

“REN JE RUSTIG” een literatuur onderzoek naar runningtherapie voor agressie binnen een gesloten setting.



Bryan Bouwhuis

Deeltijd PMT/BA

Beoordelaar scriptie
Gerald Riedstra

Scriptiebegeleider
Annelee Mataheru

26-9-2012



Voorwoord

Voor u ligt het resultaat van mijn literatuuronderzoek naar runningtherapie voor mensen met agressieproblematiek. Ten tijde van het opstarten van dit onderzoek, was ik als bewegingsagoog werkzaam binnen de PI Vught. In deze functie heb ik mogen samenwerken met de Psychomotorisch Therapeut tijdens een pilot runningtherapie. Deze pilot is aanleiding geweest voor dit onderzoek. Met dit onderzoek sluit ik mijn opleidingsperiode af om Psychomotorisch Therapeut te worden en ga ik in deze functie verdere ervaring opdoen. Mijn 'sporthart' zal ik echter altijd meedragen. Daarom vond ik het onderwerp van mijn onderzoek tevens passend, een sportactiviteit die geïntegreerd is in de Psychomotorisch Therapie.

Graag zou ik een aantal mensen willen bedanken voor hun hulp bij de totstandkoming van deze scriptie. In de eerste plaats Annelee Mataheru als scriptiebegeleider. Verder Josep Wolters voor het samenwerken tijdens de pilot. Jan melskens voor zijn inzet om mij het studeren mogelijk te maken en ook het sportteam van de P.I. Vught. Als laatste Fanny Embregts, zij heeft mij enorm veel geholpen met het onderzoek.

Samenvatting

Runningtherapie is het therapeutisch inzetten van een 'rustige duurloop' ten behoeve van mensen met een depressie of andere psychische klachten met als doel het verminderen van de klachten.

Runningtherapie gericht op verminderen van agressie is een methode die in de literatuur nog niet bekend is als toegepaste interventie, maar wel eerder aandacht kreeg als potentiële interventie.

Er zijn verschillende behandelvormen voor agressieproblematiek. Degene die werken vanuit een cognitieve of gedragsmatige aanpak is onder andere de Agressie Regulatie Training (ART). Deze is door het rijk als enige erkende gedragsinterventie betiteld. Daarnaast bestaan er ook interventies die rekening houden met biologische factoren van agressief gedrag, zoals bijvoorbeeld de Acceptance and Commitment Therapy (ACT). Het verschil van effecten van behandelingen in een gesloten- of open behandelsetting, is niet eerder onderzocht.

Ondanks dat er nauwelijks onderzoek is gedaan naar de effecten van runningtherapie op agressieproblematiek, zijn er aanwijzingen dat het mogelijk een positief werkende interventie kan zijn. Zo zijn er aanwijzingen van positieve invloed op biologische processen die van invloed zijn op agressie. Daarnaast bleek uit verschillende onderzoeken dat het combineren van verschillende interventies in een therapie, vanuit verschillende psychologische invalshoeken, als het meest efficiënt wordt gezien. Ook binnen een gesloten setting.

Inhoud

1 Inleiding.....	3
1.1 Aanleiding	3
1.2 Probleemstelling.....	3
1.3 Doelstelling.....	3
1.4 Vraagstelling	4
1.5 Onderzoeksopzet	4
2 Methode	5
3 Resultaten literatuuronderzoek.....	6
3.1 Runningtherapie	6
3.3 De werking van runningtherapie	6
3.4 Doelgroep voor runningtherapie	7
3.5 De gesloten behandelsetting.....	7
3.6 De PI Vught als gesloten setting	8
3.8 Verschillen van effecten in een open- en een gesloten behandelsetting.....	8
3.9 De definitie van agressie	9
3.10 Bestaande behandelmethoden voor agressieproblematiek.....	10
4 Discussie	17
5 Conclusie.....	18
6 Aanbevelingen.....	19
Literatuurlijst.....	20

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

In 2011 is er in de Penitentiare Inrichting Nieuw Vosseveld te Vught (PI Vught), een pilot runningtherapie aan gedetineerden gegeven waarbij de Psychomotorisch Therapeut en Bewegingsagogen samengewerkt hebben. Door de keus voor een laagdrempelig aannamebeleid, resulteerde in een heterogene groep; een groep cliënten met verschillende problematiek.

In eerste aanleg is runningtherapie ontwikkeld voor mensen met een depressie. Verschillende onderzoeken wijzen uit dat runningtherapie veel positieve effecten heeft op deze problematiek. Op deze onderzoeken zal later teruggekomen worden. Bij aanvang van de pilot bleek er niet over de vraag nagedacht te zijn in hoeverre runningtherapie effectief is voor andere problematiek. Ook was er niet nagedacht over de mogelijke invloeden van de setting waarin de therapie gegeven wordt. De doelgroep van de PI Vught functioneert immers enkel in een gesloten setting. Ze hebben een vrijheidsontnemende maatregel opgelegd gekregen middels een gerechtelijke beslissing. Is runningtherapie in een gesloten setting zinvol?

Al met al bleek dat er tijdens de pilotfase verschillende dilemma's naar bovenkwamen die nader onderzocht konden worden. Gelet op de diversiteit aan problemen die er binnen de PI Vught is, zou het een teveel omvattend onderzoek zijn om al deze problematiek te behandelen. Daarom zal dit onderzoek zich richten op een veelvuldig probleem binnen de PI Vught, te weten agressieproblematiek.

1.2 Probleemstelling

Omdat agressie een veelvoorkomend probleem is binnen de PI Vught, zal dit onderzoek zich richten op wat er bekend is over het effect van runningtherapie voor mensen met agressieproblematiek binnen een gesloten setting en of deze therapie al dan niet een zinvolle aanvulling is op het bestaande behandelaanbod voor mensen met agressieproblematiek.

1.3 Doelstelling

Doel van het onderzoek is duidelijkheid te krijgen, door middel van een literatuurstudie, of runningtherapie een zinvolle aanvulling is op het bestaande behandelaanbod voor mensen met agressieproblematiek binnen een gesloten setting. Binnen de PI Vught is deze informatie waardevol voor het optimaal indiceren van deze therapie door de hulpverlening: Zorg en behandel inrichtingswerker, maatschappelijk werk, trajectbegeleiders, vaktherapie, sport, medische dienst en medewerkers maatschappelijke dienstverlening. Al deze disciplines kunnen patiënten aanmelden voor runningtherapie via zijn behandelcoördinator (psycholoog). De behandelcoördinator zal een beslissing nemen of de patiënt geïndiceerd gaat worden voor vaktherapie met een advies voor runningtherapie. De afdeling vaktherapie gaat in hun indicatieoverleg bepalen welk medium het meest geschikt is voor de patiënt (beeldende therapie, muziektherapie, dramatherapie, psychomotorische therapie).

Het optimaal indiceren sluit aan bij de gezondheidsvisie van de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) waar de PI Vught een onderdeel van is. Namelijk dat DJI in haar inrichtingen zorg draagt voor een doeltreffende, doelmatige en op de

patiënt gerichte gezondheidszorg, waarvan de kwaliteit gelijkwaardig is aan de gezondheidszorg in de vrije maatschappij, rekening houdend met de bijzondere situatie van de vrijheidsbeneming. (kwaliteitshandboek PPC PI Vught 2011)

1.4 Vraagstelling

De vraagstelling die middels dit onderzoek beantwoord wordt:

“Is runningtherapie een effectieve behandelmethodiek voor mensen met agressieproblematiek binnen een gesloten setting? ”

Deelvragen

Om tot een antwoord op deze vraagstelling te komen, wordt er in hoofdstuk 3 verder ingegaan op het onderwerp runningtherapie. Wat is het? Wat is het beoogde effect? Hoe werkt het? En voor wie is runningtherapie bedoeld? Vervolgens wordt ingegaan op het onderwerp behandelsetting. Wat is een gesloten en een open behandelsetting? De PI Vught als gesloten setting wordt beschreven. Is er eerder onderzoek gedaan naar mogelijke verschillen van effecten in een open- en een gesloten behandelsetting?

Als laatste wordt ingegaan op de agressieproblematiek. Wat wordt verstaan onder agressie? En wat zijn bestaande behandelmethoden voor agressieproblematiek? De agressieproblematiek wordt vanuit verschillende psychologische benaderingen bekeken, te weten vanuit de behavioristische, cognitieve, psycho- biologische, psycho- analytische en neurofysiologische benadering.

1.5 Onderzoeksopzet

De vraagstelling kan op meerdere manieren onderzocht worden. Gelet op het type vraag wat nu geformuleerd is, zou het om een evaluatieonderzoek gaan; namelijk naar het effect van een interventie, in dit geval runningtherapie. Dat zou via kwalitatief observationeel onderzoek onderzocht kunnen worden waarbij een groep patiënten met agressieproblematiek runningtherapie zouden volgen en de effecten van deze therapie gemeten worden. Eerder in de groep zaten patiënten met agressieproblematiek, echter hebben we er toen niet voor gekozen om de effecten bij deze groep specifiek in kaart te brengen. Gelet op de vraagstukken voor dit onderzoek, zoals beschreven in de aanleiding, is er daarom niet voor gekozen om een tweede groep te starten om een kwalitatief onderzoek mogelijk te maken, maar wordt er nu voor gekozen om de vraagstelling te beantwoorden middels literatuuronderzoek. (Bakker, E, Buuren van, H, 2009)

In hoofdstuk 2 zal de onderzoeksmethode verder uitgewerkt worden. In hoofdstuk 3 volgen de resultaten van het onderzoek, te weten de gevonden literatuur om de vraagstelling te beantwoorden.

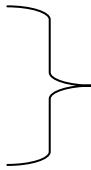
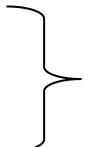
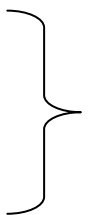
In hoofdstuk 4 zal er gereflecteerd worden op de gebruikte onderzoeksmethode, de resultaten en de uitvoering van het onderzoek

In hoofdstuk 5 zullen er conclusies gepresenteerd worden. Vervolgens zullen in hoofdstuk 6 vanuit deze conclusies aanbevelingen gedaan worden.

2 Methode

Voor dit literatuuronderzoek zijn verschillende bronnen gebruikt. Voor de digitale 'zoektocht' naar literatuur zijn verschillende zoektermen gebruikt. Daarvoor zijn de deelvragen als leidraad gebruikt.

Allereerst zijn de verschillende onderwerpen in de deelvragen uitgefilterd. Op deze onderwerpen zijn zo veel mogelijk varianten gemaakt om te trachten op een zo'n breed mogelijk vlak te zoeken.

Onderwerp Runningtherapie	Zoektermen		Runningtherapie Runningtherapie Bosscher Runningtherapie en agressie Runningtherapie en hormonen
Onderwerp Agressie	Zoektermen		Agressie Definitie agressie
Onderwerp Behandelsetting	Zoektermen		Definitie gesloten behandelsetting Definitie open behandelsetting
Onderwerp Behandelmethoden	Zoektermen		Behandeling agressie Agressietraining Agressietherapie Agressieregulatie Agressiebeheersing Impulscontrole

De digitale bronnen die geraadpleegd zijn:

- | | |
|------------------------------|---------------------|
| - HBO Kennisbank, | - WODC, |
| - Google scholar, | - Google, |
| - PMT infosite, | - Intranet PI Vught |
| - Bibliotheek Breda/ Tilburg | |

Via de digitale wegen zijn er verschillende bronnen gevonden, van boeken, vakbladen, scripties, onderzoeksverslagen en artikelen. Bij het selecteren van welke bronnen uiteindelijk gebruikt zouden worden, zijn er twee belangrijke criteria gebruikt:

- De mate van betrouwbaarheid en validiteit van de bron: selectie tussen subjectieve en objectieve informatie
- De inhoud van tekst: geeft deze informatie antwoord op één van de (deel)vragen?

Voor het onderzoek naar bestaande behandelvormen voor agressie is informatie verzameld bij de afdeling Social Casework en Reclassering Nederland binnen de PI Vught. Deze bronnen hebben inzicht verschaft in de inhoud van hun behandel aanbod en in documenten die normaliter niet openbaar zijn.

3 Resultaten literatuuronderzoek

3.1 Runningtherapie

In 1984 schreef Ruud Bosscher al een artikel over runningtherapie. In dit artikel concludeert hij dat running (het rennen) toegepast als therapeutisch middel een kortdurende, symptoomgerichte therapie is voor patiënten met een stemmingsontregeling, die normaal gesproken als depressief en/of angstig omschreven wordt. (Damen, T, Bosscher, R, Fahrenfort, J, 1984)

Kijkend naar meer recente omschrijvingen van runningtherapie, wordt deze over het algemeen omschreven als het therapeutisch inzetten van een 'rustige duurloop' ten behoeve van mensen met een depressie of andere psychische klachten. (www.runningtherapietilburg.nl)

3.2 Het beoogde effect van runningtherapie

Het beoogde effect van runningtherapie is om door middel van (hard) lopen, de psychische klachten te verminderen. (www.runningtherapietilburg.nl)

In de literatuur komt geregeld terug dat runningtherapie een goede methodiek is als aanvulling op andere therapievormen. Zo schrijft Bosscher dat een runningprogramma gecombineerd met gesprekstherapie een efficiënte therapie kan zijn voor vele patiënten met een stemmingsontregeling. Running kan de symptomen van de ontstemming verlichten, terwijl gesprekstherapie meer inzicht in het ontstaan van de klachten kan geven. (Damen, T, Bosscher, R, Fahrenfort, J, 1984) E. Maes schrijft in haar scriptie "De invloed van fysieke activiteit op de geestelijke gezondheid" (2008) de effecten van runningtherapie op korte en lange termijn. Op korte termijn wordt een minder depressief gevoel ervaren, wordt de zelfwaardering hoger, ervaart men ontspanning na actief bewegen, leert men uitgerust te zijn na inspanning, leert men nieuwe sociale contacten leggen en is het buiten komen en bewegen een positieve ervaring. Op langer termijn verbetert de algemene conditie, functioneren hart, bloedvaten en longen beter, verminderd te behoefte aan roken, verminderen lichamelijke klachten en angst en verbeterd de nachtrust.

3.3 De werking van runningtherapie

Bosscher schrijft in zijn artikel in 1984 dat running biochemische veranderingen in de bloedbaan en in het zenuwstelsel veroorzaakt die een positief effect hebben op het psychisch welzijn van een persoon. Veranderingen in het beta-endorfineniveau en serotonineniveau zouden onder andere gerelateerd zijn aan de regulatie van stemming. Op dat moment beschrijft Bosscher dat er nog vele onzekerheden zijn en beperkte onderzoekgegevens naar de relatie tussen beta-endorfine en running, maar dat de fysiologische veranderingen bij personen die zich 30 minuten of langer inspannen parallel lopen met de effecten van beta-endorfine. (Damen, T, Bosscher, R, Fahrenfort, J, 1984)

Sinds die tijd is er veel onderzoek gedaan naar Runningtherapie. Vooral naar het effect van deze therapie vanuit biologische verklaringen. In 2009 publiceren R. Stammes en J. Spijker een artikel over fysieke training bij depressie. Zij beschrijven dat er bij fysieke training acute effecten te zien zijn, zoals het veelbesproken runners' high. Ook beschrijven zij dat er werd aangetoond dat de stemming verbetert door afgifte van endorfine. Als laatste leidde bewegen tot gunstige veranderingen van het autonome zenuwstelsel. (Stammes, R, Spijker, J 2009)

Runningtherapie zou een gunstig effect hebben op de aanmaak van onder andere dopamine, endorfine, serotonine en op de afname van afgifte van cortisol. Dit zou een toename van stresstolerantie betekenen en daarmee een verbetering van de stemming van de patiënt. (www.runningtherapietilburg.nl)

3.4 Doelgroep voor runningtherapie

Het meeste onderzoek werd tot op heden gedaan naar de effecten van runningtherapie bij depressieve klachten. Echter wordt runningtherapie aangeboden voor een scala aan psychische klachten. Als men kijkt naar het behandel aanbod via runningtherapie.nl blijkt dat men daar deze therapie geschikt acht voor patiënten met stemmingsstoornissen, angststoornissen, somatoforme stoornissen, schizofrenie en andere psychotische stoornissen, persoonlijkheidsstoornissen. Ook spreken ze over effect bij klachten als specifieke klachten, stress, vermoeidheid, slaapproblemen, agressie/impulsiviteit, middelengebruik, hyperactiviteit en seksuele problemen. Op de site is tevens een filmpje te zien waarin Bram Bakker aangeeft, dat runningtherapie goed is in te zetten voor stressgerelateerde klachten. (www.runningtherapie.nl) Bosscher schreef in 1984 dat er geen duidelijke contra-indicaties zijn voor deelname aan een runningprogramma. (Damen, T, Bosscher, R, Fahrenfort, J, 1984).

Behandelsetting

3.5 De gesloten behandelsetting

Het woordenboek erop nalezend en kijkend naar de betekenis van de woorden is de definitie:

Gesloten betekent letterlijk: '*niet geopend*' of '*dicht*'.

Setting betekent letterlijk: '*omstandigheid waaronder iets gebeurt*' (www.vandale.nl)

Dus letterlijk kom je dan tot: '***een niet geopende of dichte omstandigheid waaronder behandeld wordt***'.

Iemand kan zich vrijwillig aanmelden om een gesloten behandeling aan te gaan. Meestal zal iemand echter gedwongen opgenomen worden.

Via de wet WGBO (wet op de geneeskundige behandelovereenkomst) en de BOPZ (bijzondere opnemingen psychiatrisch ziekenhuis) kan iemand gedwongen opgenomen worden (J.S. Nevid, S.A. Rathus en B. Greene, 2^e druk 2010)

In het strafrechtelijk circuit, heeft men te maken met twee soorten regelgevingen; het strafrecht en het penitentiare recht. Afhankelijk van het delict wat iemand gepleegd heeft (of van verdacht wordt) staat behandeling, begeleiding en/of bewaking meer of minder op de voorgrond (Kwaliteitshandboek PPC P.I. Vught 2010) . Voorbeelden van behandelsettingen zijn psychiatrische klinieken, TBS klinieken, RIBW's en ook de PPC's. Allen hebben in ieder geval als overeenkomst dat de patiënt niet vrijwillig de instelling kan verlaten.

3.6 De PI Vught als gesloten setting

De PI Vught is een penitentiaire inrichting. Binnen de PI Vught bestaan verschillende gevangenisregiems. Alle regiems hebben één overeenkomst, dat de gedetineerden er middels een strafrechtelijke uitspraak zijn geplaatst. Dit varieert van personen die in preventieve hechtenis zitten in afwachting tot hun rechtszaak, personen die hun gevangenisstraf uitzitten, personen die TBS opgelegd hebben gekregen etc.

Binnen de PI Vught kent men de zogenaamde PPC's. PPC staat voor Penitentiaire Psychiatrische Centrum. Het oprichten van de PPC's op vijf locaties in Nederland had als doel om tot een kwalitatief hoogwaardig aanbod van forensische zorg binnen het gevangeniswezen te komen. De behandeling in de PPC's is gericht op stabilisatie en verbetering van de psychische conditie (inclusief persoonlijkheidsstoornissen) (Kwaliteitshandboek PPC P.I. Vught 2010).

3.7 De open behandelsetting

Wanneer we het woordenboek er op nalezen en de woorden ieder apart op hun betekenis bekijken, dan komen we tot de volgende definitie.

Open betekent letterlijk '*niet dichtgemaakt*' of '*niet gesloten*'.

Setting betekent letterlijk '*omstandigheid waaronder iets gebeurt*' (www.vandale.nl)

Dus dan vormt zich de volgende definitie: '**een niet gesloten omstandigheid waaronder behandeld wordt**'.

In de literatuur is er geen eenduidige definitie voor een open setting. Wat we kunnen aannemen over een open setting, is dat het tegenovergesteld is aan een gesloten setting. Bij bij GGZ Nederland staat in het woordenboek voor de GGZ-sector 'GGZ definities gebundeld' onder Open verpleegafdeling (DBC): *Afdeling waar de patiënt/cliënt 24 uur per dag zonder toestemming de afdeling kan verlaten.* (www.ggz nederland.nl)

3.8 Verschillen van effecten in een open- en een gesloten behandelsetting

Met betrekking tot de vraag of er mogelijk verschillen waren in de effecten van therapie in een gesloten of open setting, bleek dat daar geen onderzoek naar is gedaan. Wel is er informatie te vinden over de invloed van een gesloten setting op een behandeling als het gaat om een gedwongen opname met een juridisch kader.

Een detentiesetting is een sterk complicerende factor als het gaat om psycho-medische zorg en behandeling ondanks dat gedetineerden in detentie recht hebben op gelijkwaardige zorg als in de vrije samenleving geboden wordt. In de eerste plaats moet gedacht worden aan de impact van het strafproces en de vrijheidsbeneming op de psyche en de stoornis. Zo kan de omgeving die gekleurd wordt door autoriteit en controle, negatieve reacties oproepen bij iemand met een agressieprobleem. In de tweede plaats is het detentieregiem sterk sfeerzettend en bepalend voor het behandelklimaat. In de derde plaats is de verblijfsduur van de gedetineerden in veel gevallen te kort of onzeker om een duidelijk omljnt behandelplan in te zetten en waarin bijvoorbeeld vervolgzorg goed geregeld is. In de vierde plaats zijn behandelmethoden beperkt. De

doelgroep is zeer heterogeen ten aanzien van de verschillende stoornissen als ook naar de mate van benodigde beveiliging. Niet alle bestaande behandelmethoden zijn daarom inzetbaar. Verder is er sprake van hoge comorbiditeit (dubbeldiagnostiek). Ten slotte worden behandeling en resocialisatie bepaald door strafrechtelijke en juridische grenzen. Als nadelen van een detentiesetting worden omschreven: dat de beheerscultuur zich vooral richt op passieve aanpassing, patiënten hun werk en woning vaak verliezen, de 'ontindividualisering', verlies van autonomie en vrijheid, beperkte mogelijkheden tot kanalisering van emotie en gedrag, negatieve beïnvloeding en korte of ongewisse detentieduur. Als voordelen van de detentiesetting wordt gezien: regelmaat en structuur, prikkelarmoede, het individu kan zich niet onttrekken aan de setting, fysiek gezonde omgeving, (relatief) ontbreken van verdovende middelen, meer beheersmogelijkheden bij gedragsproblemen en een stabiele omgeving die het beter mogelijk maakt om te diagnosticeren en te indiceren. (Kwaliteitshandboek PPC P.I. Vught 2010).

Agressieproblematiek

3.9 De definitie van agressie

Agressie wordt op vele manieren gedefinieerd. De definities lijken afhankelijk van de invalshoek waar vanuit men het begrip agressie benaderd binnen de psychologie.

Het woord *agressie* komt van het woord *agred*, wat *toeschrijven, toenadering zoeken* betekent. In deze toenadering zit niets vijandigs; het vijandige ontstaat pas wanneer daarbij *angst en onzekerheid* een rol spelen. (www.idee-pmc.nl)

De psycho- biologische en psycho – analytische benadering gaan er vanuit dat agressie een soort oervorm van gedrag is. De neurofysiologische benadering legt de nadruk nog meer op het biologische aspect, namelijk dat agressie in het lichaam gecodeerd is, in de genen en gereguleerd wordt door hormonale stoffen (Henselmans, M. 2008) en (wikipedia.org). Zo stelt D. Swaab dat ieder mens met een verschillende aanleg voor agressief gedrag de baarmoeder uitkomt. De kans op agressief gedrag neemt in de puberteit toe met het stijgen van de testosteronspiegel. Een verminderde activiteit van serotonine zou tevens gepaard gaan met meer agressie. Daarbij geeft Swaab aan dat twee samenwerkende hersengebieden van speciaal belang zijn als het gaat om agressief gedrag, de prefrontale cortex en de amygdala. Een afwijking in deze gebieden zou effect hebben op het agressief gedrag. (Swaab, D. 2011). Deze theorieën bestrijden niet het idee dat agressief gedrag aan of af te leren is, maar leggen de nadruk meer op samenwerkende factoren.

Binnen deze benaderingen heeft agressie daarom een minder negatieve betekenis, je noemt het wel, ter onderscheiding, *agressiviteit*.

Agressiviteit is dan het vermogen van de mens om zich te verhouden met anderen, om zichzelf en anderen te verdedigen bij aanvallen, om zelf aan te vallen, en om voedsel te verzamelen. De mens gebruikt agressie om zijn positie in zijn relaties met anderen en het andere te zekeren. Dit alles staat in dienst van zijn grote levensdoel: de voortplanting en de bevestiging van zichzelf in het leven, weg van de dood. (www.idee-pmc.nl)

Binnen de behavioristische en de cognitieve benadering gaat men er vanuit dat agressief gedrag aangeleerd is. Deze theorie gaat er vanuit dat sprake kan zijn van frustratie- agressie of instrumentele agressie. Frustratie – agressie zou een naar buiten gerichte reactie zijn op innerlijke frustraties. Het zou vluchtgedrag zijn van een persoon waarbij hij of zij kiest om emotioneel te ontladen in plaats van het aan de slag gaan met deze innerlijke frustratie. De instrumentele agressie is het bewust inzetten van agressief gedrag om een gewenst doel te bereiken. Deze benaderingen gaan er dus vanuit dat agressief gedrag ook af te leren is. (Henselmans, M. (2008) en (wikipedia.org)

De onderstaande definitie is voor dit onderzoek gekozen omdat deze het meest compleet weergeeft wat er onder agressie verstaan kan worden, met in acht neming van de verschillende benaderingen binnen de psychologie. *Agressie is 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).*

3.10 Bestaande behandelmethoden voor agressieproblematiek

Er zijn verschillende behandelmethoden voor agressie van trainingen tot behandelingen en ook alternatieve behandelmethoden. Tijdens het zoeken naar de behandelmethoden viel het op dat allen hetzelfde doel hebben, het aanpakken van agressie, maar de methode van aanpak verschillend is. De bestaande behandelmethoden zijn onder andere gebaseerd op de verschillende invalshoeken binnen de psychologie. Een aantal van de behandelmethoden zullen in dit hoofdstuk behandeld worden.

Cognitieve en behavioristische benadering

Agressie Regulatie Training Wiltshire - NL(ART)

De ART is door het rijk als enige gedragsinterventie voor agressie erkend als zijnde efficiënt. (www.rijksoverheid.nl) De training is gebaseerd op de Engelse ART Wiltshire training die in het Verenigd Koninkrijk wordt uitgevoerd. De training bestaat uit 3 modules met 4 onderliggende programmadoelen:

- Sociale vaardigheden: een beter begrip van andermans gedrag, beter kunnen communiceren met anderen, beter sociale problemen kunnen oplossen;
- Woedebeheersing: oorzaken voor woede leren herkennen, de eigen lichaamssignalen van woede leren herkennen, technieken leren om woede mee te kunnen controleren;
- Moreel redeneren: bevorderen van het niveau van moreel redeneren en daarbij passend moreel handelen: bewustwording van het gebrek aan overeenstemming tussen de eigen waarden en normen en het gedrag en zo mogelijk bevorderen van het niveau van moreel redeneren; verminderen van de gewelddadige denkstijl: de primaire en secundaire cognitieve vervormingen leren herkennen en veranderen. (intranet Reclassering Nederland)

De gedragsinterventie gaat uit van het cognitief gedragstherapeutisch model en past daardoor binnen het gedachtegoed van de behavioristische en cognitieve psychologie. Zo is in het document van de ART te lezen: "De gedachte is dat de justitiabelen die tot de doelgroep behoren vanuit onvoldoende controle over de eigen woede (lichamelijke signalen, impulsen) tot geweld overgaan (module

woedebeheersing). Hun gevoel van woede is afkomstig uit de manier waarop zij tegen de wereld en gebeurtenissen aankijken. Deze worden gekleurd door hun cognities (denkfouten, interpretatie; gewelddadige denkstijl/houding) en onvoldoende moreel besef (module moreel redeneren). Gegeven dat zij over onvoldoende (soms basale) sociale vaardigheden beschikken maakt hun repertoire om in moeilijke situaties tot oplossingen te komen beperkt. Veelal kiezen zij voor sociaal onhandig of onaangepast gedrag, hetgeen weer reacties bij anderen oproept (module sociale vaardigheden). Dit proces gaat voort, zodat men in een vicieuze cirkel terechtkomt". (intranet Reclassering Nederland)

Agressie Hantering Therapie/Training (AHT)

Een tweede veelvoorkomende behandelmethode is de AHT. Binnen de justitiële hulpverlening is dit *geen* erkende gedragsinterventie door het rijk. Daarom bestaan er veel verschillende versies van de AHT. De ene instelling heeft de T in de naam staan voor Therapie, bij een ander staat de T voor training. Het WODC subsidieerde een onderzoek naar de Agressie Hanterings Therapie (Hornsveld, R.H.J. 2006). Uit het onderzoek wat werd gepubliceerd kwam naar voren dat de Agressiehanteringstherapie Arnold P. Goldstein's Aggression Replacement Training als uitgangspunt kent, maar dat deze werd aangepast voor de behandeling van gewelddadige adolescenten en volwassenen in Nederlandse forensisch psychiatrische settings.

Net als de ART kent de AHT de modules woedebeheersing, sociale vaardigheden en moreel redeneren. Aan de therapie is echter ook een onderdeel zelfregulatie vaardigheden toegevoegd. Hierdoor beschikken patiënten aan het eind van hun behandeling over een methode om problemen in de omgang met anderen zelf tot een oplossing te brengen. Voor klinische patiënten is naast de AHT nog een tweetal modules ontwikkeld, namelijk Psychomotorische therapie en Bewegingsagogie.

Binnen de PI Vught wordt de AHT ook gegeven op het PPC. Daar is het een training welke "*omgaan met spanningsvolle situaties*" heet (PPC Vught 2011) De patiënten die deelnemen aan deze training hebben moeite met het herkennen en reguleren van spanning. De training is gericht op het leren ervaren van meer controle in spanningsvolle situaties. Om dit te bereiken wordt er aan de subdoelen gewerkt: meer inzicht krijgen op eigen handelen, copingvaardigheden uitbreiden om op een constructieve manier om te gaan met spanningsvolle situaties en oefenen met aangereikte handvatten en 'huiswerk' opdrachten om het geleerde in de praktijk te brengen.

Een aantal onderwerpen die behandeld worden zijn: spanning – ontspanning, interne en externe lichaamssignalen, emoties en gevoelens, remmende en ontremmende gedachten en cognitieve benaderingen via FIN (Feitelijke waarneming, interpretaties en navragen) en het 5G-schema en een anti-agressieplan.

De bijeenkomsten worden door een maatschappelijk werker en een PMT'er begeleid. Het maatschappelijk werk richt zich in de training op de theorie en de PMT'er richt zich op de lichamelijke ervaring van de patiënt door het uitvoeren van oefeningen.

Zelfmanagementtraining

De training binnen de PI Vught berust op verschillende, al bestaande, theorieën. Zo blijkt uit het draaiboek dat er veel gebruik is gemaakt van het boek "Minder vaak uit de bocht". In 1997 schreven Gert-Jan Verberne en Wilmien Verzijl de

eerste versie van het boek 'Minder vaak uit de bocht', speciaal bedoeld als hulpmiddel bij de zelfmanagementtraining die zij ontwikkelden. Deze training gaat er vanuit dat behandelmethoden die zich richten op het bevorderen van zelfcontrole, met aandacht voor cognitieve strategieën veelbelovend zijn. Zelfmanagement of zelfcontrole betekent iemand in staat stellen eigenmachtig te beslissen en te handelen.

In 2010 werd het boek door de schrijvers volledig herzien en uitgegeven door Dichterbij Specialistische Zorg, inmiddels STEVIG genaamd. De zelfmanagementtraining 'Minder vaak uit de bocht' is een geprotocolleerde behandelmethode binnen het domein van de cognitieve gedragstherapie.

De training is een groepsbehandeling met algemene uitgangspunten, waarin tevens individueel gewerkt wordt aan o.a. copingstijl en attributie.

De training bestaat uit 18 lessen en richt zich in eerste instantie vooral op het herkennen van signalen die wijzen op oplopende spanning. Daarnaast is de training samengesteld uit technieken om spanning te verlagen en risicovolle situaties te herkennen. (www.dichterbij.nl)

De training werd herschreven voor mensen met een lichte verstandelijke beperking. Het is niet duidelijk welke versie van het boek de PI Vught als uitgangsbasis gebruikt heeft.

Behandeling van impulscontroleproblematiek door F.M.B. Kuin

In de literatuur over behandeling van agressie, wordt diverse malen verwezen naar een module behandeling impulscontrole-problematiek voor psychomotorisch therapeuten gemaakt door Kuin (2000). Deze module was niet vindbaar via publieke bronnen. Er is gepoogd de module rechtstreeks via de heer Kuin te bemachtigen. Hij verwees echter naar het artikel "Voorspelbaar boksen" (1996) en een hoofdstuk in het boek Psychomotorische Therapie in de praktijk, "Op tijd stoppen" (2005). In een gevonden scriptie van M. de Graaf "Agressief... boksen?!" (2009) werd de module wel beschreven.

Kuin ontwikkelde een werkwijze binnen de psychomotorische therapie ten behoeve van behandeling van agressieproblemen bij cliënten met stoornissen in de impulsregulatie. Volgens Kuin zijn er twee soorten impulscontroleproblemen: cliënten die moeite hebben impulsen los te laten en cliënten die moeite hebben impulsen te reguleren en 'in te dammen'. Het algemene behandel doel is ongewenst en/of gevaarlijk impulsief gedrag kunnen beheersen en alternatief constructief gedrag kunnen realiseren. De cliënt kan stressoren herkennen en voorspellen, herkent lichamelijke sensaties, kan impulsief gedrag voorblijven of tijdig stoppen, kan alternatieve actiestrategieën ontwikkelen en inzetten (ook om te ontladen) en kan een sociaal hulpnetwerk opbouwen en gebruiken.

De werkvorm is een combinatie van verschillende methodieken en technieken. Responspreventie en exposure zijn technieken afkomstig van de gedragstherapie, die ook belangrijke ingrediënten zijn in de training van Kuin.

Afleiding, herformuleren van het probleem, zelfcontroletechnieken vinden hun oorsprong in de directieve therapie. Daarnaast noemt Kuin Rationeel Emotieve Therapie (RET) als een belangrijke inspiratiebron. RET is een vorm van cognitieve gedragstherapie (CGT). Kern van CGT is de veronderstelling dat irrationele cognities zorgen voor disfunctioneel gedrag, zoals vermijdingsgedrag of agressie. (Graaf de, M (2009)

Het middel wat ingezet wordt om de stress op te bouwen, is het slaan tegen een bokszak, schoppen of met spullen slaan/goeien. (De Lange, J, Bosscher, R.J, 2008).

Kort lontje

Binnen de GGZBreborg wordt de agressietraining "Kort Lontje" gegeven. Doel van de training is dat de deelnemers invloed krijgen op hun aangeleerde impulsen van snel, heftig en/of agressief reageren. De vaardigheden en technieken behandeld worden zijn:

- eigen impulsen en uitlokkende factoren en agressie in kaart brengen.
- agressie te voorkomen.(time out, ontspannen, anders denken)
- eerst denken dan doen. eigen gedachten sturen en nuttige gedachten toelaten
- assertiviteit: met respect voor jezelf en de ander opkomen en conflicten hanteren

(www.ggzbreburg.nl)

Biologische, psycho- analytische en neurofysiologische benadering

De eerder genoemde behandelmethoden passen allen in de behavioristische en cognitieve benadering. Vanuit op de biologische, psycho- analytische en neurofysiologische benadering zou de inhoud van de behandeling meer vanuit een biologisch aspect gezien moeten worden. Zo stelt Swaab zelfs dat bij een biologische oorzaak in de hersenen van agressie het een illusie is dat een persoon verantwoordelijk is voor zijn daden(Swaab, D. 2011).

Vanuit de literatuur blijkt dat er al veel onderzoek is gedaan naar de biologische benadering van agressief en antisociaal gedrag. Het WODC bracht in 2000 een artikel uit waarin uiteenlopende biologische benaderingen van agressief en antisociaal gedrag bij elkaar werden gebracht. (Matser, D, Doreleijers , AH, 2000)

Zij beschrijven dat er al langere tijd wordt verondersteld dat verschillende neurobiologische factoren van invloed zijn op het menselijk handelen, maar dat het wetenschappelijk bewijs hiervoor betrekkelijk jong is. In het artikel worden verschillende neurobiologische factoren behandeld en wordt geconcludeerd dat van de neurotransmitterstoffen dopamine en serotonine een verband hebben met agressief gedrag. Van de hormonen blijkt dat vooral cortisol een rol speelt bij agressief gedrag.

Dopamine en serotonine

Neurotransmitterstoffen zijn eiwitten die betrokken zijn bij de overdracht van informatie tussen de hersencellen. Noradrenaline, dopamine en serotonine zijn het meest van belang bij de regulering van gedrag.

Dopamine werkt activerend op de motorische activiteit, agressie en seksueel gedrag. Noradrenaline en serotonine werken remmend op dopamine-afhankelijke activiteiten. Serotonine is bovendien betrokken bij de regulering van de stemming. Juist de impulsieve agressie leek met afwijkende serotoninespiegels verbonden en de behandeling van impulsieve agressie leek dan ook in de specifiek op de serotoninehuishouding aangrijpende medicijnen een eerste aanzet tot een medicamenteuze oplossing te hebben gevonden.

Testosteron en DHAES

Hormonen zijn stoffen die regulerend werken op lichamelijke functies. Enkele hormonen blijken van belang te zijn voor de regulering van het gedrag, zoals adrenaline, cortisol, testosteron en DHAES (DeHydroEpiAndrosteronSulfaat).

Testosteron heeft invloed op de ontwikkeling van de geslachtskenmerken, op de ontwikkeling van de hersenen en op gedragskenmerken. DHEAS lijkt op testosteron en wordt gevormd in de bijniere en de hersenen zelf.

Het onderzoek naar de mogelijke bijdrage van testosteron en DHEAS op agressie, hanteerde het begrip agressie op een zodanige wijze dat hiermee ook de dominantie gemeten kon zijn. Als conclusie werd gesteld dat er bij mensen wel een relatie van dominantie met de testosteronspiegel (of afgeleiden hiervan) bestaat, maar minder duidelijk met agressie. Bij dierstudies werd wel een eenduidige relatie van testosteron en agressie aangetoond.

Cortisol

Cortisol heeft een remmende functie op de drang tot activiteit bij een persoon bij het waarnemen van prikkels uit de omgeving. Het waarnemen van prikkels geeft bij de mens een drang tot activiteit; het actief exploreren van de omgeving. Bij een sterke activerende prikkel uit de omgeving ontstaat 'normaliter' tevens een sterke rem door de stijging van het cortisol. Zo ontstaat er een balans tussen stimulatie tot actie en remming om tot actie te komen. Sommige personen reageren echter juist minder sterk op prikkels uit de omgeving met het vrijkomen van cortisol. Zij worden dus minder geremd in activiteit wanneer zij in een voor hen prikkelrijke omgeving komen en zijn derhalve sterker geneigd actief te reageren, onder andere met agressie. Dit heeft te maken met het niveau van arousal.

Arousal is de mate van spanning die door een persoon ervaren wordt. Het niveau van spanning dat voor ieder individu optimaal is, is per persoon verschillend en blijkt samen te hangen met de sterkte van de lichamelijke reactie op die spanning. Deze arousal beïnvloedt het vrijkomen van cortisol.

Ten aanzien van de agressieregulatie blijken impulscontrole, angst, beloningsgevoeligheid en een optimaal niveau van arousal een belangrijke rol te spelen.

Bij jongens bleek dat de meest agressieve jongens de laagste cortisolspiegels hadden. Er werden door de schrijvers verschillende hypothesen geformuleerd die dit fenomeen kunnen verklaren. Jongens met een laag cortisolspiegel:

- kennen de minste angst;
- hebben meer prikkels nodig zoeken die dus op (*sensation seeking*) om een optimaal niveau van cortisol te bereiken. Zij reageren daardoor agressiever.
- nemen minder prikkels uit de omgeving op en hebben daardoor lagere spiegels cortisol. Zo is van jongens met een antisociale gedragsstoornis bekend dat zij een sterke gerichtheid kunnen hebben op een doel, maar daarbij andere signalen vanuit de omgeving, zoals waarschuwende prikkels, niet lijken waar te nemen of zelfs kunnen negeren. Men kan dit opvatten als een vorm van vernauwd bewustzijn of juist als een vorm van volgehouden aandacht (*sustained attention*).

Geconcludeerd werd dat in alle drie de hypothesen een verklaring werd gevonden die een relatie legt tussen cortisol en het ontstaan van agressief en antisociaal gedrag. Deze hypothesen zijn niet strijdig met elkaar en kunnen aanvullende verklaringen vormen voor de verklaring van de gedragsverschillen van verschillende personen in relatie tot de cortisolspiegel.

Het WODC publiceerde in 2000 tevens een artikel over de vraag in hoeverre men bij behandeling rekening houdt met biologische factoren en in hoeverre behandelingstechnieken aangepast worden. (Slot, NW, van Leeuwen HMP 2000)

Conclusie van dit artikel was dat er in de behandeling van gedragsproblemen en –stoornissen zeker rekening gehouden zou moeten worden met biologische factoren. Door in de diagnostiek ook de biologische factoren te betrekken, zouden de behandelingstechnieken meer gericht ingezet kunnen worden.

De reden dat er nog geen biologische interventie lijkt te bestaan, verklaren de schrijvers met de reden dat biologische factoren uiteindelijk tot uitdrukking komen in cognities, emoties en gedrag en daardoor vaak de aangrijpingspunten voor behandeling zijn. Zo wordt in de bestaande programma's de nadruk gelegd op de sociale omgeving, die omgeving waarmee de persoon al vaak in botsing is geweest en diezelfde omgeving die veel aanknopingspunten biedt om alternatief competent gedrag te leren.

Een tweede reden dat mogelijke biologische factoren op de achtergrond staan, zou volgens de schrijvers wellicht komen door de verwevenheid van de factoren. De schrijvers bevelen echter wel aan om ook de biologische factor een meer prominente plaats in de training of de behandeling te geven. Ze geven als voorbeeld dat het een eye opener *kan* zijn als de trainer of therapeut de patiënt uit zou leggen welke biologische factoren bijdragen aan het probleem wat de patiënt ervaart.

Aandacht voor de biologische factoren zou volgens de schrijvers kunnen betekenen dat er meer belangstelling komt voor medicatie. Medicatie die bij agressie soms wordt voorgeschreven zijn neuroleptica; antipsychotisch werkende psychofarmaca met een centraal dempende werking. Ook wordt soms lithiumcarbonaat voorgeschreven bij jongeren met ernstige agressieproblemen. Piamperon (dipiperon) en risperidon (risperdal) worden regelmatig bij kinderen met impulsieve agressie voorgeschreven. Volgens de schrijvers is het echter moeilijk om medicatie in te zetten als behandeling bij symptomen die niet met frequente regelmaat voorkomen. De instelling op de juiste dosering en de evaluatie van de effectiviteit worden dan erg lastig.

Medicamenteuze behandeling bij gedragsstoornissen heeft voornamelijk als doel om hinderlijke symptomen te behandelen. De stoornis zelf wordt er niet mee behandeld.

Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

Een behandelmethode die niet direct invloed uitoefent op het biologische aspect, maar dit aspect wel als uitgangspunt neemt, is de Acceptance and Commitment Therapy (ACT). Uitgangspunt bij ACT is namelijk dat wat zij noemen "het emotioneel lijden" (angst, somberheid, woede, onzekerheid) inherent is aan het menselijke bestaan. Psychopathologie is volgens deze theorie het product van 'controle problemen', namelijk onsuccesvolle pogingen tot bestrijding, vermijding en controle van normale innerlijke ervaringen.

De behandelmethode ziet de oplossing van controleproblemen in aanvaarding (acceptance) van de cognitieve, emotionele en lichamelijke reacties en belevingen die een persoon ondergaat. Acceptatie is volgens deze methode een actieve houding van ruimte maken voor dat wat we niet kunnen veranderen. Een tweede uitgangspunt van de ACT is dat de cognitieve, emotionele en lichamelijke belevingen een deel willekeurige, vaak onbruikbare en irrelevante reactie zijn op onze omgeving, die tot stand komt op grond van onze leergeschiedenis en onze genetische en biologische constitutie. Het vasthouden aan interpretatie van deze belevingen biedt iemand een gevoel van samenhang, consistentie en identiteit. ACT probeert middels defusie een verandering aan te brengen: het loskoppelen van wat iemand ervaart en de werkelijkheid die door deze ervaring beschreven wordt. (www.therapeutvinden.nl)

Het boek 'Boosheid de baas' (Eifert, G, Forsyth, J, McKay, M. 2006) biedt een aanpak voor omgaan met boosheid, via de Acceptance and Commitment Therapy. De lezer leert zijn boosheid eerst te accepteren en het gevecht los te laten dat boosheid te voorkomen is. Met behulp van vele oefeningen leert de lezer vervolgens om niet meteen op deze gevoelens te reageren.

Runningtherapie

Runningtherapie wordt in dit onderzoek ingedeeld bij de biologische aanpak van agressie. Immers is bij deze therapie het lichaam het middel wat ingezet wordt in de therapie.

In juni 2010 deed Jonathan van Ketel, voor zijn master PMT opleiding, een onderzoek naar het effect van runningtherapie op agressief gedrag bij jongeren met een licht verstandelijke handicap (Ketel, J. 2010). Wegens omstandigheden vielen er veel personen uit de onderzoeksgroep. Derhalve kon hij geen goed onderbouwd antwoord geven op zijn vraagstelling. Bij één respondent zag hij een positief effect. Hij beval toen aan dat er verder onderzoek gedaan moest worden. Er is geen informatie gevonden dat verder onderzoek uiteindelijk gedaan is.

Dat de vraag naar de mogelijkheden van het beïnvloeden van biologische factoren blijft bestaan, blijkt wel uit het feit dat op Prinsjesdag 2009 bekend werd gemaakt dat het kabinet een bedrag van 20 miljoen Euro heeft toegekend het Fonds Economische Structuurversterking (FES) voor het voorstel 'Hersenen en Cognitie: maatschappelijke innovatie op het gebied van gezondheidszorg, educatie en veiligheid'. Van dat bedrag is 6,7 miljoen toegekend voor het thema Veiligheid, dat door het WODC gecoördineerd en deels uitgevoerd zal worden. Met het geld gaan onder andere universiteiten, onderzoeksinstituten en maatschappelijke instellingen, onderzoeken verrichten op onder meer het gebied van effectiviteit van interventies bij 'antisociaal gedrag', 'veerkracht en kwetsbaarheid bij stress', en 'beter beslissen onder hoge druk'. Het onderzoek zal tot 2015 duren (www.wodc.nl)

4 Discussie

Bij de start van dit onderzoek waren er twijfels voor de keuze van een literatuuronderzoek. De vraagstelling leende zich goed voor kwalitatief onderzoek en de kans dat er weinig literatuur ter beschikking zou zijn, was aanwezig. Echter waren er teveel bezwaren om een kwalitatief onderzoek binnen de PI Vught uit te voeren.

Bij de eerste pilot runningtherapie is er een risico genomen met het inzetten van een interventie waarbij niet duidelijk was of deze ook doelmatig en efficiënt was voor patiënten met agressieproblematiek. Gelet op de doelstelling van het DJI was het niet te verantwoorden om een nieuwe groep in te zetten om een hypothesevraag te onderzoeken. Derhalve werd de keus gemaakt voor een literatuuronderzoek, waarbij de mogelijkheid bestond dat de resultaten een onderbouwing zouden vormen waarom verder onderzoek al dan niet nodig en verantwoord is.

De twijfel over het al dan niet voldoende ter beschikking hebben van literatuur, bleek al in een vroege fase ongegrond. Er bleek over de meeste onderwerpen veel informatie voor handen. De uiteindelijke selectie van de literatuur was het meest belangrijk. Het doel van dit onderzoek is duidelijkheid te krijgen of runningtherapie een zinvolle aanvulling is op het bestaande behandelaanbod voor mensen met agressieproblematiek binnen een gesloten setting. Wanneer er onbetrouwbare literatuur gebruikt zou worden om deze vraag te beantwoorden, zou dat negatieve consequenties kunnen hebben op de kwaliteit van de hulpverlening binnen de PI Vught. Daarom is bij de selectie gekeken naar de betrouwbaarheid van de bron. Dat maakte dat er vooral gekozen is voor vakliteratuur of wetenschappelijke literatuur. Wanneer een schrijver zijn theorie onvoldoende kon onderbouwen en beargumenteren, werd de literatuur niet gebruikt. Dit bleek vooral aan de orde bij het zoeken naar bestaande behandelmethoden voor agressie. Er bleek een enorm aanbod van behandel mogelijkheden, maar niet iedere behandeling bleek voldoende onderbouwd te zijn met argumenten waarom deze efficiënt is. De uiteindelijke keuze voor welke literatuur gebruikt werd voor dit onderzoek, blijft echter subjectief. Immers zijn de selectiecriteria door mijzelf opgesteld en mogelijk zou een andere auteur hierin andere keuzes maken.

Enkele vragen bleken moeilijker te beantwoorden dan van te voren werd verwacht. Onder andere de vraag of er onderzoek was gedaan naar verschil van effecten van behandeling in een open en gesloten setting, bleek moeilijk beantwoord te kunnen worden. Er was simpelweg nauwelijks informatie beschikbaar. Maar ook een ogenschijnlijke simpele vraag, wat een gesloten en open setting was, bleek in de praktijk niet zo makkelijk beantwoord te worden. Hierover waren juist veel uiteenlopende antwoorden te vinden.

Een ander lastig punt was dat sommige literatuur nauwelijks toegankelijk was. Zo was de module impulscontrole van Kuin, tegen verwachting in, niet beschikbaar in grote bibliotheken. Aan de andere kant is ook gebleken dat de juiste contacten, zoals in de PI Vught, literatuur inzichtelijk maakt, die voor anderen niet zomaar in te zien is.

Deze ervaring maakt dat er altijd 'een slag om de arm' gehouden moet worden, met uitspraken over beschikbaarheid van literatuur. Soms is literatuur er voor het grote publiek niet, wat voor insiders blijkbaar wel ter beschikking wordt gesteld. Dat maakt dat de onderzoeksresultaten in het licht gezien moeten worden van een literatuurstudie waarbij gebruik is gemaakt van openbare literatuurbronnen.

5 Conclusie

De vraag waar dit onderzoek antwoord op heeft willen krijgen:

“Is runningtherapie een effectieve behandelmethodiek voor mensen met agressieproblematiek binnen een gesloten setting?”

Het antwoord op de onderzoeksvraag kan vanuit dit literatuuronderzoek nog niet beantwoord worden.

Uit dit literatuuronderzoek is gebleken dat er veel onderzoek is gedaan naar de effecten van runningtherapie en dat deze vorm van therapie gewenste effecten heeft bij mensen met depressieve klachten. In de praktijk wordt de therapie voor meer klachten ingezet en zou deze ook gunstige effecten hebben. Ook is er veel onderzoek gedaan naar bestaande behandelmethoden voor agressieproblematiek. Vooral de cognitieve en gedragsmethodieken lijken populair als behandelmethoden. De biologische benadering lijkt in opkomst, maar lijkt nog niet veelvuldig ingezet te worden.

Runningtherapie gericht op verminderen van agressie is een methode die in de literatuur nog niet bekend is als toegepaste interventie. In 2010 werd voor de laatste keer gerapporteerd over een onderzoek naar het effect van runningtherapie op agressief gedrag bij jongeren met een licht verstandelijke handicap, maar de resultaten leidde niet tot een duidelijk oordeel over de effectiviteit van deze interventie op agressieproblematiek.

Kijkend naar de doelgroep waar deze literatuurstudie op gericht is, is er geen literatuur die antwoorden kan geven op de vraagstelling of runningtherapie in een gesloten setting ook efficiënt is.

Ondanks dat er nauwelijks onderzoek is gedaan naar de effecten van runningtherapie op agressieproblematiek, kan je vanuit de theorie wel uitspraken hierover doen.

Als we kijken naar de werking van runningtherapie, is de insteek van de therapie van biologische aard. Immers wordt het lichaam van de patiënt geactiveerd om biologische binnen het lichaam te activeren die moeten leiden tot verbetering van de psychische toestand van de persoon.

Terugkijkend naar de runningtherapie, was er in de literatuur al bekend hoe de werking verklaard kan worden, wat in hoofdstuk 3.3 is beschreven. Kort samengevat werd gesteld dat runningtherapie invloed heeft op de afgifte van endorfine, dopamine, serotonine en cortisol. Ten aanzien van agressie blijken deze stoffen ook van belang te zijn. Een te laag cortisolgehalte zou een risico voor agressief gedrag zijn. Dopamine werkt activerend op agressie maar noradrenaline en serotonine zouden weer een remmende werking hebben.

Theoretisch gezien zou runningtherapie mogelijk dus gunstig kunnen werken op vermindering van agressie omdat bij het rennen cortisol en serotonine aangemaakt worden, die agressief gedrag remmen.

Ook is duidelijk geworden uit het literatuuronderzoek dat in verschillende onderzoeken het combineren van verschillende interventies in een therapie, als het meest efficiënt wordt gezien. De biologische factoren van problemen en het aansluiten middels een biologische aanpak, blijken ook steeds meer in opkomst te zijn. Niet voor niets heeft het kabinet 20 miljoen toegekend aan het FES voor nader onderzoek naar hersenen en cognitie waarbij ook interventies naar antisociaal gedrag aandacht krijgen.

Als zou blijken dat de hypothese klopt, dat runningtherapie effectief is bij het behandelen van agressie, dan zou runningtherapie als onderdeel van een totaalpakket van behandeling voor agressieproblemen ingezet kunnen worden. Dat zou betekenen dat de eerder behandelde psychologische invalshoeken elkaar niet meer bijten, maar hand in hand kunnen gaan met elkaar. Immers zou agressieproblematiek dan op cognitief-, gedragsmatig en op biologisch niveau aangepakt worden.

Of runningtherapie bij agressie ook in een gesloten setting efficiënt kan zijn is vanuit dit onderzoek niet specifiek te beantwoorden. Eerder zagen we dat een gesloten setting in de vorm van detentie een complicerende factor is bij behandeling van problemen van een cliënt.

Zo wordt aangegeven dat er beperkte mogelijkheden zijn tot kanalisering van emoties en gedrag. Runningtherapie zou een verrijking kunnen zijn op deze mogelijkheden.

Ook wordt aangegeven dat de verblijfsduur van een gedetineerde vaak kort of onzeker is. Omdat runningtherapie direct invloed heeft op biologische processen zou het ook toepasbaar kunnen zijn bij gedetineerden die kort in detentie verblijven.

De detentiesetting maakt het mogelijk om vanuit een stabiele omgeving beter te diagnosticeren en te indiceren. Daarbij is er een divers behandelaanbod binnen detentie aanwezig waardoor runningtherapie als onderdeel van een totaalpakket van behandeling geïntegreerd kan worden.

6 Aanbevelingen

In 2010 heeft Ketel, vanuit zijn kwalitatief onderzoek naar runningtherapie bij agressie, de aanbeveling gedaan om verder onderzoek te doen.

Uit dit literatuuronderzoek zijn een aantal aanwijzingen naar voren gekomen die de waarde van nader kwalitatief onderzoek verder beargumenteren en benadrukken. Derhalve wordt ook aanbevolen om een effectenonderzoek uit te voeren bij cliënten met een agressieproblematiek die in een gesloten setting verblijven. Daarbij verdient het aanbeveling om de volgende hypothesen te onderzoeken:

- Runningtherapie verminderd agressie doordat er cortisol en serotonine aangemaakt worden
- Runningtherapie is efficiënt als (biologisch/fysiologisch) onderdeel/aanvulling van een totaalpakket van behandelingen.
- Runningtherapie is een verrijking binnen een gesloten setting op de mogelijkheden zijn tot kanalisering van emoties en gedrag.
- Runningtherapie heeft direct invloed op biologische processen en is daardoor ook toepasbaar bij gedetineerden die kort in detentie verblijven.

Literatuurlijst

- Bakker, E, Buuren van, H, (2009) Onderzoek in de gezondheidszorg. Groningen/Houten: Noordhoff uitgevers.
- Damen, T, Bosscher, R, Fahrenfort, J, (1984) Runningtherapie bij patiënten met een stemmingsontregeling. Tijdschrift voor psychiatrie, 26, 2
- Draaiboek Agressie Hantering Training (2011) Omgaan met spanningsvolle situaties, PPC Vught
- Eifert, G, Forsyth, J, McKay, M, (2006) Boosheid de baas . ISBN: 9789058713162
- Graaf de , M (2009) Agressief....BOKSEN?! over de bijdrage van de methodiek van Dhr. F.M.B. Kuin bij de behandeling van een Antilliaanse jongen op het Gouvernements Opvoedings Gesticht in Curaçao.
- Henselmans, M. (2008) "wat is de effectiviteit van agressieregulatietraining binnen de PMT voor TBS/SGLVG cliënten op Hoeve Boschoord?"
- Hornsveld, RHJ (2006), Ontwikkeling en evaluatie van de Agressiehanteringstherapie voor gewelddadige forensisch psychiatrische patiënten, deel I, Radboud Universiteit Nijmegen, afdeling Medische Psychologie FPI De Kijvelanden / poli- en dagkliniek Het Dok
- Intranet Reclassering Nederland; Agressie Regulatie Training Wiltshire-NL
- Ketel, J. (2010) Masterthesis: meer rennen=minder agressie
- Kwaliteitshandboek PPC P.I. Vught (2010) versie 1.0
- Lange de, J (2005) Een vak apart. Artikelen over psychomotorische therapie. Kuin, F. M.B, Voorspelbaar boksen: een manier om volgens procesgerichte therapiebeginselen een agressiedisregulatie te behandelen, 283- 295
- Lange de, J, Bosscher, R.J, (2008) Psychomotorische Therapie in de praktijk. Kuin, F. M.B Op tijd stoppen. Behandeling van impulscontroleproblematiek bij cluster B-persoonlijkheidsstoornissen en dissociatieve stoornissen, 43-63
- Maes, E, (2008) "De invloed van fysieke activiteit op de geestelijke gezondheid"
- Matser, D, Doreleijers , AH, (2000) Antisociaal en agressief gedrag, Een literatuuroverzicht van neurobiologisch onderzoek. WODC Gouda Quint jaargang 26 april 2000 3^e uitgave Biologische factoren van agressief gedrag
- Nevid J.S, Rathus SA, Greene, B, Psychiatrie een inleiding 6^e editie, 82-83
- Slot, NW, van Leeuwen HMP (2000) Behandeling van gedragsstoornissen Hoe zwaar wegen biologische factoren? WODC Gouda Quint jaargang 26 april 2000 3^e uitgave Biologische factoren van agressief gedrag
- Stammes, R, Spijker, J (2009) Fysieke training bij depressie; een overzicht. Tijdschrift voor psychiatrie, 51, 11
- Swaab, D. (2011). Wij zijn ons brein; van baarmoeder tot alzheimer. Amsterdam/Antwerpen: Contact
- www.dichterbij.nl/web/show/id=262610
- www.ggzbreburg.nl/Cursussen-en-trainingen/Agressie-egulatie/Agressie-Regulatie-Kort-Lontje-regio%20Tilburg
- www.ggznederland.nl/informatiebeleid/woordenboek-ggz-v2.pdf
- www.idee-pmc.nl/agressie/agressie.html
- intranet Reclassering Nederland; Agressie Regulatie Training Wiltshire-NL
- www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/verslagen/2010/07/06/erkende-gedragsinterventies-voor-volwassenen.html
- www.runningtherapie.nl
- www.runningtherapietilburg.nl/watirunningtherapie.php
- www.therapeutvinden.nl/content/bezoeker/therapiesoorten/ACT+-+Acceptance+and+Commitment+Therapie
- www.vandale.nl/opzoeken?pattern=gesloten&lang=nn
- www.vandale.nl/opzoeken?pattern=open&lang=nn
- www.vandale.nl/opzoeken?pattern=setting&lang=nn
- www.wikipedia.org/wiki/Agressie
- www.wodc.nl