

“Wat nu lichaamsbewustzijn, ik voel niks!”

‘Onderzoek naar het effect van Jacobson bij agressieproblematiek in de poliklinische forensische psychiatrie.’

Naam Student:

Ton te Veldhuis

Student nummer:

1016155

Klas:

4PC

Naam begeleider:

Martin van den Blink

Naam beoordelaar:

Cor Niks

School & Opleiding:

Hogeschool Windesheim

Psychomotorische Therapie &
Bewegingsagogie

Datum:

24 mei 2012



Voorwoord

Voor mijn afstudeeropdracht van mijn studie, Psychomotorische Therapie en Bewegingsagogie aan de Hogeschool Windesheim te Zwolle, heb ik een onderzoek gedaan.

Als beginnend Psychomotorisch Therapeut wil ik me profileren in het aanbieden van ontspanningsoefeningen. Tijdens de gehele opleiding heb ik veelal geoefend op school met het aanbieden van relaxatie vormen en weinig in de praktijk.

Tijdens mijn stage bij Kairos te Arnhem, een poli voor ambulante forensische psychiatrie, heb ik veel therapieën meegekeken en zelf gedaan. Het viel mij op dat veel patiënten die in behandeling waren voor agressieproblematiek moeite hadden om stil te staan bij hun lichaam. Veelal hadden ze moeite met het voelen van hun lichaam en het benoemen van wat ze voelde. Hier is bij mij het idee ontstaan om hier aandacht aan te besteden omdat het van belang is voor de behandeling. Er werd veelal geoefend met de time-out procedure en daarbij is het van belang lichaamssignalen te registreren. Naast dat ik hier aandacht aan wilde besteden wilde ik zoals hierboven beschreven, mijzelf als therapeut profileren in het aanbieden van ontspanningsoefeningen. Dit bij elkaar opgeteld kwam ik op het idee om een ontspanningsoefening aan te bieden in de hoop het lichaamsbewustzijn te vergroten van patiënten met een agressieproblematiek. Dit onderzoek gaat over het effect onderzoeken van de progressieve relaxatie op het lichaamsbewustzijn en de emotie herkenning voor patiënten met een agressie probleem.

Tijdens dit onderzoek ben ik meer te weten gekomen over agressieproblematiek, het lichaamsbewustzijn en emotie. Ik ben vooral te weten gekomen wat het verband tussen deze drie aspecten zijn. Ook heeft dit onderzoek bijgedragen aan mijn ontwikkeling als beginnend Psychomotorisch Therapeut.

Dit had ik niet gekund zonder een aantal belangrijke mensen, die ik hieronder wil bedanken.

Ik wil een aantal mensen bedanken die bij hebben gedragen aan dit onderzoek en misschien wel belangrijker, die bijgedragen hebben aan mijn ontwikkeling als therapeut.

Een bijzonder woord van dank wil ik geven aan mijn stagebegeleiders bij Kairos te Arnhem, Moeneke Nijkamp, Olivier Glas en Joram van Maanen. Ik wil ze bedanken voor de positieve samenwerking gedurende mijn stage en gedurende mijn onderzoek. Zonder deze begeleiders had ik dit onderzoek niet kunnen opstarten en tot een positief eind kunnen brengen.

Daarnaast wil ik Martin van den Blink en Cor Niks bedanken voor de begeleiding en de handige adviezen die ik van hun heb mogen ontvangen. Ook wil ik Fred Dijk bedanken, van wie ik diverse literatuur heb mogen lenen voor het schrijven van dit onderzoek.

Tot slot wil ik mijn vriendin Sharon Hamer bedanken voor de steun en positieve energie die zij mij heeft gegeven tijdens het schrijven van dit onderzoek.

Ton te Veldhuis
Mei 2012

Samenvatting

In deze samenvatting wordt de opzet, de inhoud en de conclusies van dit effectenonderzoek beschreven.

Dit onderzoek heeft plaatsgevonden binnen Kairos te Arnhem, een poli voor ambulante forensische psychiatrie. Dit onderzoek was gericht op de Psychomotorische Therapie en patiënten met agressieproblematiek.

Er is gedurende vijf bijeenkomsten de progressieve relaxatie toegepast op patiënten met een agressie probleem. In dit onderzoek wordt nagegaan welk effect de progressieve relaxatie heeft op het lichaamsbewustzijn en de emotie herkenning van patiënten met agressieproblematiek.

Binnen dit onderzoek is een literatuurstudie gedaan om verschillende begrippen te verduidelijken en de verbanden tussen deze begrippen te beschrijven. De patiënten die hebben deelgenomen aan dit onderzoek zijn aangedragen door het multidisciplinaire team binnen Kairos te Arnhem.

Om te onderzoeken wat het effect is van vijf bijeenkomsten progressieve relaxatie op het lichaamsbewustzijn en de emotie herkenning, is er gebruik gemaakt van drie onderzoeksinstrumenten: Mindful Attention Awareness Scale (MAAS), Scale of Body Connection (SBC) en Somatic Awareness Questionnaire (SAQ).

Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van een voor- en een nameting die met elkaar vergeleken zijn.

Uit het onderzoek is een positief resultaat gemeten op het lichaamsbewustzijn en op de emotie herkenning.

Inhoudsopgave

1. Inleiding	4
1.1 Aanleiding	4
1.2 Probleemstelling	4
1.3 Doel van het onderzoek	4
1.4 Vraagstelling	5
1.5 Deelvragen	5
1.6 Leeswijzer	5
2. Theoretisch kader	6
2.1 Wat is PMT?	6
2.2 Wat houdt progressieve relaxatie van Edmund Jacobson in?	6
2.3 Wat is agressie?	7
2.3.1 Hoe ontstaat agressief gedrag?	7
2.3.2 Soorten agressie	8
2.3.2.1 Constructieve versus destructieve agressie	8
2.3.2.2 Reactief versus instrumenteel	8
2.3.3 Wanneer wordt er gesproken van agressieproblematiek?	8
2.3.3.1 Typen agressie problematiek	8
2.3.4 Wat kan PMT betekenen voor agressieproblematiek	9
2.4 Wat houdt het lichaamsbewustzijn in?	9
2.4.1 Wat is het verband tussen agressieproblematiek en lichaamsbewustzijn?	10
2.4.2 Wat kan PMT betekenen voor agressieproblematiek en lichaamsbewustzijn?	10
2.5 Wat is emotie?	10
2.5.1 Wat is het verband tussen agressieproblematiek en emotie?	11
2.5.2 Wat kan PMT betekenen voor agressieproblematiek en emotie?	11
3. Methode	12
3.1 Onderzoeksgroep	12
3.2 Onderzoeksmethode	12
3.3 Onderzoeksinstrumenten	12
3.3.1 MAAS; Mindful Attention Awareness Scale	12
3.3.2 SAQ; Somatic Awareness Questionnaire	12
3.3.3 SBC; Scale of body Connection	13
3.4 Interventies	13
3.5 Data analyse	13
4. Resultaten	14
4.1 SBC	14
4.2 SAQ	14
4.3 MAAS	15
5. Discussie	16
6. Conclusie	17
6.1 Antwoord op de vraagstelling	17
7. Aanbevelingen	18
8. Literatuurlijst	19
9. Bijlage	21

1. Inleiding

'Mental calmness is a natural result of physical relaxation'

Dit is een uitspraak van Edmund Jacobson (1888-1983) die er voor stond dat mentale rust pas tot stand kon komen als gevolg van lichamelijke ontspanning (Dixhoorn, 2001).

Voor u ligt een 'Onderzoek naar het effect van Jacobson bij agressieproblematiek in de poliklinische forensische psychiatrie.' Hieronder worden de aanleiding, de probleemstelling, de doelstelling en de vraagstelling beschreven. Er wordt in dit hoofdstuk afgesloten met een leeswijzer.

1.1 Aanleiding

Binnen Kairos te Arnhem, een poli voor ambulante forensische psychiatrie, worden veel therapieën gedaan gericht op agressieproblematiek. Kairos werkt aan de hand van What Works criteria gebaseerd op het model van Andrews, D.A., Bonta, J & Wormith, S. (2006). Dit houdt in dat alles wat bijdraagt aan het verminderen van het delict risico toegepast kan worden (What Works) (Andrews & Wormith, 2006). Binnen Kairos zijn alle Psychomotorische Therapeuten (PMT-ers) getraind in het Mentalization Based Treatment en Agression Replacement Training. De behandeling van Psychomotorische Therapie (PMT) voor agressieproblematiek wordt er veel geoefend met het nemen van de time-out procedure¹. Om de time-out procedure adequaat te leren uitvoeren wordt er veel aandacht besteed aan het waarnemen van lichaamssignalen. Veel patiënten met een agressieprobleem hebben moeite om lichaamssignalen waar te nemen, laat staan er adequaat naar te handelen. Hierdoor is het idee ontstaan om binnen Kairos, patiënten met een hulpvraag gerelateerd aan agressie, een traject te laten volgen wat in het teken staat van lichaamsbewustzijn en emotie herkenning. Dit onderzoek wordt mede uitgevoerd om Kairos een dienst te bewijzen. Met dit onderzoek moet inzichtelijk worden of het zinvol is om binnen Kairos een module relaxatie aan te bieden. Dit traject staat in het teken van het ontdekken en leren waarnemen van lichaamssignalen en de daarbij horende emotie. Er is gekozen om de progressieve relaxatie van Edmund Jacobson hiervoor in te zetten. Er is niet gekozen om bijvoorbeeld voor de sensorelaxatie of voor de autogene training te kiezen. De overwegingen om voor de progressieve relaxatie te kiezen zijn; dat het een veilige manier van oefenen is zonder dat er lichamelijk contact is tussen de psychomotorische therapeut en patiënt, dat het op lichaam gericht is en direct het verschil wordt ervaren van spanning en de ontspanning.

1.2 Probleemstelling

Is de progressieve relaxatie van Edmund Jacobson een goede manier om het lichaamsbewustzijn te vergroten en is het in staat te helpen bij de emotie herkenning? Daar komt bij dat er nu vijf keer de progressieve relaxatie is aangeboden en is vijf keer voldoende of hebben patiënten behoefte aan meerdere bijeenkomsten? Ook is het de vraag of de relaxatie vorm voldoende handvatten biedt en of deze vorm van relaxatie voldoende aansluit binnen de forensische psychiatrie.

1.3 Doel van het onderzoek

Het doel van het onderzoek is meten welk effect de progressieve relaxatie van Edmund Jacobson heeft op het lichaamsbewustzijn en de emotie herkenning. Om het effect te meten wordt er gebruik gemaakt van drie onderzoeksinstrumenten; Scale of Body and Connection (SBC), Somatic Awareness Questionnaire (SAQ) en de Mindful Attention Awareness Scale (MAAS).

¹ De time out komt uit de sportwereld. De coach registreert de oplopende spanningen binnen het team en besluit het afgesproken teken te geven zodat het spel wordt stopgezet (Dijk, 2005) Zo gaat het ook bij patiënten binnen de forensische psychiatrie. Het registreren van oplopende spanning, het op tijd stop zetten en het contact verbreken om de spanning te reguleren (Dijk, 2005).

Deze worden in hoofdstuk 3 nader beschreven. Aan de hand van de resultaten wil ik een conclusie schrijven en aanbevelingen doen wat eventueel de vervolgstappen kunnen zijn.

1.4 Vraagstelling

De vraagstelling die voort is gekomen uit het doel van het onderzoek is: Wat is het effect van vijf bijeenkomsten progressieve relaxatie van Edmund Jacobson op het lichaamsbewustzijn en de emotie herkenning voor patiënten met agressieproblematiek in de poliklinische forensische psychiatrie?

Als hypothesen zijn geformuleerd:

De hypothese 1 ; Als de patiënt vijf bijeenkomsten progressieve relaxatie volgt, dan verhoogt het lichaamsbewustzijn.

De Hypothese 2; Als de patiënt vijf bijeenkomsten progressieve relaxatie volgt en de daarbij horende huiswerkopdrachten maakt, kan de patiënt signalen ontdekken/ waarnemen hoe het lichaam reageert op bepaalde emoties.

1.5 Deelvragen

Om deze hoofdvraag te kunnen beantwoorden wordt in hoofdstuk 2, het theoretisch kader, antwoord gegeven op de volgende onderzoeksvragen;

- Wat is PMT
- Wat houdt progressieve relaxatie van Edmund Jacobson in?
- Wat is agressie?
 - * Hoe ontstaat agressief gedrag?
 - * Welke soorten agressie bestaan er?
 - * Wanneer wordt er gesproken van agressieproblematiek?
 - * Wat kan PMT betekenen voor agressieproblematiek?
- Wat houdt lichaamsbewustzijn in?
 - * Wat is het verband tussen agressieproblematiek en lichaamsbewustzijn?
 - * Wat kan PMT betekenen voor agressieproblematiek en lichaamsbewustzijn?
- Wat is emotie?
 - * Wat is het verband tussen agressieproblematiek en emotie?
 - * Wat kan PMT betekenen voor agressieproblematiek en emotie?

1.6 Leeswijzer

In hoofdstuk 2, het theoretisch kader, wordt omschreven wat Psychomotorische Therapie is, wat de progressieve relaxatie van Edmund Jacobson inhoudt en wat onder agressie en agressieproblematiek verstaan wordt. Ook wordt in hoofdstuk 2 beschreven wat het verband is tussen agressieproblematiek en lichaamsbewustzijn, agressieproblematiek en emotie herkenning. Daarnaast wordt uiteraard stilgestaan bij wat Psychomotorische Therapie kan betekenen voor agressieproblematiek, agressieproblematiek en lichaamsbewustzijn, agressieproblematiek en emotieherkenning.

In hoofdstuk 3 wordt de onderzoeksgroep, de onderzoeksmethode, de onderzoeksinstrumenten, het verloop van het onderzoek en de methode van data verwerking beschreven.

In hoofdstuk 4 worden de resultaten schematisch weergegeven en beschreven.

In hoofdstuk 5 wordt er een kritische beschouwing gegeven op de methode, de resultaten en de uitvoering van het onderzoek.

In hoofdstuk 6 wordt er aan de hand van de resultaten van dit onderzoek en het theoretisch kader antwoord gegeven op de vraagstelling. Hieruit wordt vervolgens een conclusie getrokken.

Tot slot wordt in hoofdstuk 7 een aanbeveling gedaan voor een eventueel vervolgonderzoek.

2. Theoretisch kader

2.1 Wat is PMT?

Psychomotorische Therapie (PMT) is een behandelvorm voor mensen met psychische problematiek waarbij op methodische wijze gebruik gemaakt wordt van werkvormen gericht op lichaamservaring en het handelen in bewegingsituaties (www.nvpmt.nl). Het voordeel van PMT is dat het werken in het medium, bijvoorbeeld gooien met een bal, een analoge situatie is waarbij de patiënt voelt controle dreigt te verliezen als hij meer kracht uitoefent (Smeijsters, 2005). Oefenvormen binnen de PMT doen recht aan de lichamelijke drang tot handelen die vanaf de vroege ontwikkeling bij agressie hoort (Strukenboom, 1986). Doordat het een spelsituatie betreft kan de patiënt oefenen hoe hij de emotie die dreigt door te schieten en onder controle kan krijgen (Smeijsters, 2005). Wat PMT kan betekenen voor agressieproblematiek, lichaamsbewustzijn en emotie herkenning wordt beschreven in de hoofdstuk 2 paragraaf 2.3.4, 2.4.2 en 2.5.2. Tijdens dit onderzoek wordt PMT ingezet in de vorm van progressieve relaxatie van Edmund Jacobson. Hieronder wordt beschreven wat de progressieve relaxatie inhoudt.

2.2 Wat houdt progressieve relaxatie van Edmund Jacobson in?

De methode van Edmund Jacobson is een ervaringsgerichte oefenvorm en gaat uit van precieze waarneming van de spiersamentrekking. Om dit te bereiken gaat de deelnemer bewust zijn spiersamentrekking teweegbrengen. Dit wordt geleidelijk uitgebouwd naar steeds langere niveaus van spanning en naar steeds meer spieren, vandaar het 'progressieve' in de naam (Dixhoorn, 2001). Volgens Edmund Jacobson ervaar je 'rust' wanneer een fysiologische toestand ontstaat waarin spieractiviteit (neuronmusculaire tonus) minimaal is (Dixhoorn, 2001). De methode richt zich op het daadwerkelijk leren ontspannen van de spieren in het lichaam (www.psychfysio.nl). Door de spieren eerst aan te spannen en vervolgens de spanning volledig los te laten leer je om te ontspannen. Jacobson heeft hier een educatief punt van gemaakt namelijk; het aanspannen is uw bewuste, opzettelijke actie, u doet dat, en daarom kunt u het zelf stoppen. Dit benoemt hij als 'Self-operations control'; het leren besturen van het lichaam (Dixhoorn, 2001). Van Dixhoorn beschrijft in zijn boek ontspanningsinstructie dat alleen wat opzettelijk gedaan wordt ook opzettelijk gestopt kan worden. Daarmee verkrijgt men meer controle over de spanning van het lichaam. De controlemogelijkheid wordt vergroot wanneer je beter de betekenis kunt geven aan een bepaalde spierspanning. Volgens de progressieve relaxatie heeft iedere spanning een bepaald doel, bijvoorbeeld om simpelweg de hand te heffen (www.psychfysio.nl). Veelal staat spierspanning in contact met mentale processen. In progressieve relaxatie leert men niet alleen de spanning detecteren (proces) maar ook de gelijktijdig aanwezige mentale inhoud ervan (betekenis): via fysiologische introspectie uitkomen op geestelijke introspectie (www.psychfysio.nl). Wanneer men weet welk doel welke spanning heeft kan men deze accepteren of leren negeren. Jacobson heeft ontdekt dat controle van lichaamsfuncties mogelijk is door spieren bewust niet aan te spannen (Dixhoorn, 2001). Het doel van de progressieve relaxatie is dat het verschil ervaren wordt tussen spanning en ontspanning. Het gaat erom de spieractie steeds preciezer te leren waarnemen (Dixhoorn, 2001). Op deze manier is er steeds minder actie nodig om het waar te nemen en wordt de deelnemer er gevoeliger voor. Hierdoor leert men de spanning eerder te herkennen en hoe deze actief los kan worden gelaten (www.psychfysio.nl). Waarom dit belangrijk is voor de patiënt met een agressieprobleem wordt in dit onderzoek in hoofdstuk 2 beschreven.

2.3 Wat is agressie?

In de literatuur wordt agressie op verschillende manieren gedefinieerd. Boerhout en van der Weele, (2007) definiëren agressie als gedrag dat te beschouwen is uit samenspel van overlevingsdrang, emoties als boosheid en angst. Hornsveld, Nijman en de Vries (2007) gebruiken in hun boek de definitie van Berkowitz (1993) 'agressie is dat gedrag dat (psychische of fysieke) beschadiging van anderen tot gevolg heeft' (Hornsveld, 2007). De Leander (2004) definieert agressie als elk gedrag waarbij degene die het gedrag stelt, het handelende agens, de intentie bestaat om de schade of leed te berokkenen aan een of ander object, meestal een soortgenoot. Anderson en Bushman (2002) definiëren agressie als ieder gedrag dat bedoeld is om een ander te schaden en deze ander ook daadwerkelijk schaadt waarbij deze ander de schade wil vermijden.

Agressie is dus op verschillende manieren te definiëren. Als er in dit onderzoeksverslag agressie beschreven staat wordt er van de definitie van Spelbos (2012) uitgegaan. Spelbos definieert agressie als volgt; agressie is al dat gedrag wat iemand inzet om - bewust of onbewust - iets kapot te maken, een ander schade te berokkenen, en/of duidelijk te maken wat hij wel of niet wil. Het gedrag overschrijdt de grenzen van wat algemeen acceptabel is in dit soort situaties en roept gevoelens van angst, pijn, verdriet en/of boosheid bij de ander op (www.idee-pmc.nl). Er wordt van deze definitie uitgegaan omdat patiënten niet altijd bewust zijn van de schade die wordt veroorzaakt en men geen andere adequate coping- stijl weet te hanteren om assertief op te treden. Dit gedrag roept bij de ander gevoelens op wat veelal over de grens van de ander gaat. Binnen de Forensische Poli van Kairos kunnen patiënten in behandeling komen wanneer zij problemen hebben of die door hun gedrag in contact (dreigen te) komen met de politie (www.pompestichting.nl). Van daaruit kunnen patiënten worden doorverwezen voor Psychomotorische Therapie (PMT).

2.3.1 Hoe ontstaat agressief gedrag?

Freud was grondlegger van de psychodynamische benadering² en gaf in 1915 aan dat agressief gedrag het gevolg was van een aangeboren instinct (de Ridder, 1990). Buss daarentegen gaf in 1971 aan dat agressie tot stand komt wanneer agressief gedrag positieve opbrengsten oplevert (de Ridder, 1990). Bandura gaf in 1973 aan dat agressief gedrag over wordt genomen van rol modellen zoals ouders, leerkrachten of leeftijdsgenoten (de Ridder, 1990). Zo geven Buss en Bandura een ander beeld van het ontstaan van agressie dan Freud. Zij beweren dat agressief gedrag aangeleerd is en dat de omgeving daarin invloed op uit. Uit onderzoek is naar voren gekomen dat personen die agressief gedrag vertonen, vaker een tekort hebben aan de neurotransmitter serotonine (Dekker, 2002). Ook blijkt dat agressief gedrag beïnvloedt kan worden door een sociaal leerproces door middel van straf en beloning, operante conditionering³ (Dekker, 2002). Of agressie aangeleerd of aangeboren is, daar is moeilijk antwoord op te geven. Wel is te concluderen dat men zich vooral agressief gedraagt om een doel te bereiken dat zonder agressie moeilijker te bereiken is (Stoffels, 2002). Agressief gedrag kan zich op verschillende manieren ontwikkelen, waardoor er verschillende vormen van agressie ontstaan (Merk, Orobio de Castro, Koops & Matthys, 2005). De mate van agressie hangt af van het effect dat het gedrag heeft (Dekker, 2002). Agressie kan variëren van verbale tot relationele tot aan ernstige directe agressie (Schopman, 2011).

² De psychodynamische benadering gaat uit van het handelen van de mens vanuit het onbewuste. Pijn, verdriet en woede uit het verleden kunnen steeds weer geactiveerd worden. Om dit te kunnen ontdekken wordt er gekeken naar het verleden, waar het onbewuste gedrag het gevolg van is (Brybaert, M. (2006) psychologie. Thorn: Academia Press).

³ operante conditionering: Skinner is één van de bekendste grondleggers van de operante conditionering. Bij de operante conditionering wordt de kans dat bepaald gedrag vertoond zal worden groter of kleiner, afhankelijk wat de gevolgen die dit gedrag heeft. Een bekrachtiger verhoogt dat het gedrag opnieuw vertoond zal worden, een straf verlaagd die kans (Brybaert, M. (2006) psychologie. Thorn: Academia Press).

2.3.2 Soorten agressie

Zoals hierboven is beschreven, is agressief gedrag in verschillende soorten te verdelen. Tijdens dit onderzoek hebben patiënten meegewerkt die vooral destructieve en reactieve agressie vertonen. Veelal kwam de agressie voort uit opgekropte emoties wat op een gegeven moment geuit werd in destructieve agressie. Hieronder worden de soorten constructieve, destructieve agressie, reactieve en instrumentele agressie beschreven. Psychomotorische Therapie (PMT) wordt veelvuldig ingezet bij patiënten met agressieproblematiek om de kans op recidive te verkleinen (Nijkamp, Hoek, Ekhart, Reijs 2010). Hoe de behandeling in zijn werk gaat en wat PMT inhoudt wordt in hoofdstuk 2 paragraaf 2.3.4 nader beschreven.

2.3.2.1 Constructieve versus Destructieve agressie

Als we kijken naar de forensische psychiatrie spreken we veelal van destructieve agressie (Boerhout & Van der Weele, 2007). Er wordt over destructieve agressie gesproken wanneer diegene zelf, en een ander, last heeft van de agressie en schade die toegebracht wordt. Dit wordt ook wel omschreven als negatieve agressie. Deze extreme vorm van uiting kan beschouwd worden als gedrag dat voort komt uit een samenspel van overlevingsdrang, emoties als boosheid en angst, (ver)oordelende cognities en biologische prikkels (Boerhout & Weele, 2007).

Er wordt van constructieve agressie gesproken wanneer iemand assertief is en beschikt over assertieve weerbaarheid. Dit wordt ook wel omschreven als positieve agressie. Het betekent opkomen voor eigen behoeften en rechten, met respect voor de behoeften en rechten van de ander (Stoffels, 2002).

2.3.2.2 Reactieve versus Instrumentele agressie

Naast positieve en negatieve agressie wordt agressie onderscheiden in twee subvormen, namelijk; reactieve agressie en instrumentele agressie.

Reactieve agressie is een impulsieve reactie op een waargenomen dreiging of provocatie, wat gevoelens van woede, boosheid, irritatie, angst etc. kan opwekken (de Leander, 2004). Zowel de ervaren dreiging of provocatie, als de gevoelens, leiden tot agressief gedrag met als functie het stoppen van oneerlijke situaties (Dodge, 1991; Dodge & Coie, 1987).

Bij instrumentele agressie wordt wel overwogen om agressie als middel te gebruiken om een bepaald doel te bereiken. Instrumentele agressie maakt dat men eerder op agressief gedrag overgaat, omdat men goed beseft dat agressie een goed middel is om bepaalde doeleinden te bereiken (de Leander, 2004). Het verschil met reactieve agressie is dat men bij instrumentele agressie niet het doel heeft een ander schade of leed te berokkenen (de Leander, 2004). Agressie is het instrument dat wordt ingezet, los van het feit dat er schade of leed kan ontstaan.

2.3.3 Wanneer wordt er gesproken van agressieproblematiek?

Er is niet één duidelijke stoornis met de als naam agressieproblematiek. In de DSM-IV worden problemen met agressie bij verschillende problematieke/ stoornissen genoemd zoals; oppositioneel-opstandig gedrag, antisociale gedragstoornis, impulscontrolestoornis, angststoornissen, (aan autisme verwante) contactstoornis Uijting, 2004). Veelal staat agressief gedrag in verbinding met de As I en de As II stoornissen (Nijkamp et al., 2010).

Zo is agressieproblematiek geen stoornis an-sich maar houdt het verband met gedragstekorten op het gebied van emoties, cognitief en sociale vaardigheden (Goldstein, Glick en Gibbs, 1998).

2.3.3.1 Typen agressieproblematiek

Klomp (1995) onderscheidt drie soorten veel voorkomende typen agressieproblematiek; 'Je zin krijgen en de baas spelen', de undercontrollers en de overcontrollers. Patiënten die aan dit onderzoek hebben deelgenomen, waren te onderscheiden in de undercontrollers en de overcontrollers. Hieronder worden deze typen agressie verder toegelicht.

De undercontrollers, slaan van zich af. Dit kan ontstaan uit onzekerheid en angst of door geringe frustratietolerantie (Uijting, 2004).

De overcontrollers echter kroppen op en ontploffen op een gegeven moment. Dit kan komen door een negatief zelfbeeld of door een externe locus of control⁴ (Uijting, 2004). De meerderheid tijdens dit onderzoek is onder te verdelen onder de overcontrollers.

2.3.4 Wat kan PMT betekenen voor agressieproblematiek?

De PMT biedt bij uitstek mogelijkheden om patiënten op een ervaringsgerichte wijze zicht te laten krijgen op hun gedrag en te oefenen met gedragsalternatieven (Nijkamp, et al, 2010). Binnen de forensische psychiatrie bestaan er verschillende PMT behandelingen die gericht zijn op het behandelen van agressie. Veelal beginnen deze behandelingen met het ontdekken, herkennen en signaleren van lichaamssignalen. Van Hornsveld beschrijft in zijn boek 'Een Held zonder Geweld' dat de eerste vijf weken van de agressiehanteringstherapie in het teken staan van woedebeheersing. Hiermee wordt bedoeld, het herkennen van, en adequaat omgaan met, gevoelens als irritatie, boosheid, woede of agressie (Hornsveld, 2004). Uijting (2004) beschrijft dat de behandeling van agressieproblematiek zich voornamelijk richt op het signaleren van lichaamssignalen. Deze kunnen worden gebruikt om te registreren hoe de spanning is, of de spanning oploopt en hoe de spanning gereduceerd kan worden. Dijk (2005) beschrijft dat het leren registreren van lijfelijke processen voorop staat binnen de behandeling van plegers van huiselijk geweld. Een kwalitatief gevalstudie naar de werkwijze van psychomotorische therapeuten (PMT-ers) binnen de behandeling van agressieproblematiek in de forensische psychiatrie beschrijft dat PMT de mogelijkheid biedt om lichaamssignalen te verkennen, herkennen en te erkennen⁵ en hierover te communiceren (Nijkamp et al, 2010). Door gebruik te maken van een methodische wijze kan PMT mogelijke resultaten kennen, van bijvoorbeeld lichaamssignalen herkennen tot over gevoelens reflecteren (Smeijsters, 2005). Uit onderzoek is gebleken dat cognitief- gedragstherapeutische programma's grotere effecten hebben op het recidiverisico dan voor andere benaderingen (Hornsveld, 2007). Kairos wordt veelal gewerkt met de cognitieve gedragstherapie⁶. Voor dit onderzoek wordt verder niet ingegaan op vervolg stappen zoals dat bij de cognitieve gedragstherapie wel het geval is. Dit onderzoek gaat uit van hetgeen dat Uijting (2004) beschrijft, het signaleren van lichaamssignalen en het registreren hoe de spanning is, of dat de spanning oploopt. Binnen dit PMT onderzoek wordt daarvoor gebruik gemaakt van progressieve relaxatie in de hoop het lichaamsbewustzijn te vergroten en beter de emotionele toestand te kunnen herkennen.

Hoe dit tijdens het onderzoek in de praktijk aangeboden is wordt verder beschreven in hoofdstuk 3. Hieronder wordt beschreven wat het lichaamsbewustzijn inhoudt en wat het belang is van het lichaamsbewustzijn voor patiënten met agressieproblematiek.

2.4 Wat houdt het lichaamsbewustzijn in?

Lichaamsbewustzijn is een van die woorden die iedereen meent te begrijpen, maar waar geen aanvaardbare wetenschappelijke definitie voor staat (Blackmore, 2003). Hoewel er geen aanvaardbare wetenschappelijke definitie is, gaat lichaamsbewustzijn om de aandachtsfocus en bewustwording van innerlijke lichamelijke gewaarwordingen (Mehling, Gopisetty, Daubenmier, Price, Hecht & Stewart, 2009). De gewaarwording van deze innerlijke lichamelijke gewaarwordingen zijn van belang bij het signaleren van de eigen interne toestand (Price & Thompson, 2007). Het lichaam geeft continu signalen af, bijvoorbeeld een verhoogde hartslag, ademhaling, verhoogde spierspanning enzovoorts.

⁴ externe locus of control; men heeft de neiging om te denken dat een gebeurtenis niet het gevolg is van het eigen handelen is of van de eigen karaktereigenschappen (Rooddijn, 2010).

⁵ Verkennen, herkennen en erkennen; Patiënt en therapeut kijken in verschillende contexten of er verschillende gedragingen zijn(verkennen), vervolgens wordt de transfer gelegd(herkennen), tot slot wordt er erkent wat het probleem is en welke aanpassing oplossing gezocht moet worden(erkennen) (Blink, van den, 2003).

⁶ Cognitieve gedragstherapie; deze therapie spant zich in om patiënten efficiëntere strategieën aan te leren, zodat zij de problemen in het dagelijkse leven beter aankunnen (Brysbaert, M. (2006) psychologie. Thorn: Academia Press).

Iedereen reageert verschillend op deze signalen en dit wordt mede bepaald door de ernst van de situatie en de gebeurtenis maar misschien nog wel belangrijker door de (aangeleerde) coping- stijl⁷ (Meijer, 2004).

2.4.1 Wat is het verband tussen agressieproblematiek en lichaamsbewustzijn?

Zoals aangegeven in hoofdstuk 2 paragraaf 2.3.4 wordt er binnen de behandeling van PMT veel aandacht besteed aan het waarnemen van lichaamssignalen en het signaleren van (oplopende) spanning. Gedrag wordt immers voor een groot deel gestuurd door lichaamsprocessen (Peeters, 2007). Bij patiënten met een agressie probleem is vaak sprake van een verhoogd fysiek spanningsniveau (Siegman, Townsend, Cicelek & Blumethal, 2000). Deze verhoogde spanning wordt niet altijd herkend door de patiënt waardoor er een signalerende functie om agressie te voorkomen, verloren gaat (Nijkamp et al., 2010). Zo kan de spanning ophopen met het gevolg dat als deze uiteindelijk toch doorbreekt, zij uitmondt in agressie die niet meer afgeremd kan worden (Smeijsters, 2005). Dit gebeurt ook veelal bij de overcontrollers zoals beschreven in hoofdstuk 2 paragraaf 2.3.3.1. Het voordeel van een goed ontwikkeld lichaamsbewustzijn is dat deze signalen eerder herkend kunnen worden zodat de spanning minder hoeft op te lopen (www.medicinfo.nl).

2.4.2 Wat kan PMT betekenen voor agressieproblematiek en lichaamsbewustzijn?

Door lichaamsgerichte oefeningen kan het lichaamsbewustzijn zich meer ontwikkelen (Peeters, 2007). In dit onderzoek wordt er binnen de PMT gebruik gemaakt van de progressieve relaxatie om de aandacht gericht te sturen op een bepaald lichaamsdeel. Vervolgens kunnen lichaamssignalen op drie manieren worden waargenomen, via interoceptie⁸, proprioceptie⁹ en exeteroceptie¹⁰ (Mehling et al., 2009). Interoceptie en proprioceptie hebben betrekking op de informatie van binnen uit het lichaam en exeteroceptie van buiten het lichaam. Deze drie maken het samen mogelijk dat onze aandacht gericht kan worden op het lichaam (Mehling et al., 2009). Tijdens de progressieve relaxatie wordt de aandacht gericht gestuurd en wordt er gericht aangespannen en ontspannen. Zoals beschreven in hoofdstuk 2 paragraaf 2.2 heeft Edmund Jacobson hier een educatief punt van gemaakt namelijk het aanspannen is uw bewuste, opzettelijke actie, u doet dat, en daarom kunt u het zelf stoppen (controle houden). Dit benoemt hij als 'Self-operations control'; het leren besturen van het lichaam (Dixhoorn, 2001). Tijdens dit onderzoek staat binnen PMT het herkennen en ontdekken van de lichaamssignalen centraal, of zoals Dijk (2005) het beschrijft de lijfelijke processen. In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van progressieve relaxatie in de hoop het lichaamsbewustzijn te vergoten en beter de emotionele toestand van het lichaam te kunnen herkennen. In hoofdstuk 3 wordt hier verder bij stilgestaan. Hieronder wordt beschreven wat het belang van is van emotie herkenning voor patiënten met een agressie probleem en wat emotie daadwerkelijk is.

2.5 Wat is emotie?

Emotie is een intens overheersend gevoel van korte duur, dat te maken heeft met een specifieke ervaring (Jeffrey, Nevid, Spencer, Rathus & Beverly Greene, 2008). Volgens Frijda (2007) dienen emoties als signaal om te zeggen dat een bepaalde gebeurtenis belangrijk is in positieve en negatieve zin. Ook geeft hij aan dat emoties ontstaan doordat mensen bepaalde voorvallen gunstig of schadelijk voor eigen belang achten. De emoties zijn op hun beurt weer van invloed op de soort handeling waarmee iemand op een bepaalde situatie reageert (www.mens-en-samenleving.nl).

⁷ Coping- stijl; cognities en gedrag gekozen door een individu die volgen op een herkenning van een stressvolle gebeurtenis, tevens onderworpen om hiermee om te gaan of met de consequentie ervan (van Wijck, 2008).

⁸ Interoceptie; de perceptie van sensaties van binnenuit het lichaam. Ook de perceptie van fysieke sensaties die verband houden met interne orgaanfuncties zoals; hartslag, ademhaling en autonome activiteit die gerelateerd zijn aan emoties (Mehling et al., 2009).

⁹ Proprioceptie; de perceptie van spanningen in de spieren, gewrichten en pezen van bewegingen, houding en evenwicht (Mehling et al., 2009).

¹⁰ Exeteroceptie; het waarnemen en de verwerking van input van buiten het lichaam zoals; gehoor, zicht, reuk, tast en smaak (Mehling et al., 2009).

2.5.1 Wat is het verband tussen agressieproblematiek en emotie?

Emoties zoals boosheid, angst, wanhoop, wrok worden veelal geassocieerd met agressie (Boerhout & van der Weele, 2007). Bij patiënten met agressie problemen verhoogt dit de kans op agressief gedrag omdat zij meestal niet goed in staat zijn om controle uit te oefenen op hun emoties en de reactie daarop (Nijkamp et al., 2010). De reden hiervoor is dat bij agressieproblematiek vaak een tekort aan regulerende vaardigheden is op het gebied van spanning, impulsen en emoties (Coccaro, 2004). Emotie gaat gepaard met een fysiologische opwinding (arousal), die tot stand komt op basis van het autonome zenuwstelsel¹¹ (Wilmore & Costill, 2004). Veelal reageert het lichaam op een emotionele reactie die een situatie teweegbrengt, ook wel introreceptieve stimuli genoemd (Kuin, 2005). Volgens Ekman (1999) zijn er zes primaire emoties, droefheid, blijheid, angst, woede, verassing en de combinatie van walging en minachting, die een lichamelijke reactie teweeg kunnen brengen. Het sympathische zenuwstelsel is actief tijdens sterke emoties en stresssituaties. Deze verhoogde activiteit van sympathische zenuwstelsel bij emotie kunnen op eenvoudige wijze worden geregistreerd (Brysbaert, 2006). Signalen die hiermee gepaard gaan zijn verhoogde hartslag, verhoogde ademhaling en verhoogde spierspanning zoals eerder beschreven is in hoofdstuk 2 paragraaf 2.4.

2.5.2 Wat kan PMT betekenen voor agressieproblematiek en emotie?

Zoals Hornsveld (2004) beschreef, begint de PMT behandeling van agressieproblematiek bij woedebeheersing. Deze beheersing staat in het teken van herkennen en adequaat omgaan met gevoelens als irritatie, boosheid, woede of agressie. Hierboven is al beschreven dat patiënten met een agressie probleem over beperkte regulerende vaardigheden beschikken. Om te kijken wanneer de patiënt de beheersing dreigt te verliezen, maakte Kuin (2005) tijdens zijn PMT module 'op tijd stoppen' gebruik van uitlokkende situaties (triggers). Op deze manier wordt de spanning verhoogt en leert de patiënt wat zijn triggers zijn. Ook beschrijft Kuin (2005) dat daarna strategieën worden aangeleerd om de spanning te verlagen. Uit onderzoek is gebleken dat relaxatietechnieken zoals de progressieve relaxatie, een positief effect heeft op agressieproblematiek (Nickel, Lahmann, Tritt, Loew en Rother 2005). Op deze manier wordt het parasympathische zenuwstelsel in gang gezet wat gepaard gaat met ontspanning en rust (Brysbaert, 2006). Uit onderzoek van Brad J. Bushman blijkt dat spanning en agressie het meest verminderd als controle wordt gehouden en er afleiding wordt gezocht (Zijlmans, 2003). Tijdens dit onderzoek is er een zelfde soort methodiek gebruikt. Zo is er gewerkt met imaginaire exposure¹² om te ervaren hoe het lichaam reageert tijdens spanningsverhogende situaties. Vervolgens is de progressieve relaxatie toegepast met als doel de spanning te laten afnemen. Hoe dit verder vorm is gegeven wordt beschreven in de methode in hoofdstuk 3 paragraaf 3.4.

¹¹ autonome zenuwstelsel; het stuurt de onbewuste interne functies in het lichaam aan. Onder het autonome zenuwstelsel vallen de twee delen; sympathische en parasympathisch zenuwstelsel (Wilmore, J.H. & Costill, D.L. (2004). *Psychology of Sports and Exercise*. Maarsen: Elsevier gezondheidszorg.).

¹² Imaginaire exposure; blootstelling in de vorm van je voorstellen/ inbeelding dat je in een spanningsverhogende situatie verkeert/meemaakt (Nevid, J.S. Rathus, S.A. Greene, B. (2008). Amsterdam: Pearson Education Benelux BV.).

3 Methode

3.1 Onderzoeksgroep

De onderzoeksgroep bestond uit mannelijke patiënten met een agressie gerelateerde hulpvraag. Deze patiënten komen uit het patiëntenbestand van Kairos te Arnhem, waar het onderzoek ook heeft plaatsgevonden. Alle patiënten hadden een vrijwillig kader, dit houdt in dat ze geen juridisch kader hadden en niet verplicht zijn om een behandeling te volgen. De onderzoeksgroep bestond uit vijf patiënten die zijn geselecteerd en aangedragen door het multidisciplinair team binnen Kairos. De leeftijden liepen uiteen van 26 tot 51 jaar. Met een gemiddelde leeftijd van 38 jaar. Gedurende het onderzoek was er één drop-out en dat betekent dat het onderzoek is afgerond met vier patiënten.

3.2 Onderzoeksmethode

Het betreft een experimenteel onderzoek met een voormeting en een nameting. Het onderzoeksprogramma bedroeg een periode van zes weken waarbij in vijf bijeenkomsten de progressieve relaxatie is toegepast. De eerste bijeenkomst was een kennismakingsgesprek, waar ook de voormeting (Meting- 0) is afgenomen. Tijdens de zesde week en afsluitende bijeenkomst is de nameting (Meting- 1) afgenomen. Het programma is volgens een vast protocol aangeboden, dit wordt nader toegelicht in paragraaf 3.4. Wat hierboven al aangegeven is, is dat er vier patiënten zijn die het onderzoek volledig doorlopen hebben. Tijdens het onderzoek was er één patiënt die vroegtijdig gestopt is. Deze meting is dan ook niet meegenomen in de dataverwerking. Van de vier patiënten die het onderzoek volledig doorlopen hebben, is er één patiënt geweest die één bijeenkomst gemist heeft. Aangezien er te weinig tijd was om de bijeenkomst in te halen, heeft deze patiënt vier bijeenkomsten gevolgd in plaats van vijf. Bij deze patiënt is meting- 1 afgenomen tijdens de vijfde bijeenkomst en niet tijdens de zesde afsluitende week. Tijdens het onderzoek is geen gebruik gemaakt van een controle groep. De reden hiervoor is dat er te weinig patiënten in aanmerking kwamen om een controle groep te vormen. Dit had het onderzoek wel versterkt. Helaas was dit echter niet haalbaar zoals hierboven beschreven staat.

3.3 Onderzoeksinstrumenten

Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van de volgende drie zelfrapportage onderzoeksinstrumenten; Mindful Attention Awareness Scale (MAAS), Scale of Body Connection (SBC) en de Sensory Awareness Quistionaire (SAQ). Hieronder worden ze uitgebreid beschreven.

3.3.1 MAAS; Mindful Atetion Awareness Scale

Mindful Atetion Awareness Scale is ontwikkeld door Brown en Ryan (2003) (Schroevers, Nyklicek & Topman, 2008). MAAS meet een algemene tendens om bewust te zijn van, en aandacht te hebben voor, de ervaringen in het hier en nu (Schroevers et al., 2008). Bij MAAS wordt gebruik gemaakt van een 6 puntsschaal, waarbij 1= bijna altijd en 6= bijna nooit is. Een hogere score betekent een grotere aandacht en bewustzijn. MAAS bestaat uit 15 items, voorbeelden zijn "Ik kan een emotie ervaren en mij daar pas later bewust van zijn" en "Ik voer activiteiten uit, zonder er echt aandacht aan te schenken". Maas lijkt een betrouwbaar zelfrapportage te zijn voor het meten van mindfulness (Schroevers et al., 2008).

3.3.2 SAQ; Somatic Awareness Quistionaire

Somatic Awareness Quistionaire (SAQ) is ontwikkeld door Gijsbers van Wijk & Kolk (1996) (Gijsbers van Wijk & Kolk, 1996). De SAQ richt zich op het herkennen van lichaamssignalen en het rapporteren van deze sensaties en meet het lichaamsbewustzijn (Scheffers et al., 2006). SAQ maakt gebruik van een 5 puntsschaal, waarbij 1= helemaal niet en 5= zeer is. Een hogere score betekent een hogere gevoeligheid voor lichamelijke processen en lichamelijke gesteldheid. SAQ bestaat uit 25 items, voorbeelden zijn "Ik weet wanneer ik koorts heb zonder de temperatuur te meten" en "Ik ben erg gevoelig voor inwendige lichamelijke spanningen".

SAQ is ontwikkeld door Gijsbers van Wijk en Kolk (1996), zij bevestigen in hun onderzoek de betrouwbaarheid van SAQ, de validiteit van deze lijst wordt echter niet bevestigd (Manders, 2010).

3.3.3 SBC; Scale of body Connection

Scale of body Connection is ontwikkeld door Price en Thompson (2007) (NVPMT, 2010). SBC bestaat uit twee subschalen die het lichaamsbewustzijn en lichaamsdissociatie meten. SBC maakt gebruik van een 5 puntsschaal, waarbij 1= helemaal niet en 5= altijd is. Een hogere score op de subschaal lichaamsbewustzijn wil zeggen dat er sprake is van bewuste aandacht voor het lichaam (Manders, 2010). Een hogere score op de subschaal lichaamsdissociatie wil zeggen dat er sprake is van distantie van het lichaam en emoties (Manders, 2010). SBC bestaat uit 20 items waarvan 12 items het lichaamsbewustzijn meten en 8 items de lichaamsdissociatie meten. Items die gebruikt worden zijn "Ik merk dat mijn lichaam verandert als ik boos ben" en "Ik voel mij niet verbonden met mijn lichaam". Onderzoek heeft enig bewijs gevonden voor betrouwbaarheid en constructvaliditeit van SBC (Price & Thompson, 2007).

3.4 Interventies

Voor dit onderzoek is gekozen om de progressieve relaxatie van Edmund Jacobson in te zetten zoals beschreven in hoofdstuk 2 paragraaf 2.2.

De bijeenkomsten zijn aangeboden volgens een vaste methodiek die terug te vinden is in de bijlage. Iedere bijeenkomst werd gestart met het bespreken van het gemaakte huiswerk van de afgelopen week. Vervolgens werd er een quick body scan gedaan om in te zien hoe de patiënt zich voelde tijdens de start van de bijeenkomst. De kern van de bijeenkomst was de progressieve relaxatie, deze is op methodische wijze aangeboden gedurende de vijf bijeenkomsten. Hiervoor is gekozen om het lichaamsbewustzijn te vergroten. Hoe dit verder vorm is gegeven is te lezen in de bijlage. Na de progressieve relaxatie werd er wederom de quick body scan uitgevoerd om te voelen of er lijfelijk iets veranderd was. Ter afsluiting werd er gereflecteerd op de bijeenkomst. Hierin werd stilgestaan wat voor de patiënt de waarneembare verschillen waren gedurende de bijeenkomst. De patiënt kreeg iedere week huiswerk mee, dit is bijgevoegd in de bijlage.

Vanaf de tweede bijeenkomst is er een interventie bijgevoegd namelijk de imaginaire exposure. Imaginaire exposure houdt in dat blootstelling in de vorm van voorstellen/inbeelding en dat patiënten zich in een spanningsverhogende situatie verkeert/ meemaakt (Nevid, et al., (2008). Hiervoor is gekozen om te bezien of er lichamelijke reacties waarneembaar waren aan de hand van de emotionele reactie. De imaginaire exposure werd toegepast voor de progressieve relaxatie. Hiervoor is gekozen om met een spanningsverlagende oefening te eindigen. Hoe dit verder vorm is gegeven is te lezen in de bijlage.

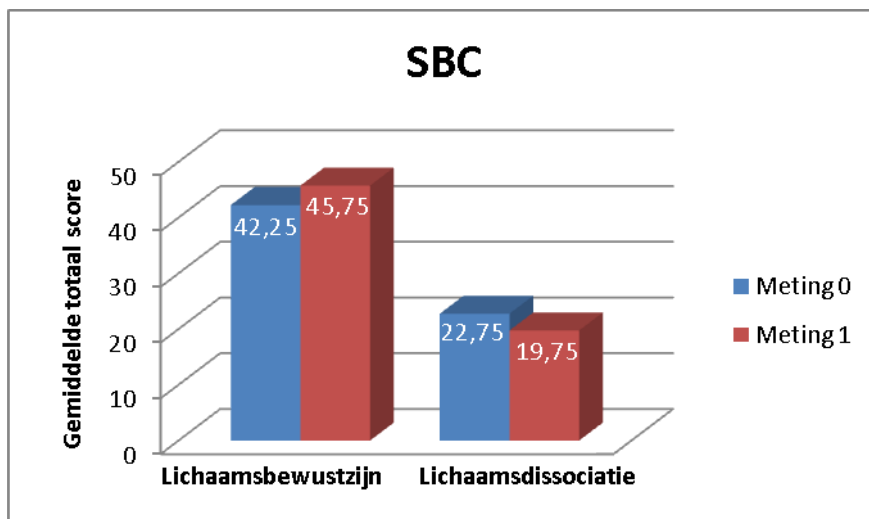
3.5 Data analyse

Om duidelijk inzicht te krijgen wat progressieve relaxatie voor effect heeft op het lichaamsbewustzijn en de emotieherkenning, wordt er gebruik gemaakt van drie onderzoeksinstrumenten. Voor dit onderzoek zijn de onderzoeksinstrumenten SAQ, SBC en MAAS ingezet om te meten of het lichaamsbewustzijn van de patiënten verbeterd is. Hiervoor zijn de scores bij elkaar opgeteld en zijn de gemiddelden van meting- 0 en meting- 1 met elkaar vergeleken. Vervolgens worden hier de conclusies uit getrokken. Het onderzoeksinstrument SBC is ook ingezet om te meten of de emotieherkenning van de patiënten verbeterd is. De subschaal lichaamsbewustzijn is gebruikt om te meten of de emotieherkenning is veranderd. Subschaal lichaamsdissociatie is gebruikt om te meten of het lichaamsbewustzijn is verbeterd. Van de drie onderzoeksinstrumenten heeft subschaal lichaamsbewustzijn van SBC, de meeste vragen gerelateerd aan het herkennen van emotie. Dit is de reden waarom er gekozen is om de subschaal van SBC in te zetten voor de emotieherkenning. Hier zijn ook de scores bij elkaar opgeteld en zijn de gemiddelden van meting- 0 en meting- 1 met elkaar vergeleken. Vervolgens worden ook hieruit conclusies getrokken. Om de meting- 0 en meting- 1 te verwerken is gebruik gemaakt van Excel.

4 Resultaten

In grafiek 1, 2 en 3 zijn de resultaten te zien van de onderzoeksinstrumenten SBC, SAQ en MAAS. Hierin is af te lezen wat de gemiddelde scores zijn van de onderzoeksgroep bij meting- 0 en meting- 1.

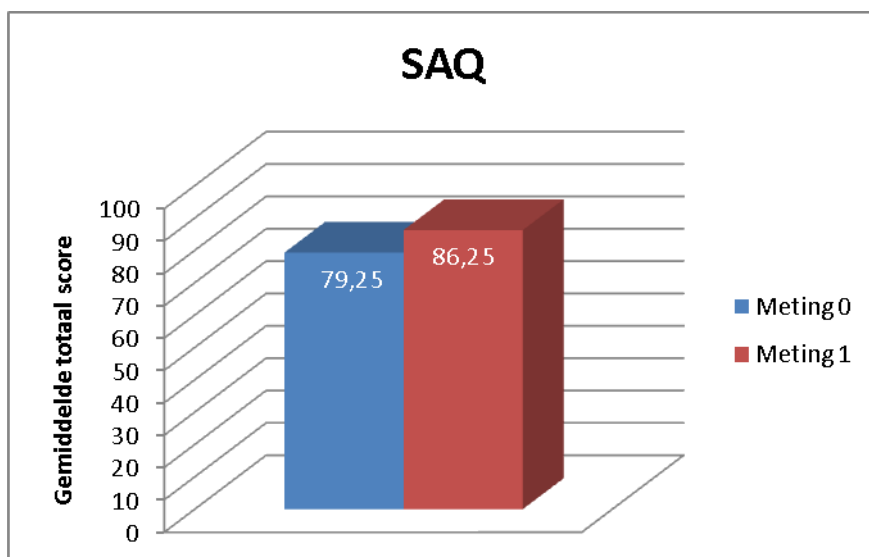
4.1 SBC



Grafiek 1

De resultaten van de Scale of Body Connection (SBC) zijn onderverdeeld in twee subschalen, het lichaamsbewustzijn en de lichaamsdissociatie. Bij het lichaamsbewustzijn scoort de onderzoeksgroep bij meting- 0 een gemiddelde score van 42,25 en bij meting- 1 een gemiddelde van de score van 45,75. De stijging van meting- 0 naar meting- 1 is 2,50. Bij de lichaamsdissociatie scoort de onderzoeksgroep bij meting- 0 een gemiddelde score van 22,75 en bij meting- 1 een gemiddelde score van 19,75. De daling van meting- 0 naar meting- 1 is 3,00.

4.2 SAQ

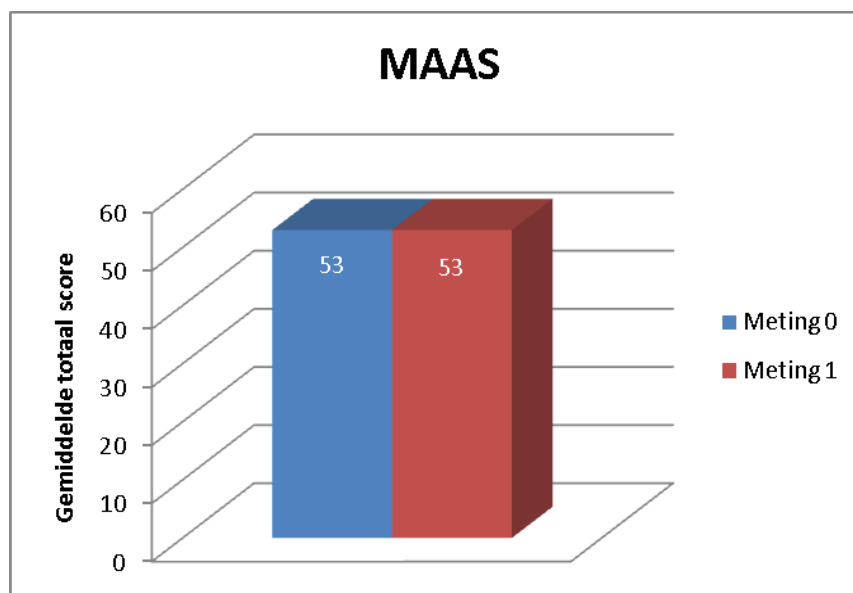


Grafiek 2

Bij de Somatic Awareness Quistionaire (SAQ) scoort de onderzoeksgroep bij meting- 0 een gemiddelde van 79,25. Bij meting- 1 is het gemiddelde van de onderzoeksgroep 86,25. De stijging van meting- 0 naar meting- 1 is 7,00.

4.3

MAAS



Grafiek 3

Bij de Mindful Attention Awareness Scale scoort de onderzoeksgroep zowel bij meting- 0 als bij meting- 1 een gemiddelde score van 53. Hierbij is geen stijgen of daling tussen meting- 0 naar meting- 1.

Hoe de gemiddelde scores tot stand zijn gekomen, zijn terug te vinden in de bijlage.

5 Discussie

De onderzoeksgroep is tijdens het onderzoek niet compleet gebleven. Er is één patiënt die één bijeenkomst gemist heeft en er was sprake van één drop-out. Het aantal patiënten die aan dit onderzoek hebben meegewerkt is een kleine populatie. Er blijkt uit de resultaten dat met betrekking tot het lichaamsbewustzijn een stijging te zien is. Er kan gespeculeerd worden of dit niet hoger was geweest als alle patiënten het onderzoek hadden afgerond. Hier kan in twijfel worden getrokken of de meting betrouwbaar is. Het invullen van de onderzoeksinstrumenten blijven momentopnames. Ook kunnen de gemiddelde scores beïnvloed worden door een hoge of lage score van de patiënt. Er hoeft maar één uitschieter bij te zitten en de scores worden omhoog of omlaag getrokken. Dat is het nadeel van een kleine populatie. Tijdens dit onderzoek is er geen gebruik gemaakt van een controle groep. Om de betrouwbaarheid te garanderen is het aan te raden om gebruik te maken van een controle groep.

De emotieherkenning was lastig te meten. Tijdens dit onderzoek is gebruik gemaakt van de subschaal lichaamsbewustzijn van SBC om te meten of de emotieherkenning is verandert gedurende het onderzoek. Uit de resultaten is gebleken dat er een positief verschil is ontstaan tussen de voor- en nameting. De vraag is of SBC wel geschikt is om een juiste beeld te geven of de patiënt in staat is zijn emotie te herkennen. Is er een goed beeld ontstaan van de emotieherkenning of is daar een andere vragenlijst voor nodig?

Onderzoeksinstrument MAAS blijft gelijk. In MAAS staan een aantal items die over emotie en het lichaamsbewustzijn gaan. MAAS gaat voornamelijk over aandacht en bewustzijn (mindfulness). Er kan dan ook worden afgevraagd of MAAS een relevant instrument is voor dit onderzoek.

Met name bij SAQ is een relatief groot verschil te zien tussen de voor- en nameting. Op de subschaal lichaamsdissociatie van SBC is een daling te zien tussen de voor- en nameting. Er kan hier worden afgevraagd of dit geen momentopname is. Ook is de vraag of de progressieve relaxatie hieraan bij heeft gedragen. Kan er in vijf bijeenkomsten een dergelijk verschil ontstaan op het lichaamsbewustzijn? En een daling op het lichaamsdissociatie? Is het blijvend of wordt er zo hoog gescoord omdat het relatief nieuw is voor de patiënt? Een aantal van de deelgenomen patiënten volgen ook nog andere therapieën. Hebben de uitkomsten van dit onderzoek alleen betrekking op de progressieve relaxatie of hebben de andere therapieën ook bijgedragen aan het verschil tussen de voor- en nameting?

Al deze aspecten kunnen van invloed zijn geweest op de resultaten van het onderzoek. Voor een eventueel vervolg onderzoek zal hier dan ook kritisch naar gekeken moeten worden.

6 Conclusie

Uit de literatuur is naar voren gekomen dat het begrip agressie moeilijk te definiëren is. Agressieproblematiek is geen stoornis op zich, het houdt verband met gedragstekorten op het gebied van emoties, cognitief en sociale vaardigheden. Er zijn verschillende soorten agressie dat kan voortkomen als reactie op of ingezet kan worden als middel. Lichaamsbewustzijn draagt bij aan het herkennen van innerlijke lichamelijke gewaarwordingen. Er bestaat geen eenduidige wetenschappelijke definitie van lichaamsbewustzijn. Wel is duidelijk dat het verband houdt bij het waarnemen en registreren van innerlijke lichamelijke veranderingen. Emotie is hoe iemand zich voelt en gaat gepaard met de lichamelijke veranderingen. Als emotie niet op tijd gereguleerd wordt, kan het bijdragen aan agressief gedrag. Bij opkroppen bestaat de kans dat het verkeerd geuit wordt, bijvoorbeeld op een agressieve manier, zoals bij de overcontrollers. Daarom is het van belang dat de lichamelijke reacties voorafgaand aan agressief gedrag worden waargenomen. Zo wordt de kans op agressief gedrag vermindert.

Uit de resultaten van onderzoeksinstrument SBC kan het volgende worden opgemaakt. De progressieve relaxatie in combinatie met de bodyscan en de imaginaire exposure, hebben positief bijgedragen aan de emotieherkenning. Hieruit kan geconcludeerd worden dat het merendeel van de patiënten het herkennen van de emotie kan koppelen aan lichaamssignalen.

Uit SBC en SAQ blijkt dat lichaamsbewustzijn is toegenomen en lichaamsdissociatie afgenomen. Dit was ook het doel van het onderzoek; patiënten voelen zich meer verbonden met hun lichaam. De patiënten zijn beter in staat stil te staan en te luisteren naar hun lichaam dan voor dit onderzoek. Bij SAQ is een forse stijging zichtbaar van bijna 10 procent. Naar aanleiding van de resultaten van de onderzoeksinstrumenten SBC en SAQ kan geconcludeerd worden dat de progressieve relaxatie gedurende de vijf bijeenkomsten positief heeft bijgedragen aan het vergroten van het lichaamsbewustzijn bij patiënten met een agressie probleem. Onderzoeksinstrument MAAS blijft gedurende het onderzoek gelijk. Tijdens het onderzoek is mindfulness te weinig aan bod gekomen waardoor geen verschillen zijn ontstaan bij MAAS.

6.1 Antwoord op de vraagstelling

Wat is het effect van vijf bijeenkomsten progressieve relaxatie van Edmund Jacobson op het lichaamsbewustzijn en de emotie herkenning voor mensen met agressieproblematiek in de poliklinische forensische psychiatrie?

Uit de hogere scores bij meting- 1 ten opzichte van meting- 0, is op het lichaamsbewustzijn een positief resultaat te zien. Daarnaast is de lichaamsdissociatie afgenomen waardoor de patiënten zich meer verbonden voelen met hun lichaam. Hieruit kan geconcludeerd worden dat het effect van 5 bijeenkomsten progressieve relaxatie een positieve bijdrage heeft geleverd aan het vergroten van het lichaamsbewustzijn voor patiënten met agressie problematiek. Op het gebied van emotieherkenning is een positief resultaat te zien. Daaruit kan geconcludeerd worden dat de progressieve relaxatie een positief effect heeft op de emotieherkenning en het kunnen koppelen aan de interne lichamelijke gewaarwordingen.

Met deze conclusie is direct antwoord gegeven op de geformuleerde hypothesen:

Hypothese 1; *Als de patiënt vijf bijeenkomsten progressieve relaxatie volgt, dan verhoogt het lichaamsbewustzijn.*

Uit het onderzoek blijkt dat dit het geval is zoals hierboven staat beschreven op het antwoord van de vraagstelling.

Hypothese 2; *Als de patiënt vijf bijeenkomsten progressieve relaxatie volgt en de daarbij horende huiswerkopdrachten maakt, kan de patiënt signalen ontdekken/ waarnemen hoe het lichaam reageert op bepaalde emoties.*

Uit de resultaten van subschaal lichaamsbewustzijn van SBC kan worden geconcludeerd dat dit het geval is.

7 Aanbevelingen

Uit het onderzoek is gebleken dat de progressieve relaxatie heeft bijgedragen aan het vergroten van het lichaamsbewustzijn en de emotieherkenning van patiënten met agressieproblematiek. Ondanks het geringe aantal bijeenkomsten en onderzoeksgroep, is er toch een stijging zichtbaar. Bij de emotieherkenning was dit een kleiner resultaat dan op het lichaamsbewustzijn. Tijdens het onderzoek is er een basisvaardigheid aangeleerd wat de aanzet kan zijn om mee verder te gaan tijdens PMT. Binnen PMT kunnen patiënten een vervolgtraject krijgen waar ze wel een adequate coping- stijl kunnen ontwikkelen. Hierbij kan gedacht worden aan het uitvoeren van de time- out procedure.

Een andere overweging die de moeite waard is, is om het onderzoek uit te bereiden of aan te passen. Zo kan er gekozen worden om het onderzoek breder te trekken zodat de emotie herkenning meer aandacht krijgt. Men kan er ook voor kiezen om alleen het lichaamsbewustzijn te onderzoeken. Voor Kairos is het interessant om te onderzoeken of de progressieve relaxatie of andere relaxatie vormen bijdragen bij het verminderen van het delict risico. Tijdens dit onderzoek is daar geen aandacht aan besteedt omdat daar niet genoeg tijd voor was. Het is dan van belang een grotere onderzoeksgroep te selecteren en met meerdere patiënten het onderzoek uit te voeren. Ook is het van belang dat er gebruik wordt gemaakt van een controle groep zodat er meerdere inzichten zichtbaar worden. Tot slot is het aan te bevelen om meerdere bijeenkomsten te laten plaatsvinden zodat er gebruik gemaakt kan worden van een voor-, tussen- en nameting. Dit geeft meerdere inzichten waardoor het onderzoek betrouwbaarder is.

Vanuit dit onderzoek is de aanbeveling om binnen Kairos Arnhem een pilot onderzoek op te starten. Zo kan er vanuit dit onderzoek een module worden geschreven op het gebied van lichaamsbewustzijn. Vandaar uit kan het effect gemeten worden op het verminderen van agressief gedrag. Daarbij is het van belang de discussiepunten uit hoofdstuk 5 mee te nemen die bijdragen aan een betrouwbaar onderzoek.

8 Literatuurlijst

- Anderson, C. A. & Bushman, B. J. (2002). Human Aggression. *Annual Review of Psychology*, 53, 27-51.
- Andrews, D.A., Bonta, J & Wormith, S. (2006). The recent past and near future of risk and/or need assessment. *Crime and Delinquency*, Vol 52 (), pg: 7-27
- Blackmore, S. (2003) *Bewustzijn: Een inleiding* New York: University Press.
- Boerhout, C., & Van der Weele, K. (2007). *Psychomotorische therapie en agressieregulatie: een pilot onderzoek*.
- Brysbaert, M. (2006.) *psychologie*. Thorn: Academia Press).
- Coccaro, E.F. (2004). *Agression: psychiatric assessment and treatment*. New York: Marcel Dekker inc.
- De Leander, J. (2004). *de psychologie van de menselijke wreedheid*, 2004
- De Ridder, R. (1990). *Opvattingen over agressie in psychologische theorieën en onderzoek: een sociaal- psychologische evaluatie en een alternatief model*.
- Dekker, H. (2002). *Agressie: aangeboren of aangeleerd?* (www.ntg-s.be).
- Dijk, A.C.J. (2005). *Handen thuis? Handen thuis? Psychomotorische behandeling bij plegers van huiselijk geweld*. In: J. de Lange & R.J. Bosscher (red). *Psychomotorische therapie in de praktijk*. Nijmegen: Cure & Care Publishers.
- Dixhoorn, J.J. (2001). *Ontspanningsinstructie*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg. (2) 5-10
- Dodge, K. A. (1991). Emotion and social information processing. In J.Garber & K. A. Dodge (Eds.), *The development of emotion regulation and dysregulation* (pp. 159–181). New York: Cambridge University Press
- Dodge, K. A., & Coie, J. D. (1987). Social-information-processing factors in reactive and proactive aggression in children's peer groups. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 1146–1158
- DSM-IV
- Ekman, P. (1999). *Epiloog: Zijn emotionele uitdrukkingen universeel?*
- Frijda, N. (2005). *De emoties. Een overzicht van onderzoek en theorie* 6^e druk. Amsterdam: Bert Bakker.
- Gijsbers van Wijk, C.M.T. & Kolk, A.M. (1996). Psychometric evaluation of symptom perception related measures. *Personality & Individual Differences*, 20, 55-70.
- Goldstein, AP, Glick, B. en Gibbs, JC (1998). *Agressie Replacement Training: Een uitgebreide interventie voor agressieve jongeren (rev. ed..)* . Champaign, IL: Onderzoek Pers.
- Hornsveld, R.H.J. (2004) *Held zonder Geweld. Behandeling van agressief gedrag* Amsterdam: Boom.
- Hornsveld, R.H.J. Nijman, H.L.I. & De Vries E.T. (2007) *Assessment & behandeling van Gewelddadige forensisch psychiatrisch patiënten met een gedrags- of een antisociale persoonlijkheidstoornis*. Amsterdam: Boom.
- (Jeffry s. Nevid, Spencer A. Rathus en Beverly Greene, (2008). *Psychiatrie een Inleiding*. 6e editie. Amsterdam: Pearson Education Benelux BV.
- Klomp, M. (1995). Residentiële behandeling van jongeren met agressief gedrag. In *tijdschrift voor Orthopedagogiek* 34.
- Manders, C. (2010). *Onderzoek naar lichaamsbewustzijn binnen Behandelhuis 1 van het jelgerhuis. Geestelijke Gezondheidszorg Friesland*
- www.medicinfo.nl
- Mehling W.E. Gopisetty, V. Daubenmier, J. Price, C.J. Hecht, F.M. & Stewart, A. (2009). *Body awareness: Construct and Self-Report Measures*.

Meijer, K. (2004). Handboek Psychosomatiek. Baarn, HBuitgevers (4e Druk).Peeters, J. (2007). In contact met de agressor
www.mens-en-samenleving.nl

Merk, W.W., Orobio de Castro, B., Koops, W. & Matthys, WCHJ (2005). Onderzoek Naar reactieve en proactieve agressie: zinvol voortheorievorming, diagnostiek en Behandeling?.

Nijkamp, M.N. Hoek, T.A.P. Ekhart, M.H.T. & Reijs, B. (2010). PDI-A De ontwikkeling van een psychomotorisch diagnostisch instrument met betrekking tot agressieproblematiek.

www.nvpmt.nl

www.pompestichting.nl

Price, C. J. and E. A. Thompson (2007). "Measuring Dimensions of BodyConnection: Body Awareness and Bodily Dissociation." 13(9): 945-954.

Price, C.J. & Thompson, E.A. (2007) Measuring dimensions of body connection: body awareness and bodily dissociation.

www.psychfysio.nl

The Journal of Alternative and Complementary Medicine.

Roodduijn, L. (2010). De mate van verwachtheid en de strafmaat en hun psychische implicaties bij nabestaanden`

Schopman, T. (2011). Reactieve en proactieve agressie bij adolescenten met ernstige gedragsproblemen in combinatie met psychiatrische stoornissen.

Schroevers, M., Nyklíček, I., Topman, R. (2008). Validiteit van de Nederlandse versie van de Mindful Attention Awareness Scale (MASS). Gedragstherapie, 41, 225-240

Siegmán AW, Townsend ST, Civelek AC, & Blumenthal RS. (2000). Antagonistic behavior, dominance, hostility, and coronary heart disease.

Smeijsters, H. (2005). Praktijkonderzoek in vaktherapi. Bussum: Coutingo

Stoffels, L, 2002, Agressiehanteringstherapie en PMT binnen TBS kliniek De Rooyse, NVPMT, 8, 16-20

Sturkenboom, M.Th.M. (1986). Agressie in beweging. Bewegen en Hulpverlening, 3, 202-216.

Uijting, M. (2004). Behandeling van ‘agressieproblemen’. Probleemgedrag bij jongeren met een licht verstandelijke handicap.

Van den Blink, M. (2003). BGM derde jaar BPT. Reader Windesheim

Wilmore, J.H. & Costill, D.L. (2004). Physiology of Sports and Exercise. Maarsen: Elsevier gezondheidszorg.

Zijlmans, M. (2003) Boze mens late de knuppel met rust (volkskrant)

Module spanning en ontspanning

Sessie 1

Stap 1

Stap 1 staat in het teken van kennismaking met de deelnemer. Er wordt een uitleg gegeven wat de module Spanning en Ontspanning inhoudt en wat er van de deelnemer en therapeut verwacht kan worden.

Stap 2

Er worden drie vragenlijsten afgenomen namelijk; de SAQ, de MAAS en de SBC. Deze vragenlijsten worden ook in de laatste sessie afgenomen om te onderzoeken of deze module effect heeft gehad op het lichaamsbewustzijn en het herkennen van emotie.

Stap 3

Na het afnemen van de vragenlijst, wordt er gestart met een quick bodyscan. De deelnemer gaat zich focussen op het lichaam en/of er ergens in het lichaam spanning te voelen is.

De Bodyscan;

Ga na of er spanning te voelen is in het lichaam.

De deelnemer mag zelf bepalen om de ogen open te houden of te sluiten tijdens de bodyscan.

Probeer je te focussen of je spanning kunt ontdekken bij de volgende lichaamsdelen;

- Het hoofd
- De nek
- De schouders
- De borst
- De buik
- De armen
- De benen
- De voeten

Stap 4

Er wordt de deelnemer een ontspanningsoefening aangeboden in de vorm van progressieve relaxatie van Edmund Jacobsen.

De deelnemer mag er zelf voor kiezen om de oefening zittend of liggend uit te voeren. Ook mag de deelnemer zelf bepalen of de ogen open of gesloten zijn.

Vandaag staat de progressieve relaxatie vorm in het teken van de handen en armen.

De oefening wordt eerst met de rechter arm uitgevoerd, later wordt de oefening herhaald met de linker arm en vervolgens met beide armen.

Belangrijk is dat de aanspanning ongeveer vijf seconden wordt vastgehouden en vervolgens langzaam wordt losgelaten.

- buig de hand voorwaarts
- buig de hand achterover
- bal de vuist en knijp deze samen
- bal de vuist en buig deze voorwaarts
- bal de vuist en buig deze achterover
- buig de arm bij de elleboog en trek de vuist naar de schouder
- span de gehele arm aan

Stap 5

Bodyscan;

Ga na of er spanning te voelen is in het lichaam.

De deelnemer mag zelf bepalen om de ogen open te houden of te sluiten tijdens de bodyscan.

Probeer je te focussen of je spanning kunt ontdekken bij de volgende lichaamsdelen;

- Het hoofd
- De nek
- De schouders
- De borst
- De buik

- De armen
- De benen
- De voeten

Stap 6

Het huiswerk wordt besproken.

Er wordt van de deelnemer verwacht dat deze voor de volgende sessie de volgende vragen beantwoordt;

- 1) Heb je deze week iets meegemaakt wat lastig, spannend of juist heel leuk voor je was?
- 2) Welke emotie heb je toen bij jezelf gemerkt? Hierbij kun je denken aan de 4 B's (Bang, Boos, Blij of Bedroefd).
- 3) Wat voelde je op dat moment aan je lijf, van deze positieve of negatieve ervaring?

Stap 7

De sessie wordt afgesloten met een cijfer.

Hoe zinvol op een schaal van 0 tot 10 vond u deze sessie, las 0 betekend niet zinvol en 10 betekent erg zinvol.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Module spanning en ontspanning

Sessie 2

Stap 1

Er wordt teruggeblikt op de afgelopen week. Hoe is de week verlopen en er wordt stilgestaan bij het huiswerk.

Stap 2

Na de terugblik wordt gestart met de quick bodyscan. De deelnemer gaat zich focussen op het lichaam en/of er ergens in het lichaam spanning te voelen is.

De Bodyscan;

Ga na of er spanning te voelen is in het lichaam.

De deelnemer mag zelf bepalen om de ogen open te houden of te sluiten tijdens de bodyscan.

Probeer je te focussen of je spanning kunt ontdekken bij de volgende lichaamsdelen;

- Het hoofd
- De nek
- De schouders
- De borst
- De buik
- De armen
- De benen
- De voeten

Stap 3

Er wordt de deelnemer een situatie voorgelegd waarbij de spanning kan oplopen. Dit wordt gedaan in de vorm van een imaginaire exposure.

Situatie; je bent net te laat voor je bus en daardoor kom je waarschijnlijk te laat voor je sollicitatie.

Om het de deelnemer makkelijker te maken, kan gebruik worden gemaakt van de 4 B's (Bang, Boos, Blij, Bedroefd). Zorg ervoor dat de deelnemer de situatie zo reëel mogelijk beleeft.

Helpende vragen hiervoor zijn;

- Waar was je?
- Wie waren er bij?
- Wat zag je?
- Wat deed je?
- Wat hoorde je?
- Wat voelde je?

Belangrijk is dat de deelnemer tijdens de imaginaire exposure niet in gesprek gaat met de therapeut. Spreek daarom een teken af wanneer de deelnemer klaar is met de imaginaire exposure.

Stap 4

Bodyscan;

Ga na of er spanning te voelen is in het lichaam.

De deelnemer mag zelf bepalen om de ogen open te houden of te sluiten tijdens de bodyscan.

Probeer je te focussen of je spanning kunt ontdekken bij de volgende lichaamsdelen;

- Het hoofd
- De nek
- De schouders
- De borst
- De buik
- De armen
- De benen
- De voeten

Stap 5

Er wordt de deelnemer een ontspanning oefening aangeboden in de vorm van progressieve relaxatie van Edmund Jacobsen.

De deelnemer mag er zelf voor kiezen om de oefening zittend of liggend uit te voeren.

Ook mag de deelnemer zelf bepalen of de ogen open te houden of te sluiten tijdens de progressieve relaxatie.

Vandaag staat de progressieve relaxatie vorm in het teken van de voeten en benen.

De oefening wordt eerst met het rechter benen uitgevoerd, later wordt de oefening herhaald met het linker benen en vervolgens met beide benen.

Belangrijk is dat de aanspanning ongeveer vijf seconden wordt vastgehouden en vervolgens langzaam wordt losgelaten.

- trek de voet op

- duw de voet van uw af
- span de kuit aan
- span het bovenbeen aan
- duw uw voet tegen de grond
- buig de knie en trek uw onderbeen naar uw bovenbeen
- strek de knie
- span uw hele been aan

Stap 6

Bodyscan;

Ga na of er spanning te voelen is in het lichaam.

De deelnemer mag zelf bepalen om de ogen open te houden of te sluiten tijdens de bodyscan.

Probeer je te focussen of je spanning kunt ontdekken bij de volgende lichaamsdelen;

- Het hoofd
- De nek
- De schouders
- De borst
- De buik
- De armen
- De benen
- De voeten

Stap 7

Het huiswerk wordt besproken.

Er wordt van de deelnemer verwacht dat deze voor de volgende sessie de volgende vragen beantwoordt;

- 4) Heb je deze week iets meegemaakt wat lastig, spannend of juist heel leuk voor je was?
- 5) Welke emotie heb je toen bij jezelf gemerkt? Hierbij kun je denken aan de 4 B's (Bang, Boos, Blij of Bedroefd).
- 6) Wat voelde je op dat moment aan je lijf, van deze positieve of negatieve ervaring?

Stap 8

De sessie wordt afgesloten met een cijfer.

Hoe zinvol op een schaal van 0 tot 10 vond u deze sessie, las 0 betekend niet zinvol en 10 betekent erg zinvol.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Module spanning en ontspanning

Sessie 3

Stap 1

Er wordt teruggeblikt op de afgelopen week. Hoe is de week verlopen en er wordt stilgestaan bij het huiswerk.

Stap 2

Na de terugblik wordt gestart met de quick bodyscan. De deelnemer gaat zich focussen op het lichaam of er ergens in het lichaam spanning te voelen is.

De Bodyscan;

Ga na of er spanning te voelen is in het lichaam.

De deelnemer mag zelf bepalen om de ogen open te houden of te sluiten tijdens de bodyscan.

Probeer je te focussen of je spanning kunt ontdekken bij de volgende lichaamsdelen;

- Het hoofd
- De nek
- De schouders
- De borst
- De buik
- De armen
- De benen
- De voeten

Stap 3

Er wordt de deelnemer een situatie voorgelegd waarbij de spanning kan oplopen. Dit wordt gedaan in de vorm van een imaginaire exposure.

Situatie; iemand dringt voor bij de kassa, jij hebt een mandje vol dingen om af te rekenen en diegene een kar vol.

Om het de deelnemer makkelijker te maken, kan gebruik worden gemaakt van de 4 B's (Bang, Boos, Blij, Bedroefd). Zorg ervoor dat de deelnemer de situatie zo reëel mogelijk beleeft.

Helpende vragen hiervoor zijn;

Helpende vragen hiervoor zijn;

- Waar was je?
- Wie waren er bij?
- Wat zag je?
- Wat deed je?
- Wat hoorde je?
- Wat voelde je?

Belangrijk is dat de deelnemer tijdens de imaginaire exposure niet in gesprek gaat met de therapeut. Spreek daarom een teken af wanneer de deelnemer klaar is met de imaginaire exposure.

Stap 4

Bodyscan;

Ga na of er spanning te voelen is in het lichaam.

De deelnemer mag zelf bepalen om de ogen open te houden of te sluiten tijdens de bodyscan.

Probeer je te focussen of je spanning kunt ontdekken bij de volgende lichaamsdelen;

- Het hoofd
- De nek
- De schouders
- De borst
- De buik
- De armen
- De benen
- De voeten

Stap 5

Er wordt de deelnemer een ontspanning oefening aangeboden in de vorm van progressieve relaxatie van Edmund Jacobsen.

De deelnemer mag er zelf voor kiezen om de oefening zittend of liggend uit te voeren.

Ook mag de deelnemer zelf bepalen of de ogen open te houden of te sluiten tijdens de progressieve relaxatie.

Vandaag staat de progressieve relaxatie vorm in het teken van de nek, de schouders en de romp.

Belangrijk is dat de aanspanning ongeveer vijf seconden wordt vastgehouden en vervolgens langzaam wordt losgelaten.

- duw uw kin op de borst
- duw uw kin zover mogelijk naar boven
- duw uw hoofd naar de rechter schouder
- duw uw hoofd naar de linker schouder

- duw de beide schouders naar voren
- duw de beide schouders naar achteren
- hef beide schouders op
- duw beide schouders naar beneden
- trek de rug hol
- trek de rug bol
- trek uw buik in
- zet uw buik uit
- trek uw borstkast op
- adem diep in en merk dat uw borstkast zich optrekt

Stap 6

Bodyscan;

Ga na of er spanning te voelen is in het lichaam.

De deelnemer mag zelf bepalen om de ogen open te houden of te sluiten tijdens de bodyscan.

Probeer je te focussen of je spanning kunt ontdekken bij de volgende lichaamsdelen;

- Het hoofd
- De nek
- De schouders
- De borst
- De buik
- De armen
- De benen
- De voeten

Stap 7

Het huiswerk wordt besproken.

Er wordt van de deelnemer verwacht dat deze voor de volgende sessie de volgende vragen beantwoordt;

- 7) Heb je deze week iets meegemaakt wat lastig, spannend of juist heel leuk voor je was?
- 8) Welke emotie heb je toen bij jezelf gemerkt? Hierbij kun je denken aan de 4 B's (Bang, Boos, Blij of Bedroefd).
- 9) Wat voelde je op dat moment aan je lijf, van deze positieve of negatieve ervaring?

Stap 8

De sessie wordt afgesloten met een cijfer.

Hoe zinvol op een schaal van 0 tot 10 vond u deze sessie, las 0 betekend niet zinvol en 10 betekent erg zinvol.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Module spanning en ontspanning

Sessie 4

Stap 1

Er wordt teruggeblikt op de afgelopen week. Hoe is de week verlopen en er wordt stilgestaan bij het huiswerk.

Stap 2

Na de terugblik wordt gestart met de quick bodyscan. De deelnemer gaat zich focussen op het lichaam of er ergens in het lichaam spanning te voelen is.

De Bodyscan;

Ga na of er spanning te voelen is in het lichaam.

De deelnemer mag zelf bepalen om de ogen open te houden of te sluiten tijdens de bodyscan.

Probeer je te focussen of je spanning kunt ontdekken bij de volgende lichaamsdelen;

- Het hoofd
- De nek
- De schouders
- De borst
- De buik
- De armen
- De benen
- De voeten

Stap 3

Er wordt van de deelnemer gevraagd of deze zich een situatie kan inbeelden waarbij de spanning opliep in de vorm van een imaginaire exposure.

De situatie kan van alles zijn, ook de gebeurtenis van de afgelopen week. Dit mag geen trauma zijn om het voor de deelnemer dragelijk te houden. Om het makkelijker te maken, kan gebruik worden gemaakt van de 4 B's (Bang, Boos, Blij, Bedroefd).

Zorg ervoor dat de deelnemer de situatie zo reëel mogelijk beleeft.

Helpende vragen hiervoor zijn;

- Waar was je?
- Wie waren er bij?
- Wat zag je?
- Wat deed je?
- Wat hoorde je?
- Wat voelde je?

Belangrijk is dat de deelnemer tijdens de imaginaire exposure niet in gesprek gaat met de therapeut. Spreek daarom een teken af wanneer de deelnemer klaar is met de imaginaire exposure.

Stap 4

Bodyscan;

Ga na of er spanning te voelen is in het lichaam.

De deelnemer mag zelf bepalen om de ogen open te houden of te sluiten tijdens de bodyscan.

Probeer je te focussen of je spanning kunt ontdekken bij de volgende lichaamsdelen;

- Het hoofd
- De nek
- De schouders
- De borst
- De buik
- De armen

- De benen
- De voeten

Stap 5

Er wordt de deelnemer een ontspanning oefening aangeboden in de vorm van progressieve relaxatie van Edmund Jacobsen.

De deelnemer mag er zelf voor kiezen om de oefening zittend of liggend uit te voeren.

Ook mag de deelnemer zelf bepalen of de ogen open te houden of te sluiten tijdens de progressieve relaxatie.

Vandaag staat de progressieve relaxatie vorm in het teken van het gehele lichaam.

Belangrijk is dat de aanspanning ongeveer vijf seconden wordt vastgehouden en vervolgens langzaam wordt losgelaten.

- duw uw kin op de borst
- duw uw kin zover mogelijk naar boven
- duw uw hoofd naar de rechter schouder
- duw uw hoofd naar de linker schouder
- duw de beide schouders naar voren
- duw de beide schouders naar achteren
- hef beide schouders op
- duw beide schouders naar beneden
- buig de beide handen voorwaarts
- buig de beide handen achterover
- bal beide vuisten en knijp deze samen
- bal beide vuisten en buig deze voorwaarts
- bal beide vuisten en buig deze achterover
- buig beide armen bij de elleboog en trek de vuisten naar de schouder
- span allebei de armen aan
- span beide bovenbenen aan
- span beide kuitten aan
- buig de knie en trek uw onderbeen naar uw bovenbeen
- duw uw voeten tegen de grond
- trek beide voeten op
- duw beide voeten van uw af
- span beide benen aan
- trek uw borstkast op
- adem diep in en merk dat uw borstkast zich optrekt

Stap 6

Bodyscan;

Ga na of er spanning te voelen is in het lichaam.

De deelnemer mag zelf bepalen om de ogen open te houden of te sluiten tijdens de bodyscan.

Probeer je te focussen of je spanning kunt ontdekken bij de volgende lichaamsdelen;

- Het hoofd
- De nek
- De schouders
- De borst
- De buik
- De armen
- De benen
- De voeten

Stap 7

Het huiswerk wordt besproken.

Er wordt van de deelnemer verwacht dat deze voor de volgende sessie de volgende vragen beantwoordt;

- 10) Heb je deze week iets meegemaakt wat lastig, spannend of juist heel leuk voor je was?
- 11) Welke emotie heb je toen bij jezelf gemerkt? Hierbij kun je denken aan de 4 B's (Bang, Boos, Blij of Bedroefd).
- 12) Wat voelde je op dat moment aan je lijf, van deze positieve of negatieve ervaring?

Stap 8

De sessie wordt afgesloten met een cijfer.

Hoe zinvol op een schaal van 0 tot 10 vond u deze sessie, las 0 betekend niet zinvol en 10 betekent erg zinvol.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Module spanning en ontspanning

Sessie 5

Stap 1

Er wordt teruggeblikt op de afgelopen week. Hoe is de week verlopen en er wordt stilgestaan bij het huiswerk.

Stap 2

Na de terugblik wordt gestart met de quick bodyscan. De deelnemer gaat zich focussen op het lichaam of er ergens in het lichaam spanning te voelen is.

De Bodyscan;

Ga na of er spanning te voelen is in het lichaam.

De deelnemer mag zelf bepalen om de ogen open te houden of te sluiten tijdens de bodyscan.

Probeer je te focussen of je spanning kunt ontdekken bij de volgende lichaamsdelen;

- Het hoofd
- De nek
- De schouders
- De borst
- De buik
- De armen
- De benen
- De voeten

Stap 3

Er wordt van de deelnemer gevraagd of deze zich een situatie kan inbeelden waarbij de spanning opliep in de vorm van een imaginaire exposure.

De situatie kan van alles zijn, ook de gebeurtenis van de vorige sessie. Dit mag geen trauma zijn om het voor de deelnemer dragelijk te houden. Om het makkelijker te maken, kan gebruik worden gemaakt van de 4 B's (Bang, Boos, Blij, Bedroefd).

Zorg ervoor dat de deelnemer de situatie zo reëel mogelijk beleeft.

Helpende vragen hiervoor zijn;

- Waar was je?
- Wie waren er bij?
- Wat zag je?
- Wat deed je?
- Wat hoorde je?
- Wat voelde je?

Belangrijk is dat de deelnemer tijdens de imaginaire exposure niet in gesprek gaat met de therapeut. Spreek daarom een teken af wanneer de deelnemer klaar is met de imaginaire exposure.

Stap 4

Bodyscan;

Ga na of er spanning te voelen is in het lichaam.

De deelnemer mag zelf bepalen om de ogen open te houden of te sluiten tijdens de bodyscan.

Probeer je te focussen of je spanning kunt ontdekken bij de volgende lichaamsdelen;

- Het hoofd
- De nek
- De schouders
- De borst

- De buik
- De armen
- De benen
- De voeten

Stap 5

Er wordt de deelnemer een ontspanning oefening aangeboden in de vorm van progressieve relaxatie van Edmund Jacobsen.

De deelnemer mag er zelf voor kiezen om de oefening zittend of liggend uit te voeren.

Ook mag de deelnemer zelf bepalen of de ogen open te houden of te sluiten tijdens de progressieve relaxatie.

Vandaag staat de progressieve relaxatie vorm in het teken van het gehele lichaam.

Belangrijk is dat de aanspanning ongeveer vijf seconden wordt vastgehouden en vervolgens langzaam wordt losgelaten.

- duw uw kin op de borst
- duw uw kin zover mogelijk naar boven
- duw uw hoofd naar de rechter schouder
- duw uw hoofd naar de linker schouder
- duw de beide schouders naar voren
- duw de beide schouders naar achteren
- hef beide schouders op
- duw beide schouders naar beneden
- buig de beide handen voorwaarts
- buig de beide handen achterover
- bal beide vuisten en knijp deze samen
- bal beide vuisten en buig deze voorwaarts
- bal beide vuisten en buig deze achterover
- buig beide armen bij de elleboog en trek de vuisten naar de schouder
- span allebei de armen aan
- span beide bovenbenen aan
- span beide kuiten aan
- buig de knie en trek uw onderbeen naar uw bovenbeen
- duw uw voeten tegen de grond
- trek beide voeten op
- duw beide voeten van uw af
- span beide benen aan
- trek uw borstkast op
- adem diep in en merk dat uw borstkast zich optrekt

Stap 6

Bodyscan;

Ga na of er spanning te voelen is in het lichaam.

De deelnemer mag zelf bepalen om de ogen open te houden of te sluiten tijdens de bodyscan.

Probeer je te focussen of je spanning kunt ontdekken bij de volgende lichaamsdelen;

- Het hoofd
- De nek
- De schouders
- De borst
- De buik
- De armen

- De benen
- De voeten

Stap 7

Er worden drie vragenlijsten afgenomen namelijk; de SAQ, de MAAS en de SBC. Deze vragenlijsten zijn ook in de eerste sessie afgenomen om te onderzoeken of deze module effect heeft gehad op het waarnemen van lichaamssignalen en het herkennen van emotie.

Stap 8

De sessie wordt afgesloten met een cijfer.

Hoe zinvol op een schaal van 0 tot 10 vond u deze module, las 0 betekend niet zinvol en 10 betekent erg zinvol.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

1) Heb je deze week iets meegemaakt wat lastig, spannend of juist heel leuk voor je was?

.....

.....

.....

2) Welke emotie heb je toen bij jezelf gemerkt? Hierbij kun je denken aan de 4 B's (Bang, Boos, Blij of Bedroefd).

.....

.....

.....

3) Wat voelde je op dat moment aan je lijf, van deze positieve of negatieve ervaring?

.....

.....

.....

SBC Patiënten	Awareness		Dissociation	
	meting-0	Meting-1	Meting- 0	Meting- 1
Patiënt 1	38	49	25	21
Patiënt 2	50	47	20	21
Patiënt 3	41	47	20	17
Patiënt 4	40	40	26	20
Totaal	169	183	91	79
gemiddeld	42,25	45,75	22,75	19,75

SAQ Patiënten	Meting- 0 Meting- 1	
Patiënt 1	72	85
Patiënt 2	94	85
Patiënt 3	86	103
Patiënt 4	65	72
Totaal	317	345
gemiddeld	79,25	86,25

MAAS Patiënten	Meting- 0 Meting- 1	
Patiënt 1	40	48
Patiënt 2	74	58
Patiënt 3	60	70
Patiënt 4	38	36
Totaal	212	212
gemiddeld	53	53