollenspelen die cliënten voorbereiden op toepassingen van de betreffende vaardigheid in eigen leefsituaties. De werkwijze wordt doorgelicht als toepassingsvorm van Goldstein's structured learning therapy. Tevens wordt het therapie-programma verantwoord als middel om persoonlijke competentie-verwachtingen te verhogen, te generaliseren en te versterken.

Om op efficiënte wijze de effecten te kunnen onderzoeken van de serie van 9 interpersoonlijke vaardigheidstherapieën voor weinig-geschoolde cliënten, is de ontwikkeling van een batterij vaardigheidsmeters

(Skims) ter hand genomen (hoofdstuk 6).

In gesprekken met cliënten zijn 'onvaardigheidsuitspraken' verzameld. Deze uitspraken zijn geherformuleerd tot 3-keuze-items. De aldus tot stand gekomen 9 'voorlopige Skims' zijn afgenomen bij groepen mannen en aan factor-analyses onderworpen. Elk van de 9 analyses leverde een eerste factor op, gekenmerkt door hoge ladingen van items die de mate uitdrukken waarin men zich in staat voelt, het moeilijk vindt, bang is om de betreffende interpersoonlijke activiteit uit te voeren.

Op basis daarvan zijn 9 'A-Skims' vastgesteld. In 4 van de 9 gevallen is een tweede factor gevonden die de mate betreft waarin men al dan niet tot adequate uitvoering van de interpersoonlijke activiteit wordt gehinderd door irritatie, ongeduld of ongeheerde kwaadheid.

Dit heeft tot de vaststelling van 4 'B-Skims' geleid. De interne consistenties van de 13 Skims blijken voldoende, evenals de test-hertest-correlaties.

Van een tweetal A-Skims is de validiteit nader onderzocht door groepen hoog- en laag-scoorders in 'analoge' geënceneerde interpersoonlijke situaties te observeren. In beide gevallen worden in een analoge live situatie hoog-scoorders door observatoren beoordeeld als 'vaardiger', in kwalitatief en kwantitatief opzicht, dan laag-scoorders. Dit verschil treedt niet op bij aanbieding van video-scènes, waarbij de proefpersonen gevraagd wordt zich te vereenzelvigen met een bepaalde speler en op voorgeschreven momenten te reageren. Tijdens de video-simulatie blijkt de hartslag-frequentie van de proefpersoon hoger dan tijdens de live-simulatie.

Een en ander wordt toegeschreven aan de niet-analoge kenmerken van de video-simulatie.

In het laatste hoofdstuk wordt de vraag naar de effectiviteit van de inmiddels in de ambulante geestelijke gezondheidszorg geïmplementeerde vaardigheidstherapieën aan de orde gesteld. Gekozen wordt voor doelgebonden en doelvrije uitkomst-criteria, die deels cliënt-specifiek zijn.

Bij deelnemers aan de interpersoonlijke vaardigheidstherapieën zijn, een week voor en een week na hun deelname, metingen verricht. Dezelfde gegevens zijn, op vergelijkbare tijdstippen, verzameld bij mensen op

de wachtlijst voor deelname aan een vaardigheidstherapie, die tijdens hun wachtperiode normaal contact houden met hun hoofdbehandelaar/verwijzer.

De vaardigheidstherapieën blijken aan hun doel te beantwoorden: verschil-scores van de experimentele groep tussen voor- en nametingen op de vaardigheidsmeters (Skims) blijken groter te zijn dan die van de wachtlijst-controle-groep terwijl ook de reductie van cliënt- en vaardigheid-specifieke klachten bij deelnemers groter is dan bij de controle-groep. De vaardigheidstherapieën blijken eveneens tot een significante toename van de zelfwaardering van cliënten te leiden in tegenstelling tot de individuele hoofdbehandelingen. Vergelijkingen tussen de experimentele en de controle-conditie ten aanzien van de mate waarin deze bijdragen aan reductie van cliënt-specifieke hoofdklachten leveren geen eenduidige verschillen op.

Deelname aan meerdere therapie-programma's, in de praktijk eerder regel dan uitzondering, blijkt verantwoord: vervolg-deelnamen zijn even effectief als eerste deelnamen in het (verder) vergroten van de zelfwaardering en reduceren van cliënt-specifieke hoofdklachten. Om de duurzaamheid van de effecten te onderzoeken is een 30-tal cliënten na een jaar opnieuw benaderd. Van 25 daarvan (83%) konden gegevens worden verkregen. Uit vergelijkingen tussen de eerste en de tweede nameting blijkt dat terwijl de zelfwaardering stabiel blijft, de interpersoonlijke vaardigheden verder toenemen en cliënt-specifieke klachten, zowel algemene hoofdklachten als vaardigheid-specifieke klachten, verder afnemen.

SUMMARY

The introductory chapter of this dissertation describes the poor relationship between contemporary psychotherapy and lower class clients. Past and current efforts made elsewhere to bridge the resulting gap are reviewed. Goldstein's structured learning therapy is presented as a method adapted to the needs and possibilities of lower income groups. The procedure is brief and directive, features modeling and reinforcement, as well as behaviour and transfer training, and aims at the acquisition of skills or the extension of behavioural patterns. When population and client records were compared, it was found that among those applying for relief to the Limburg Regional Institutions for ambulatory mental health care (so-called RIAGG's) the lower classes were represented in a relatively large proportion. The conclusion is drawn that operationalization and implementation of Goldstein's method within the Limburg RIAGG's are well commendable.

The second chapter considers the developments to which the social learning theory has been subject in the past few years and the consequences of recent views to skill therapies, more particularly to the structured learning therapy. These developments and views relate mainly to the '(re-)recognition' of the role played by cognitive factors in explaining-models of behaviour and its modification. The dissertation deals more specifically with Bandura's self-efficacy theory, which assigns a nuclear position to personal expectations about one's own competence. These expectations are based on four sources of information, actually proven performance accomplishment

being the most influential of them. It is established that the structured learning therapy, by the side of response and response-outcome information, also furnishes data relevant to the development of expectations regarding personal competence. Reconsidered in a cognitive social learning-theoretical perspective, and on the strength, notably, of the method's performance-based character, it is concluded that Goldstein's skill therapy still creates the best conceivable conditions for behaviour modification in the interpersonal domains.

In the third chapter it is tried to provide substance to the choice of interpersonal skills for incorporation in the therapy programmes to be operationalized. Leary's rose has been taken as a reference source for the wide range of interpersonal modes of behaviour. A list of statements supported on this model, the so-called Interpersonal Check List, is completed by a random client sample. After the tool employed in the investigations, as well as the underlying model, has been subjected to verification, the target group -i.e. clients from the lower social classes- are compared with the other clients. It appears that the former describe themselves as having a greater sense of solidarity.

Further data processing yields the inference that 'behavioural flaws' relate especially to the capability of adopting leading and competitive roles, whereas excessive behaviour is chiefly encountered in helping/responsible and withdrawing interpersonal behaviour. From this group-level assessment ensues the extrapolation that the target group have a great need for interpersonal skill therapies which are designed to improve such skills as are essential in initiating and maintaining contacts, responding actively to other people, channelling one's own and handling another person's anger, expressing opinions and feelings, and opposing others.

The fourth chapter deals with modeling in which audiovisual tools are used. This approach makes it possible for a multitude of enhancers -which are decisive to the influence modeling has on behaviour- to be included in therapy programmes in a standardized manner. Experiences with sound tapes of the kind employed by Goldstein have

shown that these offer insufficient response material, and that their contribution to the retention of client's attention is likewise inadequate. When video-modeling is applied on that ground, it appears that the audiovisual information thus presented may be of such complexity as to keep clients from suitably distinguishing essential response information from irrelevant noise. For this reason, production of video-contrast scenes has been changed over to, with every interaction being shown twice: once without and once with application of the envisaged skill, while keeping irrelevant background information on a constant level.

Finally, performance by the same actor in contrast scenes proves necessary to generate the desired expectations in clients with respect to competence in terms of behaviour modification. A video-modeling programme of 3 contrast scenes has been prepared for each of the 9 interpersonal skills in question.

The fifth chapter offers a description, elucidations and a justification of the therapy programme in its ultimate design. The skill therapies are intended to complement or support individual (principal) treatments. Each therapy programme aims at the acquisition of a single interpersonal skill.

Imitating, anticipatory and reconstructing role-playing takes place at a high rate during four weekly group sessions of 2 hours each, which are led by two therapists. Every type of role-playing encompasses phases for modeling, behaviour training and reinforcement. Emphasis is on anticipatory roles which prepare clients for application of the inherent skill in their own life situations.

The method is screened as an applied form of Goldstein's structured learning therapy. Furthermore, the therapy programme is justified as a tool for increasing, generalizing and reinforcing expectations of personal competence.

The sixth chapter discusses the development of a battery of skill meters, so-called Skims. These have been composed to facilitate efficient investigation of the effects achieved with the series of 9 interpersonal

skill therapies for lower class clients.

Talks were arranged with clients to collect 'statements about self-perceived unskillfulness', which were next reformulated into triple-choice items. The resulting batch of 9 tentative Skims was filled in by groups of males and subsequently examined by factor analysis. Each of the 9 analyses yielded a primary factor with high loadings of items expressing the subjects' feelings about participation in the proposed interpersonal activity in terms of difficulty and anxiety. On the basis of the outcome, 9 'A' Skims were composed. In 4 out of 9 cases a second factor was found, which revealed the extent to which the adequacy of a participant's performance of the interpersonal activity was hampered by irritation, impatience or uncontrolled anger.

At this point, 4 'B' Skims were defined.

Internal consistencies proved sufficient throughout the set of, now, 13 Skims in all, as did the correlations between the first and the repeated tests. The validity of 2 'A' Skims was examined more exhaustively, with observation of groups of high- and low-score subjects in analogue interpersonal situations set up in the laboratory. In either case observers judged the performance of the high-score groups to be superior in both quality and quantity to that of the low-score participants in a live analogue situation. This difference was not confirmed when video scenes were offered and subjects were asked to identify with a certain player and to react at fixed points of time. During the video simulation heart rate appeared higher than in the live simulation. This was attributed to the non-analogue elements characterizing the video simulations.

The last chapter raises the effectiveness of the skill therapies meanwhile incorporated in the activities of the ambulatory mental health institutions. The choice is for both goal-based and goal-free criteria, some of which are client-specific.

Participants of the interpersonal skill therapies were subjected to measurements one week before and one week after participation. The same data were collected at comparable points of time with people who occurred on a waiting list for participation in a skill therapy and

who maintained normal contacts with their principal -and referring-therapist during the waiting period.

The skill therapies have been found to meet their goal: difference-scores for the experimental group between pre- and post-measurements by the Skims proved to exceed those of the waiting-list control group, while also the reduction of client- and skill-specific complaints of participants was greater than in the control group.

The skill therapies have further demonstrated to lead to a significant increase in clients' self-esteem, contrary to the individual principal treatments. Comparison of experimental and control conditions for the extent to which they contribute to reduction of client-specific, principal complaints do not reveal any distinct discrepancies.

Participation in several therapy programmes -which is rather the rule than the exception in practice- has shown to be justified: repetitive participations are as effective as the initial ones as far as the (continued) increase of self-esteem and reduction of client-specific principal complaints are concerned.

In order to check the lasting quality of the effects, 30 clients were reapproached after 1 year. Information could be obtained about 25 people (83%). Comparison of the first and the second remeasurements disclosed that, while self-esteem remains stable, interpersonal skills continue to improve and client-specific complaints -whether general, or skill-specific- are subject to further reduction.

LITERATUUR

- Alden, L. en R. Cappe: Nonassertiveness: skill deficit or selective self-evaluation. *Behavior Therapy*, 1981, 12, 107-114.
- Andriessen, J.H.Th.: Interne of externe beheersing.
Ned. T. voor Psychologie, 1972, 27, 173-189.
- Armstrong, R.G.: The Leary Interpersonal Checklist: A reliability study. *J. of Clin. Psychol.*, 1958, 14, 393-394.
- Arrindell, W.A., P.M. de Groot en J.A. Walburg: *Schaal voor interpersoonlijk gedrag*. Lisse, Swets & Zeitlinger, 1980.
- Atkinson, J.W.: *Motives in fantasy, action and society*.
New York, Princeton, 1963.
- Bandura, A., D. Ross, S. Ross: Imitation of film-mediated aggressive models. *J. Abnormal and Social Psychology*, 1963 (a), 66, 3-11.
- Bandura, A., D. Ross, S. Ross: Vicarious reinforcement and imitative learning. *J. Abnormal and Social Psychology*, 1963 (b), 67, 601-607.
- Bandura, A.: Influence of models' reinforcement contingencies on the acquisition of imitative responses. *J. of Personality and Social Psychology*, 1965 (a), 1, 589-595.
- Bandura, A.: Vicarious processes: A case of no-trial learning. In: L. Berkowitz (ed.): *Advances in experimental social psychology*, vol. II. New York, Academic Press, 1965 (b).
- Bandura, A., F. Menlove: Factors determining vicarious extinction of avoidance behavior through symbolic modeling. *J. of Personality and Social Psychology*, 1968, 8, 2, 99-108.
- Bandura, A.: *Principles of behavior modification*.
New York, Holt, Rinehart and Winston, 1969.

- Bandura, A., R.W. Jeffery and E. Gajdos: Generalizing change through participant modeling with self-directed mastery. *Behaviour Research and Therapy*, 1975, 12, 141-152.
- Bandura, A.: *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, N.J., Prentice Hall, 1977.
- Bandura, A.: Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 1977, 84, 2, 191-215.
- Bandura, A., N.E. Adams en J. Beyer: Cognitive processes mediating behavioral change. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1977, 35, 3, 125-139.
- Bandura, A.: Reflections on self-efficacy. In: C.M. Franks en G.T. Wilson: *Annual Review of Behavior Therapy, theory and practice*. New York, Brunner/Mazel, 1979.
- Bandura, A., N.E. Adams, A.B. Hardy en G.N. Howells: Tests of the generality of self-efficacy theory. *Cognitive Therapy and Research*, 1980, 4, 1, 39-66.
- Barlow, D.H., G.G. Abel, E.B. Blanchard, A.R. Bristow en L.D. Young: A heterosocial skills behavior checklist for males. *Behavior Therapy*, 1977, 8, 229-239.
- Battle, C.C., S.D. Imber, R. Hoehn-Saric, A.R. Stone, E.R. Nash, J.D. Frank: Target complaints as criteria of improvement. *Am. J. of Psychotherapy*, 1966, 20, 184-192.
- Beck, A.T.: *Cognitive therapy and emotional disorders*. New York, Intern. Univ. Press, 1976.
- Beekers, M., B. Beekers, J. Bongaarts en J. Peters: Psychotherapeutische hulpverlening aan cliënten uit de lagere sociaal-economische klassen: Een keuze voor Goldstein. *T. voor Psychotherapie*, 1980, 6, 87-98.
- Beekers, M. en J. Gooijen: Spel met grenzen: Een Goldsteintherapie. *T. voor Psychotherapie*, 1980, 6, 326-337.
- Beekers, M.: Videomodellen in vaardigheidstherapieën. *De Psycholoog*, 1980, 11, 629-636.
- Beekers, M. en R. Halfens: Met het oog op vaardigheidstherapieën: Cliënten over hun interpersoonlijk gedrag. *T. voor Psychotherapie*, 1981, 6, 318-327.

- Bellack, A.S., M. Hersen en S.M. Turner: Role playing tests for assessing social skills: Are they valid?
Behavior Therapy, 1978, 9, 448-461.
- Bellack, A.S., M. Hersen en D. Lamparski: Role playing tests for assessing social skills: Are they valid? Are they useful?
J. of Consulting and Clinical Psychology, 1979, 47, 335-342.
- Bellack, A.S. en M. Hersen (eds.): *Research and practice in Social Skills Training*. New York, Plenum, 1979.
- Berger, S.M.: Incidental learning through vicarious reinforcement.
Psychological Reports, 1961, 9, 477-491.
- Bernstein, B.: Social class, speech systems and psychotherapy.
Br. J. of Sociology, 1964, 15, 54-64
- Brian, M. en G.T. Wilson: Treatment of phobic disorders using cognitive and exposure methods: A self-efficacy analysis.
J. of Consulting and Clinical Psychology, 1981, 49, 6, 886-899.
- Borgatta, E.F.: Analysis of social interaction: Actual, role playing and projective. *J. of Abnormal and Social Psychology*, 1955, 51, 394-405.
- Borgatta, E.F.: Rankings and self-assessments: Some behavioral characteristics replication studies. *J. of Social Psychology*, 1960, 52, 297-307.
- Borgatta, E.F.: The structure of personality characteristics.
Behavioral Science, 1964, 9, 8-17.
- Borkovec, T.D., D.J. Fleishman en J.A. Caputo: The measurement of anxiety in an analogue social situation. *J. of Consulting and Clinical Psychology*, 1973, 41, 1, 157-161.
- Bourque, P. en R. Ladouceur: Self-report and behavioral measures in the assessment of assertive behavior. *J. of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 1979, 10, 287-292.
- Bremer, J.J.C.B.: *De ziekenhuispatiënt*.
Utrecht, Dekker en V.d. Vegt, 1972.
- Briar, S. en J. Bieri: A factor analytic and trait inference study of the Leary Interpersonal Checklist. *J. of Clinical Psychology*, 1963, 19, 193-198.

- Brinkman, W. en J. Hox: *Een assertiviteitsschaal I*.
Intern rapport, G.U. Amsterdam, 1977.
- Brinkman, W.: *Een assertiviteitsschaal II*.
Intern rapport, G.U. Amsterdam, 1977.
- Brown, R.: *Social Psychology*.
London, Collier-McMillan, 1965.
- Brown, R.D., L.A. Brown en J.E. Davidson: Instructional treatments, presenter types and learner characteristics as significant variants in instructional television for adults. *J. of Educational Psychology*, 1975, 67, 391-404.
- Burkhart, B.R., S.B. Green en W.H. Harrison: Measurement of assertive behavior: Construct and predictive validity of self-report, role-playing and in vivo measures. *J. of Clinical Psychology*, 1979, 35, 2, 376-383.
- Callner, D.A. en S.M. Ross: The reliability and validity of three measures of assertion in a drug addict population. *Behavior Therapy*, 1976, 7, 659-667.
- Carson, R.C.: *Interaction concepts of Personality*.
London, G. Allen and Unwin Ltd., 1969.
- Carter, L.F.: Evaluating the performance of individuals as members of small groups. *Personnel Psychology*, 1954, 7, 477-484.
- Clarke, J.V. en H. Arkowitz: Social anxiety and self-evaluation of interpersonal performance. *Psychological Reports*, 1975, 36, 211-221.
- Cole, N.J., C.H. Branch en R.B. Allison: Some relationships between social class and the practice of dynamic psychotherapy. *Am. J. of Psychiatry*, 1962, 118, 1004-1012.
- Curran, J.P.: Social skills: Methodological issues and future directions. In: A.S. Bellack en M. Hersen (eds.): *Research and practice in Social Skills Training*. New York, Plenum, 1979.
- Cuvelier, F.J.: *De Stad van Azen; Een topologische verkenning van de krachten tussen mensen*. Kapellen, De Ned. Boekhandel, 1976.
- Cuvelier, F.: Psychodrama en interaktiedrama, sociodrama en roltraining. *T. voor Psychotherapie*, 1976, 2, 206-213.
- Cuvelier, F.J.: *Imaginaire en sociale interactie*.
Hove, Interactie-Akademie, 1977.

- Dam, R. van en F. Kraaimaat: Assertieve training.
In: *Handboek voor Gedragstherapie*. Deventer, Van Loghum Slaterus, 1979, B, 7.
- Dantzig, A. van: Instituut voor Multidisciplinaire Psychotherapie (IMP).
In: M.A.J. Romme(red.): *Voorzieningen in de geestelijke gezondheidszorg*. Alphen a/d Rijn, Samson, 1978.
- DeCharms, R. en M.E. Rosenbaum: The problem of vicarious experiences.
In: D. Wilner (ed.): *Decisions, values and groups*.
New York, Pergamon, 1960.
- Decker, Th., F. van Ham en H. Vroemen: *Registratiegegevens 1975, 1976 en 1977 S.G.G.Z.-Maastricht e.o.*
Afdeling Administratie, niet gepubliceerd, 1978.
- Denholtz, M., E. Mann: An automated audiovisual treatment of phobias administered by non-professionals. *J. of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 1975, 6, 111-115.
- Diekstra, R.F.W.: *Interpersonal Checklist; Nederlandse bewerking*.
Niet gepubliceerd, Nijmegen, 1972.
- Diekstra, R.F.W. en J.L. Truckenmiller: *Cross-culturele structurele validatie van de Interpersonal Checklist*. Niet gepubliceerd, Nijmegen, 1977.
- Dohrenwend, B.P. en B.S. Dohrenwend: *Social status and psychological disorder: A causal inquiry*. New York, Wiley, 1969.
- Eisler, R.M., P.M. Miller en M. Hersen: Components of assertive behavior. *J. of Consulting and Clinical Psychology*, 1973, 29, 295-299.
- Eisler, R.M., M. Hersen, P.M. Miller en E.B. Blanchard: Situational determinants of assertive behavior. *J. of Consulting and Clinical Psychology*, 1975, 43, 330-340.
- Eisler, R.M.: The behavioral assessment of social skills. In: M. Hersen en S.A. Bellack: *Behavioral Assessment*.
New York, Pergamon Press, 1976.
- Ellis, A.: *Humanistische psychotherapie - de rationeel-emotieve benadering*. Deventer, Van Loghum Slaterus, 1979.
- Farrell, A.D., M.J. Mariotto, A.J. Conger, J.P. Curran en J.L. Wallander: Self-ratings and judges ratings of heterosexual social anxiety and skill: a generalizability study. *J. of Consulting and Clinical Psychology*, 1979, 1, 164-175.

- Fiedler, D. en L.R. Beach: On the decision to be assertive.
J. of Clinical Psychology, 1978, 46, 537-546.
- Foa, U.G.: Convergences in the analysis of the structure of interpersonal behavior. *Psychological Review*, 1961, 68, 341-353.
- Galassi, M.D. en J.P. Galassi: The effects of role playing variations on the assessment of assertive behavior.
Behavior Therapy, 1976, 7, 343-347.
- Galassi, J.G., J.G. Hollandsworth, J.C. Radecki, M.L. Gay, M.R. Howe en C.L. Evans: Behavioral performance in the validation of an assertiveness scale. *Behavior Therapy*, 1976, 7, 447-452.
- Gambrill, E.D. en C.A. Richey: An assertion inventory for use in assessment and research. *Behavior Therapy*, 1975, 6, 550-561.
- Gambrill, E.D.: *Behavior modification: Handbook of assessment, intervention and evaluation*. San Francisco, Jossey-Bass, 1977.
- Gleiss, Seidel en Abholz: *Soziale Psychiatrie: Zur Ungleichheit in der psychiatrischen Versorgung*. Frankfurt a/d M, Fischer Verlag, 1973.
- Goldstein, A.P.: *Structured learning therapy, toward a psychotherapy for the poor*. New York, Academic Press, 1973.
- Goldstein, A.P., A.W. Goedhart en H.R. Wijngaarden: Modelling in de psychotherapie bij patiënten uit de lagere sociale klasse.
In: Cassee, Boeke en Barendregt: *Klinische Psychologie in Nederland, deel 2*. Deventer, Van Loghum Slaterus, 1973.
- Goldstein, A.P., R.P. Sprafkin en W.J. Gershaw: *Skill training for community living: applying structured learning therapy*.
New York, Pergamon Press, 1976.
- Goldstein, A.P., F.H. Kanfer (eds.): *Maximizing treatment gains, transfer enhancement in psychotherapy*. New York, Academic Press, 1979.
- Goldstein, A.P., R.P. Sprafkin, N.J. Gershaw en P. Klein: *Skillstreaming the adolescent*. Champaign, Illinois, Research Press, 1980.
- Goldstein, A.P.: *Psychological Skill Training, the structured learning therapy*. New York, Pergamon Press, 1981.
- Gorecki, P.R., A.L. Dickson, H.N. Anderson en G.E. Jones: Relationship between contrived in vivo and role-playing assertive behavior.
J. of Clinical Psychology, 1981, 37, 104-107.

- Gould, R.E.: Dr. Strangeclass: Or how I stopped worrying about the theory and began treating the blue-collar worker. *Am. J. of Orthopsychiatry*, 1967, 37, 78-86.
- Green, A., G. Marlatt: Effects of instructions and modeling upon affective and descriptive verbalization. *J. of Abnormal Psychology*, 1972, 80, 189-196.
- Groenman, N.H.: *Zelfbeeld en borstbeeld*. Groningen, dissertatie R.U., 1978.
- Halford, K. en M. Foddy: Cognitive and social skills correlates of social anxiety. *Br. J. of Clinical Psychology*, 1982, 21, 17-28.
- Hasselt, V.B. van, M. Hersen en A.S. Bellack: The validity of role play tests for assessing social skills in children. *Behavior Therapy*, 1981, 12, 202-216.
- Heimberg, R.G., D. Montgomery, C.H. Madsen Jr. en J.S. Heimberg: Assertion training: A review of the literature. *Behavior Therapy*, 1977, 8, 953-971.
- Heimberg, R.G., D.F. Harrison, L.S. Goldberg, S. DesMarais en S. Bleu: The relationship of self-report and behavioral assertion in an offender population. *J. of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 1979, 10, 283-286.
- Hettema, P.J.: Ontwikkelingen in de interactionistische persoonlijkheidspsychologie. *De Psycholoog*, 1982, 17, 4, 157-166.
- Higgins, R.L., R.R. Alonso en M.G. Pendleton: The validity of role-play assessments of assertiveness. *Behavior Therapy*, 1979, 10, 655-662.
- Hodges, W.F. en C.D. Spielberger: The effects of threat of shock on heart rate for subjects who differ in manifest anxiety and fear of shock. *Psychophysiology*, 1966, 2, 4, 287-295.
- Hollingshead, A.B. en F.C. Redlich: *Social class and mental illness*. New York, Wiley, 1958.
- Johnson, L.C. en A. Lubin: On planning psychophysiological experiments. In: Greenfield, N.S. en R.A. Sternbach: *Handbook of Psychophysiology*. New York, Holt, Rinehart and Winston, 1972.
- Jones, E.: Social class and psychotherapy: A critical review of research. *Psychiatry*, 1974, 37, 307-320.

- Kanfer, P.H., P. Karoly en A. Newman: Source of feedback, observational learning and attitude change. *J. of Personality and Social Psychology*, 1974, 29, 30-38.
- Kazdin, A.E.: The effects of model identity and fear-relevant similarity on covert modeling. *Behavior Therapy*, 1974, 5, 624-635.
- Kazdin, A.E.: Covert modeling, model similarity and reduction of avoidance behavior. *Behavior Therapy*, 1974, 5, 325-340.
- Kiesler, J.D.: *Use of individualized measures in psychotherapy and mental program evaluation research: A review of target complaints, problem oriented record and goal attainment scaling.* Virginia Common Wealth University, 1977.
- Knippenberg, F. van: *Exploratief onderzoek naar het interpersoonlijk gedrag van thuislozen.* Nijmegen, doctoraalscriptie, 1978.
- Kohn, M.L.: *Class and conformity, a study in values.* Homewood, Illinois, Dorsey Press, 1969.
- Kouwer, B.J.: Een bewerking van de contrastprofielen-methode van Osgood. *Ned. T. v.d. Psychologie*, 1958, 13, 1-4.
- Kouwer, B.J.: Onaangename situaties. *Ned. T. v.d. Psychologie*, 1961, 16, 117-125.
- Kreitler, H. en S. Kreitler: Validation of psychodramatic behaviour against behaviour in real life. *Br. J. of Medical Psychology*, 1968, 41, 185-192.
- Krumboltz, J., N. Thoresen (eds.): *Behavioral counseling: Cases and techniques.* New York, Holt, Rinehart and Winston, 1969
- Laforge, R. en R.F. Suczek: The international dimension of personality III: An Interpersonal Checklist. *J. of Personality*, 1955, 24, 34-55.
- Lang, P.J.: The application of psychophysiological methods to the study of psychotherapy and behavior modification. In: Bergin, A.E. en S.L. Garfield: *Handbook of psychotherapy and Behavior Change.* New York, Wiley, 1971.
- Lazarus, A.: Behavioral rehearsal versus non-directive therapy versus advice in effecting behavior change. *Behavior Research and Therapy*, 1966, 4, 209-212.

Leary, T.: *Interpersonal Diagnosis of Personality*.

New York, Ronald Press Company, 1957.

Liberman, R.P.: *Persoonlijke effectiviteit*.

Amsterdam, Bakker, 1977.

Lick, J.R. en E.S. Katkin: *Assessment of Anxiety and Fear*.

In: Hersen, M. en A.S. Bellack: *Behavioral Assessment, a practical Handbook*. New York, Pergamon Press, 1976.

Lipinsky, D. en R. Nelson: Problems in the use of naturalistic observation of depressed persons. *J. of Couns. and Clinic. Psychology*, 1974a, 40, 304-312.

Lipinsky, D. en R. Nelson: Problems in the use of naturalistic observation as a means of behavioral assessment. *Behavior Therapy*, 1974b, 5, 341-351.

Lorion, R.P.: Research on psychotherapy and behavior change with the disadvantaged. In: Garfield, S.L. en A.E. Bergin (eds.): *Handbook of psychotherapy and behavior change, second edition*. New York, Wiley, 1978.

Lorr, M. en D.M. McNair: An interpersonal behavior circle. *J. of Abnormal Soc. Psychol.*, 1963, 67, 68-75.

Lundberg, M.J.: *The incomplete adult*. Westport, Conn., Greenwood Press, 1974.

Lykken, D.T., R. Rose, B. Luther en M. Maley: Correcting psychophysiological measures for individual differences in range. *Psychological Bulletin*, 1966, 66, 6, 481-484.

Marlatt, G.: Task structure and the experimental modification of verbal behavior. *Psychological Bulletin*, 1972, 78, 335-350.

Marzillier, J.S., C. Lambert en J. Kellest: A controlled evaluation of systematic desensitisation and social skills training for socially inadequate psychiatric patients. *Behavior Research and Therapy*, 1976, 14, 225-238.

McFall, R.M. en A.R. Marston: An experimental investigation of behavior rehearsal in assertive training. *J. of Abnormal Psychology*, 1970, 76, 2, 295-303.

McFall, R.M.: Analogue methods in behavioral assessment: Issues and prospects. In: J.D. Cone en R.P. Hawkins (eds.): *Behavioral Assessment*. New York, Bruner/Mazel, 1977.

- Meichenbaum, D.H.: *Cognitive-Behavior Modification*.
New York, Plenum Press, 1977.
- Meillo, J. en A. Goedhart: Sociodrama, een sociale therapie.
Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 1980, 35, 15-31.
- Meltzoff, J. en M. Kornreich: *Research in psychotherapy*.
New York, Atherton Press, 1970.
- Miller, S.M. en F. Riessman: The working class subculture: A new view.
In: A.L. Grey (ed.): *Class and personality in society*.
New York, Atherton Press, 1969.
- Mischel, W.: Toward a cognitive social learning reconceptualization
of personality. *Psychological Review*, 1973, 80, 4, 252-283.
- Nemetz, G., K. Craig, G. Reith: Treatment of female sexual dysfunctions
through symbolic modeling. *J. of Consulting and Clinical Psychology*,
1978, 46, 1, 62-73.
- Nietzel, M.T. en D.A. Bernstein: Effects of instructionally mediated
demand on the behavioral assessment of assertiveness.
J. of Consulting and Clinical Psychology, 1976, 44, 500.
- Nijhof, G.: *Sociale ongelijkheid en psychische storingen*.
Nijmegen, Link, 1979.
- O'Banien, K. en H. Arkowitz: Social anxiety and selective memory for
affective information about the self. *J. of Consulting and
Clinical Psychology*, 1977, 45, 217-218.
- O'Connor, R.: Modification of social withdrawal through symbolic
modeling. *J. of Applied Behavior Analysis*, 1969, 2, 15-22.
- O'Dell, S.L., J.A. O'Quin, B.A. Alford, A.L. O'Briant, A.S. Bradlyn
en J.E. Giebenhain: Predicting the acquisition of parenting skills via
four training methods. *Behavior Therapy*, 1982, 13, 194-208.
- Ormel, H.: Moeite met leven of een moeilijk leven.
Intermediair, 1981, 17, 35, 57-63.
- Osgood, C.E., G.J. Suci en P.H. Tannenbaum: *The measurement of meaning*.
Urbana, Illinois, Univ. of Illinois, 1957.
- Phillips, E.L.: *The social skills basis of psychopathology*.
New York, Grune and Stratton, 1978.
- Pijpe, G.: Psychotherapie met de patiënt van laag ontwikkelingsniveau.
T.v. Psychotherapie, 1976, 2, 71-80.

- Rapaport, L.: The state of crisis: Some theoretical considerations.
Social Service Review, 1962, 36, 211-217.
- Rathus, S.A.: A 30-item schedule for assessing assertive behavior.
Behavior Therapy, 1973, 4, 398-406.
- Riessman, F. en S. Scribner: The underutilization of mental health services by workers and low-income groups: causes and cures.
Am. J. of Psychiatry, 1965, 121, 798-801.
- Riksen, B.: Subassertiviteit en cognitie, een assertieve training op basis van Bandura's sociale-leertheorie.
Gedrag, T.v. Psychologie, 1981, 9, 1, 38-55.
- Rosenberg, M.: *Society and the adolescent self-image*.
Princeton, Princeton University Press, 1965.
- Rosenthal, T., A. Bandura: Psychological modeling: Theory and practice.
In: Garfield, S. en A. Bergin (eds.): *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York, John Wiley and Sons, 1978.
- Rotter, J.B.: Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psych. Monographs*, 1966, 80, 1-28.
- Rubin, L.B.: *Worlds of pain*.
New York, Basic Books, 1976.
- Samenlevingsopbouw Zuidelijk Limburg: *Verslag van een onderzoek naar het vormings- en ontwikkelingswerk voor volwassenen in de regio Zuidelijk Limburg*. Niet gepubliceerd, 1978.
- Sanders, G.J.E.M.: *Het gewone en het bijzondere van de homoseksuele leefsituatie*. Deventer, Van Loghum Slaterus, 1977.
- Schaefer, E.S.: A circumplex model for maternal behavior.
J. of Abnorm. Soc. Psychol., 1959, 59, 226-235.
- Schagen, S.: Meten met matige maten: Over uitkomstcriteria bij het onderzoek naar psychotherapie. *Ned. T. Psychologie*, 1979, 34, 65-85.
- Schmidt, W., R.G. Smart en M.K. Moss: *Social class and the treatment of alcoholism*. Toronto, Univ. of Toronto Press, 1968.
- Schofield, W.: *Psychotherapy, the purchase of friendship*.
Englewood Cliffs, Prentice Hall, 1964.
- Schouten, J.: *Ik ben d'r ook nog*.
Amsterdam, Boom, 1977.

- Schutz, W.C.: *The interpersonal underworld*.
Palo Alto, Science and Behavior Books, 1966.
- Schutz, H.: Gedragstherapie bij IMP-cliënten -een statistisch demografisch onderzoek. *De Psycholoog*, 1981, 16, 10, 690-701.
- Schwartz, R.M. en J.M. Gottman: Toward a task analysis of assertive behavior. *J. of Consulting and Clinical Psychology*, 1976, 44, 910-920.
- Scott, J.D. en J.G. Phelan: Expectations of unemployable males regarding source of control of reinforcement.
Psychological Reports, 1969, 25, 911-913.
- Shapiro, M.B.: A method of measuring psychological changes specific to the individual psychiatric patient.
Br. J. of Medical Psychology, 1961, 34, 151-155.
- Skillings, R.E., M. Hersen, A.S. Bellack, M.P. Becker: Relationship of specific and global measures of assertion in college females.
J. of Clinical Psychology, 1978, 34, 346-353.
- Sloane, R.B., F.R. Staples, A.H. Cristol, N.J. Yorkston en K. Whipple: *Psychotherapy versus behavior therapy*.
Cambridge, Harvard Univ. Press, 1975.
- Smith, R.E. en G. Sarason: Social anxiety and the evaluation of negative interpersonal feedback. *J. of Consulting and Clinical Psychology*, 1975, 43, 429.
- Son, M.J.M. van: *Sociale vaardigheidstherapie, gedragstherapie en sociaal gedrag*. Amsterdam, Swets & Zeitlinger, 1978.
- Son, M.J.M. van: Ontwikkelingen binnen de sociale vaardigheidstherapieën. *Bulletin van de Vereniging voor Gedragstherapie*, 1980, 13, 3, 3-24.
- Spiegler, M., R. Liebert, M. McMains, L. Fernandez: Experimental development of a modeling treatment to extinguish persistent avoidance behavior. In: R. Rubin en C. Franks (eds.): *Advances in behavior therapy 1968*. New York, Academic Press, 1969.
- Spielberger, C.D.: *Anxiety; current trends in theory and research*. New York, Academic Press, 1972.
- Stanton, H.R. en E. Litwak: Toward the development of a short-form test of interpersonal competence. *American Sociological Review*, 1955, 20, 668-674.

- Steffen, J.J. en J. Redden: Assessment of social competence in an evaluation-interaction analogue.
Human Communication Research, 1977, 4, 1, 30-37.
- Strupp, H.H.: Psychotherapy Research and Practice: An overview.
In: S.L. Garfield en A.E. Bergin (eds.): *Handbook of psychotherapy and behavior change*, second edition. New York, Wiley, 1978.
- Stufkens, T.: *Een introductiekursus voor Psychotherapie*.
Utrecht, dissertatie R.U., 1977.
- Stuurgroep Maatschappelijke Spreiding Psychotherapie: *Verslag van de Stuurgroep Maatschappelijke Spreiding Psychotherapie - (Libo-project)*. Niet gepubliceerd, 1976.
- Stuurgroep Maatschappelijke Spreiding Psychotherapie: *Libo-project 1977 - Jaarverslag van de landelijke stuurgroep en plaatselijke coördinatoren Maatschappelijke Spreiding Psychotherapie*.
Niet gepubliceerd, 1978.
- Sullivan, H.S.: *The interpersonal theory of psychiatry*.
New York, Horton, 1953.
- Theunissen, J.: *Samenvatting literatuur psychofysiologische aspecten van emoties, m.n. angst en hartslag*. Maastricht, intern rapport Goldsteinproject, 1980.
- Trower, P., B. Bryant en M. Argyle: *Social skills and mental health*.
London, Methuen, 1978.
- Truckenmiller, J.L.: *Equivalence of personality structure in Leary's Interpersonal System of diagnosis*. Diss., Virginia University, 1971.
- Turck, B. de: *Politiserende hulpverlening, een oriëntering*.
Nijmegen, Link, 1978.
- Twentyman, C.T. en R.M. McFall: Behavior training of social skills in shy males. *J. of Consulting and Clinical Psychology*, 1975, 43, 3, 384-395.
- Twentyman, C.T. en R.T. Zimmering: Behavioral training of social skills: A critical review. In: M. Hersen, R.M. Eisler en P.M. Miller (eds.): *Progress in behavior modification*, vol. 7. New York, Academic Press, 1979.

- Velden, K. van der en T. Vreeken: Recht op hulp: Twee notities over de opzet van een maatschappelijk relevant RIAGG in Rotterdam.
Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid, 1977, 32, 760-772.
- Velden, K. van der (red.): *Direktieve therapieën*.
 Deventer, Van Loghum Slaterus, 1977.
- Walburg, J.A.: Alcoholisme en sociaal gedrag.
T. Alc. Drugs, 1980, 6, 2, 52-60.
- Walk, R.D.: Self ratings of fear in a fear-invoking situation.
J. of Abnormal and Social Psychology, 1956, 22, 171-178.
- Waskov, I.E. en M.B. Parloff (eds.): *Psychotherapy change measures*
 Washington, NIMH, 1975.
- Wessberg, H.W., M.J. Mariotto, A.J. Conger, A.D. Farrell en J.C. Conger:
 Ecological validity of role plays for assessing heterosocial anxiety and skill of male college students. *J. of Consulting and Clinical Psychology*, 1979, 47, 3, 525-535.
- Westerlaak, J., J. Kropman en J. Collaris: *Beroepenklapper*.
 Nijmegen, I.T.S., 1975.
- Whalen, C.: Effects of a model and instruction on group verbal behaviors. *J. of Consulting and Clinical Psychology*, 1969, 33, 509-521.
- Wijngaarden, H.R.: *Nog enige beschouwingen over de conflictuologie*.
 Openbaar afscheidscollege, V.U., 1978.
- Willems, L.F.M., H.A. Tuender-de Haan en P.B. Defares: Een schaal om sociale angst te meten. *Ned. T.v.d. Psychologie*, 1973, 28, 415-422.
- Williams, C.L. en A.R. Ciminero: Development and validation of a heterosexual skills inventory: The survey of heterosexual interactions for females. *J. of Consulting and Clinical Psychology*, 1978, 46, 6, 1547-1548.
- Wolpe, J.: *Psychotherapy by reciprocal inhibition*.
 Stanford, Stanford Univ. Press, 1958.
- Wolpe, J. en A.A. Lazarus: *Behavior Therapy Techniques*.
 New York, Pergamon Press, 1966.
- Wolpe, J.: *The practice of behavior therapy*.
 New York, Pergamon Press, 1973
- Yussen, S.R.: Determinants of visual attention and recall in observational learning by preschoolers and second graders.
Developmental Psychology, 1974, 10, 93-100.

BIJLAGE 1 : VERWIJZEN NAAR GOLDSTEINTHERAPIEËN

Hieronder volgen enige opmerkingen betreffende verwijzingen naar Goldsteintherapieën. Zoals U weet, zijn deze kortdurende vaardigheidstherapieën bedoeld voor cliënten uit lagere sociaal-economische klassen.

A. Verwijzen naar een vaardigheidstherapie heeft zin als een van de vier volgende uitspraken van kracht is:

1. het niet-uitgerust zijn met de betreffende vaardigheid is te beschouwen als het centrale probleem van de cliënt, of als een onderdeel van dat centrale probleem.

Voorbeeld: een cliënt meldt zich met (of komt na samenspraak met zijn hulpverlener tot de conclusie dat) 'ik kan niet voor mezelf opkomen, ik laat maar over me heen lopen'.

Verwijzen naar 'opkomen voor je mening'.

Voorbeeld: een cliënt blijkt met alles en iedereen ruzie te hebben (thuis, op het werk, etc.). In samenspraak met zijn hulpverlener komt hij tot het besef dat hij door zijn wijze van omgaan met conflicten (aldoor weglopen, of destructief worden) deze situaties zelf veroorzaakt en/of in stand houdt.

Verwijzen naar: 'uiten van kwaadheid'

en/of 'reageren op kwaadheid'

2. cliënt's centrale probleem wordt (mede) in stand gehouden door bepaalde vaardigheidstekorten.

Voorbeeld: cliënt is verslaafd aan alcohol en wil daar vanaf. Eerdere pogingen daartoe mislukten. Terugval blijkt vooral op te treden op momenten dat hij zich niet opgewassen voelt tegen ontmoetingen/gesprekssituaties waarin zaken uit- en bijgepraat moeten worden. Verwijzen naar 'iets bepraten'.

Voorbeeld: cliënt durft nergens alleen naar toe. Dit probleem wordt mede in stand gehouden door de angst iemand te ontmoeten, aangesproken te worden, en zich dan niet te kunnen handhaven. Verwijzen naar 'praatje maken' of 'luisteren'.

3. Uitvoering van een behandelingsplan wordt bemoeilijkt doordat cliënt een bepaalde vaardigheid ontbeert.

Voorbeeld: behandelingsplan is erop gericht cliënt uit zijn isolement te halen, hem sociaal actiever te laten worden. Dan blijkt dat cliënt niet in staat is contacten te leggen, mensen aan te spreken, etc. Verwijzen naar 'een praatje maken'.

Voorbeeld: een hulpverlener is bezig met een echtpaartherapie, en wil op zeker moment de huiswerk-opdracht meegeven: elke dag één 'positieve boodschap' naar elkaar. Blijkt dat de man (los van de relatieproblematiek) niet tot dergelijke boodschappen in staat is. Verwijzen naar 'uiten van genegenheid en waardering'.

4. Terwijl cliënt's centrale probleem nagenoeg 'opgelost' is, voorziet de hulpverlener dat cliënt weer in nieuwe problemen zal geraken omdat hij een bepaalde vaardigheid mist.

Voorbeeld: een gezinstherapie heeft geleid tot een nieuwe meer bevredigende evenwichtssituatie, acute problemen/conflicten zijn 'opgelost'. Tegelijkertijd is welhaast voorspelbaar dat nieuwe problemen zullen ontstaan als een bepaald gezinslid in de toekomst niet méér aanspreekbaar en ontvankelijk voor (mededelingen van) gezinsleden zal zijn. Hij/zij is daartoe echter

nauwelijks in staat.

Verwijzen naar 'luisteren'.

Voorbeeld: cliënt is geen man van overleg. Een stille toebereger wie de zaken geleidelijk aan uit de hand zijn gelopen in zijn werksituatie. Advies, bemiddeling en inzichtgevende gesprekken hebben ertoe bijgedragen, de werksituatie van de man weer recht te trekken. Het is echter te voorzien dat nieuwe problemen zullen ontstaan als de man niet voortaan tijdig en op adequate wijze allerlei zaken bespreekbaar maakt/doorpraat met zijn chef en/of collega's.

Verwijzen naar 'iets bepraten'.

Verwijzen naar een vaardigheidstherapie heeft dus zin als het verwerven van de vaardigheid bijdraagt tot een anders (kunnen) functioneren. Daarmee is de relevantie van de verwijzing besproken.

B. Naast de relevantie is het wellicht nuttig de aard van de onvaardigheid nader te benoemen. In bovenstaande (A) was er regelmatig sprake van 'cliënt is niet in staat tot'. Dit niet-in-staat-zijn kan zich op verschillende wijzen manifesteren, respectievelijk kan door diverse factoren 'gedragen' worden:

1. Een ontoereikend gedragsrepertoire. Cliënt heeft nooit geleerd bepaalde vaardigheden te ontwikkelen, of het eerder geleerde is in onbruik geraakt. Hij weet niet (meer) hoe een bepaalde interpersoonlijke responsklasse gestalte te geven.
2. Angst. Cliënt weet wel 'hoe zo iets moet', maar durft niet. Hij voorziet aversieve gevolgen (uitgelachen worden, genegeerd worden, afgewezen of aangevallen te worden) en vermijdt het interpersoonlijk gedrag te stellen.
3. Cognitieve standaarden. Cliënt is behept met een aantal cognities, opvattingen, meningen over zichzelf als individu (ik heb toch nergens verstand van), over de groep waartoe hij/zij behoort (vrouwen moeten zich op de achtergrond houden; naar gewone mensen zoals wij wordt toch niet geluisterd), of over omgang tussen mensen (kwaadheid hoor je niet te uiten) die uit-

voering van de interpersoonlijke activiteit 'verbieden' of belemmeren.

4. Het komt voor dat er nòch sprake is van een gedragstekort, nòch van angst, nòch van blokkerende cognities terwijl toch de interpersoonlijke activiteit achterwege blijft. Het gewoonte-gedrag (altijd in de contramine, altijd aardig voor iedereen, altijd haantje de voorste) laat weinig ruimte voor de betreffende interpersoonlijke activiteit.

Doorgaans zal men te maken hebben met meng-vormen van de hier genoemde 'typen onvaardigheid'. Besef van gedragstekorten roept immers vaak angst op, cognitieve standaarden leiden tot bepaalde gewoonten, etc.

De gemaakte onderscheiding dient er dan ook vooral toe verwijzers die twifelen aan de zin van een verwijzing op grond van een specifieke probleeminterpretatie (bijvoorbeeld mijn cliënt kàn het best maar doet het nooit) duidelijk te maken dat de vaardigheidstherapie berekend is op dit type accent-verschillen.

- C. Naast de relevantie (A) en de aard (B) van het vaardigheidstekort, kunnen hier enige voorwaarden m.b.t. de gang van zaken bij verwijzingen niet ongenoemd blijven.

1. Het is niet voldoende dat een verwijzende hulpverlener overtuigd is van de zin van deelname van zijn cliënt aan een bepaalde vaardigheidstherapie. Ook de cliënt dient daarvan overtuigd te zijn. Als de hulpverlener de mogelijkheid van verwijzing naar een vaardigheidstherapie ter sprake brengt op het juiste moment, zal de cliënt de zin van de suggestie inzien. Is de hulpverlener wat vroeg met zijn verwijsvoorstel (een aantal inzichten, aanwezig bij de hulpverlener, zijn nog niet met de cliënt besproken), dan kan de cliënt reageren met verbazing en/of onbegrip. Het proces-van-overtuigen mag echter niet het karakter krijgen van 'de cliënt een probleem aanpraten' of 'de cliënt ervan overtuigen dat hij iets niet, nauwelijks of slecht kan'. De beïnvloeding dient meer het karakter te dragen van: doen beseffen hoe nuttig het zal zijn als cliënt 'handiger, makkelijker leert te....'.

2. De verwijzing dient steeds gericht te zijn op een of enkele met name genoemde vaardigheden.

Men verwijst niet naar 'Libo-' of 'Goldsteingroepen', maar naar specifieke vaardigheden. Als de verwijzer meerdere vaardigheden geïndiceerd acht, verdient het voorkeur de cliënt eerst te verwijzen naar die vaardigheid die cliënt het liefst wil verwerven, ook al komt dat niet overeen met ideeën over een mogelijke vaardigheidshiërarchie (makkelijker en moeilijker skills).

3. De verwijzende hulpverlener is en blijft de hoofdbehandelaar van de cliënt. De verwijzing naar een vaardigheidstherapie is een tijdelijke. De hoofdbehandelaar kan zijn contacten met de cliënt tijdens diens deelname aan de Goldsteingroep continueren of opschorten (naar eigen inzicht), doch dient de cliënt na afloop van de vaardigheidstherapie terug te zien.

4. Cliënt's deelname aan de vaardigheidstherapie werpt de meeste vruchten af als de verwijzende hoofdbehandelaar direct werk maakt van de door zijn cliënt verworven vaardigheid. Hij is een belangrijke spil m.b.t. de generalisatie en duurzaamheid van de gedragsverandering. Door voortgezette toepassing van het geleerde gedrag te stimuleren en te bekrachtigen draagt hij hiertoe in sterke mate bij.

5. Deelname van cliënt aan een serie vaardigheidstherapieën in een vrijwel ononderbroken tijdsperiode is ongewenst. Vaardigheden gaan dan elkaar overstemmen, worden met elkaar verward, krijgen niet de kans een duurzame plaats te verwerven in cliënt's gewoonte-repertoire.

De uitvoerders van de Goldsteintherapieën weten dat en houden er rekening mee bij hun planning van groepen en toewijzing van cliënten aan groepen. Hun werk wordt eenvoudiger als ook verwijzers hiermee rekening houden.

DE EERSTE ZITTING

0.00 - 0.15

Kennismaking en introductie

- over doel en duur van de therapie
- namen uitwisselen met, naar keuze kort aangeven 'waarom je aan deze groep meedoet'.

0.15 - 0.45

Video-modeling

- introductie door autoriteit + eerste 'foute' voorbeeld
- (videopauze): ' wat deed deze persoon fout'
- video: autoriteit introduceert leerpunten, gevolgd door eerste 'goede' voorbeeld
- (video-stop) 'wat deed deze persoon nu goed'. navragen leerpunten

0.45 - 1.50

Imiterend rollenspel

- inrichten speelvlak
- aanwijzen en instrueren antagonisten
- zonodig live modeling door co-therapeut, of tweede maal tonen video-voorbeeld
- cliënten beurtelings protagonist
- naar keuze rol beperken tot eerste deel
- kort instrueren
- bekrachtigen gewenst gedrag
- zonodig shaping
- therapeuten wisselen elkaar af
- naar keuze ook m.b.v. tweede video-contrast-scène

1.50 - 2.00

Huiswerk - voorbespreking

- introduceren huiswerkbeginsel
- introduceren huiswerkboekje
- opgave eerste huiswerk 'observeren' (hoe doen anderen het)
'eerste..leerpunten' (naar inzicht therapeuten)

DE TWEEDE ZITTING

0.00 - 0.15

Huiswerk bespreking

per cliënt

- bekrachtigen huiswerk - inspanningen
- op flap noteren ev. faal-ervaringen

0.15 - 0.30 (indien nodig)

Reconstruerend rollenspel

Op geleide van huiswerk - ervaringen

- mèt betr. cliënt optuigen speelvlak, instrueren antagonisten, voorspel
- een - of meerdere modellen (cotherapeut of mede-clieënt) protagonist op 'tribune'
- gedragsoefening (herkansing) protagonist, zonodig shaping + bekrachtiging

0.30 - 1.00 (of 0.15 - 0.45)

Imiterend Rollenspel

- m.b.v. 2e of 3e video-voorbeeld
- alle cliënten een beurt.

1.00 - 1.50 (of 0.45 - 1.50)

Anticiperend Rollenspel

- zoveel mogelijk cliënten een beurt
- n.a.v. voornemens komende week
- met live - modeling
- gedrag herleiden naar leerpunten
- zonodig shaping toepassen

1.50 - 2.00

Huiswerkbepreking

- noteren op flap - over
- minimaal één opdracht per cliënt
- tips aanreiken

DE DERDE ZITTING

0.00 - 0.15

Huiswerkbepreking

per cliënt

- ev. faalervaringen ook op flap-over
- bekrachtigen!

0.15 - 1.55

(zonodig eerst reconstruerend rollenspel, maar m.n. toewerken naar)

Anticiperend Rollenspel

- alle cliënten een beurt
- steeds met live-modeling
- gedrag herleiden naar leerpunten
- direkt na rollenspel: huiswerk noteren
zonodig met 'tips'

1.55 - 2.00

Huiswerkopdrachten

- herhaling opdrachten
- benadrukken en noteren
- minimaal één opdracht per cliënt
- tips

DE VIERDE (LAATSTE) ZITTING *

0.00 - 0.15

Huiswerkbepreking

- per cliënt
- ev. faal-ervaringen op flap-over

0.15 - 1.45

(zonodig op geleide van huiswerkervaringen reconstruerend rollenspel,
maar m.n.):

Anticiperend rollenspel

- alle cliënten minimaal één beurt

1.45 - 2.00

Huiswerk - eindbespreking

- per cliënt, voor meerdere weken
- individuele tips
- zelf-bekrachtiging stimuleren
- ev. noemen van mogelijkheid andere vaardigheden
- onderlinge afspraken tussen cliënten stimuleren

*Zijn er meer dan 4 zittingen, dan geldt deze beschrijving voor de laatste zitting. Voor de tussen-liggende zittingen geldt dan de beschrijving van zitting 3.

SKIM 1A : EEN PRAATJE MAKEN

1. Beginnen met een praatje	0 durf ik nooit	0
	0 durf ik vaak niet	1
	0 durf ik bijna altijd	2
2. Een praatje maken met iemand van het andere geslacht	0 vind ik ontzettend moeilijk	0
	0 vind ik toch wel moeilijk	1
	0 vind ik niet zo moeilijk	2
3. Onbekenden aanspreken	0 durf ik best	2
	0 durf ik niet zo goed	1
	0 durf ik helemaal niet	0
4. Contacten leggen	0 kan ik maar heel moeilijk	0
	0 kan ik niet zo gemakkelijk	1
	0 kan ik heel gemakkelijk	2
5. Als ik mensen zomaar aanspreek	0 ben ik erg bang dat ze er niet op in gaan	0
	0 ben ik een beetje bang dat ze er niet op in gaan	1
	0 ben ik helemaal niet bang dat ze er niet op in gaan	2
6. Na het begin van een praatje	0 weet ik nooit hoe ik ermee door moet gaan	0
	0 weet ik soms niet hoe ik ermee door moet gaan	1
	0 weet ik meestal wel hoe ik ermee door moet gaan	2
7. Ik weet	0 bijna nooit waarover ik moet praten	0
	0 vaak niet waarover ik moet praten	1
	0 meestal wel waarover ik zou kunnen praten	2

SKIM 2A : LUISTEREN

1. Als iemand me wat vertelt	0 weet ik meestal wel of ik daarop door mag vragen	2
	0 weet ik vaker niet of ik daarop door mag vragen	1
	0 weet ik meestal niet of ik daarop door mag vragen	0
2. Als iemand me wat vertelt	0 dringt het meestal niet tot me door wat hij bedoelt	0
	0 dringt het soms niet tot me door wat hij bedoelt	1
	0 dringt het meestal wel tot me door wat hij bedoelt	2
3. Ik weet	0 altijd wel iets terug te zeggen	2
	0 soms niet wat ik terug moet zeggen	1
	0 bijna nooit iets terug te zeggen	0
4. Ik durf	0 heel goed voor mijn mening uit te komen	2
	0 minder goed voor mijn me- ning uit te komen	1
	0 helemaal niet goed voor mijn mening uit te komen	0
5. Iemand aan blijven kijken onder het praten	0 vind ik erg moeilijk	0
	0 vind ik niet zo gemakkelijk	1
	0 vind ik helemaal niet moei- lijk	2
6. Ik vind	0 bijna nooit de gelegenheid om mijneigen mening te zeggen	0
	0 vaak geen gelegenheid om mijn eigen mening te zeggen	1
	0 meestal wel de gelegenheid om mijn eigen mening te zeggen	2
7. Als iemand me aankijkt onder het praten	0 word ik daar erg onzeker van	0
	0 word ik daar een beetje onzeker van	1
	0 word ik daar helemaal niet onzeker van	2

SKIM 3A : IETS BEPRATEN

1. Een gesprek beginnen	0 vind ik moeilijk	0
	0 vind ik een beetje moeilijk	1
	0 vind ik niet zo moeilijk	2
2. Een gesprek voeren	0 maakt me nerveus	0
	0 maakt me een beetje nerveus	1
	0 maakt me niet nerveus	2
3. Ik ben	0 meestal bang dat ze niet naar me luisteren	0
	0 vaak bang dat ze niet naar me luisteren	1
	0 vrijwel nooit bang dat ze niet naar me luisteren	2
4. Ik ben	0 vaak bang dat ze me uitlachen	0
	0 soms bang dat ze me uitlachen	1
	0 bijna nooit bang dat ze me uitlachen	2
5. Ik weet	0 vaak niet wat ik kan zeggen	0
	0 soms niet wat ik kan zeggen	1
	0 meestal wel wat ik kan zeggen	2
6. Ik ben	0 vaak bang niet goed begrepen te worden	0
	0 soms bang niet goed begrepen te worden	1
	0 zelden bang niet goed begrepen te worden	2

SKIM 4A : REAGEREN OP KWAADHEID

1. Wanneer iemand kwaad op mij is	0 weet ik meestal wel hoe ik daarop kan reageren	2
	0 weet ik soms niet hoe ik daarop kan reageren	1
	0 weet ik meestal niet hoe ik daarop kan reageren	0
2. Wanneer iemand kwaad op mij is	0 voel ik me erg vernederd	0
	0 voel ik me wel wat vernederd	1
	0 voel ik me vrijwel niet vernederd	2
3. Wanneer iemand kwaad op mij is	0 maakt me dat erg bang	0
	0 maakt me dat wel een beetje bang	1
	0 maakt me dat niet bang	2
4. Wanneer iemand kwaad op mij is	0 maakt me dat erg nerveus	0
	0 maakt me dat wel een beetje nerveus	1
	0 maakt me dat niet nerveus	2
5. Als iemand kwaad op mij is	0 kruip ik nooit in mijn schulp	2
	0 kruip ik wel eens in mijn schulp	1
	0 kruip ik vaak in mijn schulp	0
6. Mensen die kwaad op me zijn	0 ga ik meestal uit de weg	0
	0 ga ik soms uit de weg	1
	0 ga ik niet uit de weg	2

SKIM 5A : UITEN VAN KWAADHEID

1. Kwaadheid uiten	0 durf ik wel	2
	0 durf ik niet zo goed	1
	0 durf ik helemaal niet	0
2. Ik ben	0 bang voor ruzie	0
	0 wel wat bang voor ruzie	1
	0 niet zo bang voor ruzie	2
3. Ik krop mijn ergernis	0 meestal niët op	2
	0 vaak wël op	1
	0 meestal wël op	0
4. Als ik kwaad ben	0 voel ik me meestal niet rot	2
	0 voel ik me soms wël rot	1
	0 voel ik me meestal wël rot	0
5. Als ik kwaad ben	0 zit ik daar vaak over te piekeren	0
	0 zit ik daar soms over te piekeren	1
	0 zit ik daar vrijwel nooit over te piekeren	2
6. Ik kan mijn kwaadheid	0 goed uiten	2
	0 niet zo goed uiten	1
	0 eigenlijk niet uiten	0
7. Kwaadheid	0 stapelt zich bij mij erg op	0
	0 stapelt zich bij mij een beetje op	1
	0 stapelt zich bij mij eigen- lijk niet op	2

SKIM 6A : UITEN VAN GENEGENHEID EN WAARDERING

1. Als ik iemand aardig vind	0 kan ik dat helemaal niet la-	0
	ten merken	
	0 kan ik dat maar moeilijk	1
2. Ik ben	laten merken	
	0 kan ik dat best wel laten	2
	merken	
3. Als iemand aardig voor mij is	0 niet bang om mijn genegen-	2
	heid te uiten	
	0 een beetje bang om mijn ge-	1
4. Ik durf anderen	negenheid te uiten	
	0 bang om mijn genegenheid te	0
	uiten	
5. Als ik erg op iemand gesteld ben	0 dan kan ik meestal niet	0
	zeggen dat ik dat leuk vind	
	0 dan kan ik vaak niet zeggen	1
6. Aardig zijn voor een ander	dat ik dat leuk vind	
	0 dan kan ik meestal wel zeg-	2
	gen dat ik dat leuk vind	
7. Als ik me aangetrokken voel tot een ander	0 best wel een compliment te	2
	maken	
	0 niet zo goed een compliment	1
8. Als ik me aangetrokken voel tot een ander	te maken	
	0 geen compliment te maken	0
9. Als ik me aangetrokken voel tot een ander	0 dan durf ik dat ook te zeg-	2
	gen	
	0 dan durf ik dat soms niet	1
10. Als ik me aangetrokken voel tot een ander	te zeggen	
	0 dan durf ik dat meestal niet	0
	te zeggen	
11. Als ik me aangetrokken voel tot een ander	0 vind ik niet moeilijk	2
	0 vind ik een beetje moeilijk	1
	0 vind ik moeilijk	0
12. Als ik me aangetrokken voel tot een ander	0 dan heb ik meestal de nei-	0
	ging me af te sluiten	
	0 dan heb ik soms de neiging	1
13. Als ik me aangetrokken voel tot een ander	me af te sluiten	
	0 dan heb ik nooit de neiging	2
	me af te sluiten	

SKIM 7A : REAGEREN OP GENEGENHEID EN WAARDERING

1. Als iemand waardering naar me uitspreekt	0 weet ik niet wat ik moet zeggen	0
	0 weet ik niet zo goed wat ik moet zeggen	1
	0 weet ik best wat ik moet zeggen	2
2. Als iemand mij een compliment maakt	0 weet ik me wel een houding te geven	2
	0 weet ik me niet zo goed een houding te geven	1
	0 weet ik me helemaal geen houding te geven	0
3. Ik vind het	0 erg moeilijk te reageren als iemand me genegenheid toont	0
	0 wel wat moeilijk te reageren als iemand me genegenheid toont	1
	0 niet zo moeilijk te reageren als iemand me genegenheid toont	2
4. Als iemand iets aardigs voor me doet	0 sta ik meestal met de mond vol tanden	0
	0 sta ik soms met de mond vol tanden	1
	0 sta ik bijna nooit met de mond vol tanden	2
5. Als iemand wat aardigs tegen me zegt	0 dan maakt me dat erg verlegen	0
	0 dan maakt me dat wel wat verlegen	1
	0 dan maakt me dat niet verlegen	2
6. Als iemand me genegenheid toont	0 weet ik meestal niet wat ik daarmee aan moet	0
	0 weet ik soms niet wat ik daarmee aan moet	1
	0 weet ik meestal wel wat ik daarmee aan moet	2

SKIM 8A : OPKOMEN VOOR JE MENING

1. Ik weet meestal	0 niet hoe ik voor mijn mening op kan komen	0
	0 niet zo goed hoe ik voor mijn mening op kan komen	1
	0 best wel hoe ik voor mijn mening op kan komen	2
2. Ik ben meestal	0 tè bang om voor mijn mening op te komen	0
	0 wel wat bang om voor mijn mening op te komen	1
	0 niet bang om voor mijn mening op te komen	2
3. Als het erop aan komt, dan kom ik	0 bijna altijd voor mijn mening op	2
	0 soms voor mijn mening op	1
	0 bijna nooit voor mijn mening op	0
4. Ik geef	0 meestal tè snel toe aan wat anderen willen	0
	0 vaak tè snel toe aan wat anderen willen	1
	0 bijna nooit tè snel toe aan wat anderen willen	2
5. Mijn mening zeggen vind ik meestal	0 niet zo moeilijk	2
	0 wel wat moeilijk	1
	0 erg moeilijk	0
6. Ik ga het	0 bijna altijd uit de weg om mijn mening te zeggen	0
	0 soms uit de weg om mijn mening te zeggen	1
	0 bijna nooit uit de weg om mijn mening te zeggen	2
7. Ik aarzel	0 meestal te lang voordat ik mijn mening zeg	0
	0 vaak te lang voordat ik mijn mening zeg	1
	0 zelden te lang voordat ik mijn mening zeg	2

SKIM 9A : TEGEN ANDEREN INGAAN

- | | |
|--|---|
| 1. Ik ben | 0 te onzeker van mezelf om te- 0
gen anderen in te gaan |
| | 0 wel wat onzeker van mezelf 1
om tegen anderen in te gaan |
| | 0 zeker genoeg van mezelf om 2
tegen anderen in te gaan |
| 2. Ik durf | 0 meestal geen 'nee' te zeggen 0 |
| | 0 soms geen 'nee' te zeggen 1 |
| | 0 meestal wel 'nee' te zeggen 2 |
| 3. Als ik tegen een ander in wil
gaan | 0 dan kan ik best wel uit mijn 2
woorden komen |
| | 0 dan kan ik maar moeilijk uit 1
mijn woorden komen |
| | 0 dan kan ik niet uit mijn 0
woorden komen |
| 4. Als ik tegen iemand inga | 0 ben ik meestal gespannen en 0
nervuus |
| | 0 ben ik soms gespannen en 1
nervuus |
| | 0 ben ik zelden gespannen en 2
nervuus |
| 5. Als ik tegen anderen in wil
gaan | 0 kan ik best argumenten vin- 2
den |
| | 0 kan ik niet zo goed argumen- 1
ten vinden |
| | 0 kan ik geen argumenten vin- 0
den |

BIJLAGE 4 : B-SKIMS, 2B, 4B, 5B en 8B

SKIM 2B : LUISTEREN

1. Als iemand wat vertelt	0 kan ik er meestal mijn ge- dachten niet bijhouden	0
	0 kan ik soms mijn gedachten er niet bijhouden	1
	0 kan ik mijn gedachten er wel bijhouden	2
2. Als ik het ergens niet mee eens ben	0 word ik erg gauw kwaad	0
	0 word ik niet zo gauw kwaad	1
	0 word ik helemaal niet zo gauw kwaad	2
3. In het kort herhalen wat een ander tegen me zegt	0 vind ik erg moeilijk	0
	0 vind ik moeilijk	1
	0 vind ik niet moeilijk	2
4. Ik wil	0 vaak voor mijn beurt mijn eigen mening kwijt	0
	0 soms voor mijn beurt mijn eigen mening kwijt	1
	0 bijna nooit voor mijn beurt mijn eigen mening kwijt	2
5. Als iemand me wat vertelt	0 dringt het meestal niet tot me door wat hij bedoelt	0
	0 dringt het soms niet tot me door wat hij bedoelt	1
	0 dringt het meestal wel tot me door wat hij bedoelt	2
6. Ik geef de ander	0 meestal wel de tijd om uit te praten	2
	0 vaak geen tijd om uit te praten	1
	0 bijna nooit de tijd om uit te praten	0
7. Als iemand met me praat	0 heb ik er moeite mee om op mijn gemak naar hem te luis- teren	0
	0 heb ik er een beetje moeite mee om op mijn gemak naar hem te luisteren	1
	0 heb ik er geen moeite mee om op mijn gemak naar hem te luisteren	2

SKIM 4B : REAGEREN OP KWAADHEID

- | | | | |
|-----------------------------------|---|--|---|
| 1. Wanneer iemand kwaad op mij is | 0 | voel ik me erg geïrriteerd | 0 |
| | 0 | voel ik me wel wat geïrriteerd | 1 |
| | 0 | voel ik me vrijwel niet geïrriteerd | 2 |
| 2. Als iemand kwaad op me wordt | 0 | zit ik meteen op de kast | 0 |
| | 0 | zit ik soms wel gauw op de kast | 1 |
| | 0 | ga ik bijna nooit op de kast zitten | 2 |
| 3. Wanneer iemand kwaad op mij is | 0 | kan ik vaak niet goed naar hem luisteren | 0 |
| | 0 | kan ik soms niet goed naar hem luisteren | 1 |
| | 0 | kan ik meestal wel goed naar hem luisteren | 2 |
| 4. Wanneer iemand kwaad op mij is | 0 | reageer ik niet agressief | 2 |
| | 0 | reageer ik soms vrij agressief | 1 |
| | 0 | reageer ik meestal vrij agressief | 0 |
| 5. Wanneer iemand kwaad op mij is | 0 | reageer ik meestal vinnig terug | 0 |
| | 0 | reageer ik soms vinnig terug | 1 |
| | 0 | reageer ik bijna nooit vinnig terug | 2 |

SKIM 5B : UITEN VAN KWAADHEID

1. Als ik kwaad ben	0 gooi ik nooit met dingen	0
	0 gooi ik wel eens met dingen	1
	0 gooi ik vaak met dingen	2
2. Als ik kwaad ben	0 kan ik daar niet over praten	0
	0 kost het mij moeite daar- over te praten	1
	0 kan ik daar wel over praten	2
3. Als ik kwaad ben	0 hoor ik niet wat de ander zegt	0
	0 hoor ik minder goed wat de ander zegt	1
	0 hoor ik wel wat de ander zegt	2
4. Als ik kwaad ben	0 ben ik niet grof	2
	0 ben ik wel wat grof	1
	0 ben ik erg grof	0
5. Als ik kwaad ben	0 begin ik nooit te schelden of te schreeuwen	2
	0 begin ik wel eens te schel- den of te schreeuwen	1
	0 begin ik vaak te schelden of te schreeuwen	0
6. Als ik echt kwaad ben	0 kan ik me goed beheersen	2
	0 kan ik me niet zo goed be- heersen	1
	0 kan ik me niet meer beheer- sen	0
7. Ik ben	0 eigenlijk nooit driftig	2
	0 soms wel driftig	1
	0 vaak driftig	0

SKIM 8B : OPKOMEN VOOR JE MENING

1. Als ik voor mijn mening opkom	0 doe ik dat zelden te fel of te grof	2
	0 doe ik dat soms te fel of te grof	1
	0 doe ik dat meestal te fel of te grof	0
2. Als ik voor mijn mening wil opkomen	0 voel ik me zelden erg gespannen	2
	0 voel ik me vaak erg gespannen	1
	0 voel ik me meestal erg gespannen	0
3. Als ik mijn mening wil zeggen voel ik me daarbij meestal	0 niet zenuwachtig	2
	0 een beetje zenuwachtig	1
	0 erg zenuwachtig	0
4. Als ik mijn mening wil geven	0 struikel ik bijna altijd over mijn woorden	0
	0 struikel ik soms over mijn woorden	1
	0 struikel ik bijna nooit over mijn woorden	2
5. Als ik mijn mening geef voel ik me	0 bijna altijd ellendig	0
	0 soms ellendig	1
	0 bijna nooit ellendig	2
6. Als ik voor mezelf opkom, dan doe ik dat meestal	0 niet agressief	2
	0 wel wat agressief	1
	0 tē agressief	0

BIJLAGE 5: SCORE-VERDELING, IN CUMULATIEVE PERCENTAGES, VAN 226 VERTICIGARIGE MAASTRICHTSE MANNEN OP 13 SKINS

SKIM	1A	2A	2B	3A	4A	4B	5A	5B	6A	7A	8A	8B	9A
Score	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0
1	0	0	0	1	1	5	1	1	0	0	1	0	1
2	1	0	1	4	2	9	3	1	0	1	3	2	3
3	3	0	2	5	4	12	7	1	1	4	4	2	6
4	4	1	2	8	8	18	12	3	3	5	4	4	12
5	5	4	4	11	13	35	16	4	5	13	7	7	21
6	8	4	7	16	23	54	26	7	9	27	10	17	31
7	16	7	14	20	36	69	37	15	13	39	15	28	37
8	20	10	18	29	48	84	48	23	14	50	24	41	60
9	28	15	31	37	58	95	62	34	20	60	27	55	81
10	36	20	47	50	72	100	69	48	27	66	33	71	100
11	44	32	62	74	83	-	84	67	32	77	42	85	-
12	59	47	79	100	100	-	92	76	43	100	53	100	-
13	70	63	94	-	-	-	96	89	59	-	71	-	-
14	100	100	100	-	-	-	100	100	100	-	100	-	-
Gemid. score	11.0	12.0	10.4	9.5	8.5	6.2	8.5	10.3	11.8	8.6	11.1	8.9	7.5
Stand. dev.	3.0	2.4	2.4	2.8	2.7	2.3	3.0	2.6	2.8	2.7	3.2	2.4	2.2

BIJLAGE 6 : SELF-ESTEEM (SE) SCHAAL

- | | |
|--|--|
| 1. Ik heb het gevoel dat andere mensen allerlei dingen beter doen dan ik. | <input type="radio"/> helemaal waar
<input type="radio"/> waar
<input type="radio"/> een beetje waar
<input type="radio"/> eigenlijk niet waar
<input type="radio"/> niet waar
<input type="radio"/> helemaal niet waar |
| 2. Er zijn veel dingen die ik bij mezelf zou veranderen, als ik dat kon. | <input type="radio"/> helemaal waar
<input type="radio"/> waar
<input type="radio"/> een beetje waar
<input type="radio"/> eigenlijk niet waar
<input type="radio"/> niet waar
<input type="radio"/> helemaal niet waar |
| 3. Ik heb het gevoel dat ik een waardevol iemand ben. | <input type="radio"/> helemaal waar
<input type="radio"/> waar
<input type="radio"/> een beetje waar
<input type="radio"/> eigenlijk niet waar
<input type="radio"/> niet waar
<input type="radio"/> helemaal niet waar |
| 4. Ik heb zelf het gevoel dat ik veel dingen niet goed doe. | <input type="radio"/> helemaal waar
<input type="radio"/> waar
<input type="radio"/> een beetje waar
<input type="radio"/> eigenlijk niet waar
<input type="radio"/> niet waar
<input type="radio"/> helemaal niet waar |
| 5. Ik heb niet zo'n hoge dunk van mezelf. | <input type="radio"/> helemaal waar
<input type="radio"/> waar
<input type="radio"/> een beetje waar
<input type="radio"/> eigenlijk niet waar
<input type="radio"/> niet waar
<input type="radio"/> helemaal niet waar |
| 6. Ik ben tamelijk zeker van mezelf. | <input type="radio"/> helemaal waar
<input type="radio"/> waar
<input type="radio"/> een beetje waar
<input type="radio"/> eigenlijk niet waar
<input type="radio"/> niet waar
<input type="radio"/> helemaal niet waar |
| 7. Soms ben ik geneigd mezelf een beetje een mislukkeling te vinden in vergelijking met anderen. | <input type="radio"/> helemaal waar
<input type="radio"/> waar
<input type="radio"/> een beetje waar
<input type="radio"/> eigenlijk niet waar
<input type="radio"/> niet waar
<input type="radio"/> helemaal niet waar |

- | | |
|--|--|
| 8. Ik heb niet veel eigenschappen om echt trots op te zijn. | <input type="radio"/> helemaal waar
<input type="radio"/> waar
<input type="radio"/> een beetje waar
<input type="radio"/> eigenlijk niet waar
<input type="radio"/> niet waar
<input type="radio"/> helemaal niet waar |
| 9. Ik ben altijd heel tevreden over de dingen die ik heb gedaan. | <input type="radio"/> helemaal waar
<input type="radio"/> waar
<input type="radio"/> een beetje waar
<input type="radio"/> eigenlijk niet waar
<input type="radio"/> niet waar
<input type="radio"/> helemaal niet waar |
| 10. Ik wou dat ik meer zelfvertrouwen had. | <input type="radio"/> helemaal waar
<input type="radio"/> waar
<input type="radio"/> een beetje waar
<input type="radio"/> eigenlijk niet waar
<input type="radio"/> niet waar
<input type="radio"/> helemaal niet waar |
| 11. In het algemeen ben ik heel tevreden met mezelf. | <input type="radio"/> helemaal waar
<input type="radio"/> waar
<input type="radio"/> een beetje waar
<input type="radio"/> eigenlijk niet waar
<input type="radio"/> niet waar
<input type="radio"/> helemaal niet waar |
| 12. Ik vind dat ik evenveel goede eigenschappen heb als andere mensen. | <input type="radio"/> helemaal waar
<input type="radio"/> waar
<input type="radio"/> een beetje waar
<input type="radio"/> eigenlijk niet waar
<input type="radio"/> niet waar
<input type="radio"/> helemaal niet waar |
| 13. Ik schaam me wel eens voor mezelf. | <input type="radio"/> helemaal waar
<input type="radio"/> waar
<input type="radio"/> een beetje waar
<input type="radio"/> eigenlijk niet waar
<input type="radio"/> niet waar
<input type="radio"/> helemaal niet waar |
| 14. Vaak zou ik wel anders willen zijn dan ik ben. | <input type="radio"/> helemaal waar
<input type="radio"/> waar
<input type="radio"/> een beetje waar
<input type="radio"/> eigenlijk niet waar
<input type="radio"/> niet waar
<input type="radio"/> helemaal niet waar |
| 15. Ik ben in allerlei dingen even goed als andere mensen. | <input type="radio"/> helemaal waar
<input type="radio"/> waar
<input type="radio"/> een beetje waar
<input type="radio"/> eigenlijk niet waar
<input type="radio"/> niet waar
<input type="radio"/> helemaal niet waar |

CURRICULUM VITAE

Max Beekers, geboren op 14 februari 1947 te Nistelrode, studeerde, na 2 MULO-jaren in Paramaribo en H.B.S.-B te Venlo, vanaf 1965 psychologie aan de Katholieke Universiteit te Nijmegen.

Na te zijn afgestudeerd in 1971 maakte hij ruim 3 jaar deel uit van de Werkgroep Organisatie-Ontwikkeling en Gedragsverandering (Vakgroep Organisatie-Psychologie) van de afdeling Bedrijfskunde van de Technische Hogeschool te Eindhoven. Sinds november 1974 is hij werkzaam bij de capaciteitsgroep Medische Psychologie van de Rijksuniversiteit Limburg.

Tussen 1973 en 1980 volgde hij diverse postdoctorale psychotherapie-opleidingen, waaronder opleidingen psychodrama, gedragstherapie en IMP-psychotherapie, hetgeen leidde tot erkenningen als gewoon lid van de Vereniging voor Gedragstherapie in 1979 en van de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie in 1982.

Hij is coördinator van het Goldsteinproject (1977-1984), een gezondheidszorg-ontwikkelingsproject waarin medewerkers van de Rijksuniversiteit Limburg, de Toneelacademie Maastricht en de RIAGG's te Heerlen en Maastricht samenwerken en waaraan subsidies zijn verleend door het Ministerie van Onderwijs (experimentele samenwerking WO-HBO) en door het Preventiefonds. Tevens coördineert hij het 'Deelproject Gedragsverandering op Leertheoretische Basis', waarin naast het Goldsteinproject een aantal inhoudelijk verwante gezondheidszorg- en researchprojecten zijn ondergebracht.