

“Wat is de effectiviteit van agressieregulatietraining binnen de PMT voor TBS/ SGLVG cliënten op Hoeve Boschoord”?



Auteur:
Opleiding:
Scriptiebegeleider:
Beoordeeld door:
Datum

Marloe Henselmans
BPT 4^e jaar, Calo Windesheim te Zwolle
Dineke Jol
Paul Verschuur
mei 2008

Voorwoord

Voor u ligt de literatuurstudie en het praktijkonderzoek over “effectiviteit van agressieregulatietraining binnen de PMT voor TBS/ SGLVG cliënten op Hoeve Boschoord”. In het kader van mijn afstuderen aan the school of Human Movements and Sports, opleiding bewegingsagogie en psychomotorische therapie is dit onderzoek tot stand gekomen.

De vraag is ontstaan tijdens mijn afstudeerstage op Hoeve Boschoord, een behandelcentrum voor TBS cliënten en sterk gedragsgestoorde licht verstandelijke gehandicapten.

In dit onderzoek hoop ik mijn vraag te kunnen beantwoorden door middel van een praktijkonderzoek. Ik vind het belangrijk dat zowel de meningen van de betrokken therapeut, cliënten en begeleiders onderdeel zijn van mijn onderzoek.

Graag wil ik Hoeve Boschoord bedanken voor het vrijgeven van hun literatuurstudies en onderzoeken.

Ook wil ik mijn stagebegeleider bedanken voor het meelopen met de twee modules gericht op agressieregulatie, en het verstrekken van de nodige informatie voor mijn onderzoek.

Mijn dank gaat ook uit naar mijn onderzoeksbegeleidster Dineke Jol, voor het kritisch bekijken en feedback geven op mijn onderzoek.

Met plezier heb ik gewerkt aan dit onderzoek en het resultaat kan hopelijk iets toevoegen aan de agressiespecialisatie binnen Hoeve Boschoord.

Marloe Henselmans

Zwolle, mei 2008

Samenvatting

“Wat is de effectiviteit van agressieregulatietraining binnen de PMT voor TBS/ SGLVG cliënten op Hoeve Boschoord?”

De hierboven genoemde probleemstelling is de leidraad in de hoofdstukken van dit onderzoek. In hoofdstuk één start ik met de aanleiding van dit onderzoek. Hierin staat vermeld waarom ik voor dit onderwerp heb gekozen. Hierna volgt de probleemstelling en de doelstelling, dit geeft aan wat ik ga onderzoeken en wat ik wil behalen met dit onderzoek.

Het kopje onderzoeksopzet geeft kort weer hoe het onderzoek is aangepakt, en wat de bedoeling is van het onderzoek.

Hoofdstuk twee is de literatuurstudie naar agressie binnen Hoeve Boschoord. Dit hoofdstuk is onderverdeeld in verschillende kopjes waarin ik in ga op de definitie van agressie, de agressiespecialisatie binnen Hoeve Boschoord en de behandelkeuze.

In hoofdstuk drie betrek ik de PMT bij mijn onderzoek, de plaats van de PMT binnen de agressiespecialisatie en de PMT modaliteiten besproken.

Hierna volgt hoofdstuk vier met de onderzoeksgroepbeschrijving, dit geeft een beeld van de cliënten en de persoonlijke begeleiders die meegewerkt hebben aan dit onderzoek.

Hoofdstuk vijf is een belangrijk hoofdstuk binnen het onderzoek want het geeft de resultaten weer van de modules en van de vragenlijsten. De conclusies die hierop volgen zijn te lezen in hoofdstuk zes en zijn gekoppeld aan hoofdstuk één waarin de probleemstelling, onderzoeksvragen en doelstelling staan vermeld.

Tot slot sluit ik af met de aanbeveling die uit dit onderzoek tot stand zijn gekomen. In de begrippenlijst staan de verklaringen voor moeilijke woorden vermeld, en hierop volgend komt de literatuurlijst met de bronnen die ik gebruikt hebt voor dit onderzoek.

In de bijlagen vindt u de extra informatie bij hoofdstukken. De verwijzingen naar de bijlagen staan vermeld in de hoofdstukken.

Inhoudsopgave:

	Blz:
Voorwoord	1.
Samenvatting	2.
1) Inleiding	5.

1.1	Aanleiding	5.
1.2	Doelstelling	5.
1.3	Probleemstelling en Onderzoeksdeelvragen	5.
1.4	Onderzoeksopzet	6.
2)	Agressie binnen Hoeve Boschoord	7.
2.1	Definitie van agressie	7.
2.2	Definitie agressie van Hoeve Boschoord	10.
2.3	Agressiespecialisatie doelgroep TBS/ SGLVG binnen Hoeve Boschoord	11.
2.4	Behandelkeuze van Hoeve Boschoord	12.
3)	Agressieregulatie en PMT	16.
3.1	PMT	16.
3.2	PMT modaliteiten	16.
4)	Onderzoeksgroep	17.
5)	Resultaten	18.
5.1	Resultaten vragenlijst	18.
5.2	Eindresultaat kort samengevat	21.
7)	Conclusie	22.
8)	Discussie	24.
9)	Aanbevelingen	25.
10)	Begrippenlijst	26.
11)	Literatuurlijst	27.
12)	Bijlagen	28.
1)	Procesmodel van agressie	29.
2)	Sociaal competentiemodel	31.
3)	Behandeltraject specialisatie agressie problematiek	32.
4)	Moduul "Herkennen van Lichaamssignalen"	33.
5)	Moduul "Omgaan met Boosheid & Agressie"	35.
6)	PMT modaliteiten	37.
7)	Casuïstiek	38.
	- 7.1 Classificerende diagnostiek	38.
	- 7.2 Hermeneutische diagnostiek	40.
8)	Vragenlijst Cliënten	44.
9)	Vragenlijst Persoonlijk Begeleiders	46.
10)	Antwoorden vragenlijst, cliënt en persoonlijk begeleiders	47.

1) Inleiding

1.1) Aanleiding

Hoeve Boschoord is een forensisch psychiatrisch en orthopedagogisch behandelcentrum voor mensen met een licht verstandelijke handicap met ernstige gedrags- en psychiatrische stoornissen.

In september 2007 ben ik hier gestart met mijn afstudeerstage voor twee dagen in de week. Hoeve Boschoord heeft als doelstelling, mensen, afhankelijk van hun mogelijkheden, weer een rol teruggeven in de maatschappij buiten Hoeve Boschoord.

Omdat geen mens hetzelfde is, bestaat ook de behandeling op Hoeve Boschoord uit puur maatwerk. Alle therapieën en trainingen sluiten precies aan op die ene persoon, zijn eigen tempo, vaardigheden en beperkingen. Sommige cliënten verblijven vrijwillig, anderen op basis van een strafmaatregel TBS of PIJ. Een op maat gesneden behandelplan voor de cliënt is dan ook van groot belang. Dit bestaat uit zowel individuele als groepsactiviteiten. Hoeve Boschoord kiest bewust voor een positieve insteek, het motto is: *“kijk wat iemand kan, en ga opzoek naar oplossingen”*. Het doel is; leren participeren oftewel mee doen in de maatschappij zonder brokken voor jezelf of anderen te veroorzaken.

Ik ben enthousiast voor dit onderwerp geworden omdat ik met het PMT moduul “Omgaan met Boosheid en Agressie” binnen Hoeve Boschoord heb meegelopen.

Verder is de interesse ook ontstaan omdat agressie binnen Hoeve Boschoord een veelvoorkomende problematiek is en deze problematiek blijft ook toenemen.

De vragen die bij mij ontstonden waren; wat biedt Hoeve Boschoord binnen de PMT voor deze problematiek aan? In hoeverre is het mogelijk deze problematiek op te lossen? Zijn de behandelingen op maat gesneden?

Dit zijn ook vragen die constant onderzocht en bekeken worden binnen Hoeve Boschoord.

Over het thema “Agressie” is veel literatuur en informatie te vinden. Ik wil het in dit onderzoek beknopt houden en daarom heb ik besloten om me vooral te verdiepen in “Agressie bij licht verstandelijk gehandicapten op Hoeve Boschoord”.

1.2) Doelstelling

De doelstelling is om door middel van literatuurstudie en praktijkonderzoek de effectiviteit van agressieregulatie training binnen de PMT te bekijken, gericht op TBS en SGLVG cliënten binnen Hoeve Boschoord.

Uit de literatuurstudie en de resultaten uit het onderzoek zal ik conclusies trekken en aanbevelingen opstellen richting Hoeve Boschoord. Mogelijk kunnen de resultaten een bijdrage leveren, om de agressiespecialisatie nog meer te verbeteren binnen Hoeve Boschoord.

1.3) Probleemstelling en Onderzoeksdeelvragen

“Wat is de effectiviteit van agressieregulatietraining binnen de PMT voor TBS/ SGLVG cliënten op Hoeve Boschoord”

Onderzoeksdeelvragen:

Specifieke vragen over de modules:

- Hoe was de inhoud van de module
- Hoe was de overdracht/ samenwerking na de groepsbegeleiding/ persoonlijk begeleider
- Wat zijn de meningen over de module

Vragen met betrekking op de cliënt:

- Kan de cliënt bij zichzelf lichaamssignalen herkennen/ benoemen
- Kan de cliënt zijn grens aangeven
- Kan de cliënt omgaan met zijn spanningen/ controle verlies
- Lukt het de cliënt om op tijd uit een situatie te stappen
- Wat neemt de cliënt persoonlijk aan punten mee na het volgen van het agressieregulatie module

Vragen met betrekking op de persoonlijk begeleiders van de cliënt:

- Kan een cliënt bij zichzelf lichaamssignalen herkennen/ benoemen
- Kan een cliënt zijn grens aangeven
- Kan een cliënt omgaan met zijn spanningen/ controleverlies
- Lukt het de cliënt om op tijd uit een situatie te stappen
- Zijn er positieve ontwikkelingen in de behandeling van de cliënt ontstaan na het volgen van de agressieregulatie module

1.4) Onderzoeksopzet

De probleemstelling van dit onderzoek wordt beantwoord door middel van literatuuronderzoek en een praktijkonderzoek binnen Hoeve Boschoord.

Het literatuuronderzoek zal leiden tot de nodige achtergrondinformatie over het thema agressie en over het PMT moduul.

Het praktijkonderzoek is meer gespitst op de probleemstelling. Het onderzoek wordt door middel van een vragenlijst persoonlijk afgenomen bij de cliënten die het PMT module gevolgd hebben en bij de persoonlijke begeleiders van deze cliënten.

De informatie die het onderzoek oplevert wordt beschreven bij de resultaten, conclusies en aanbevelingen.

2) Agressie binnen Hoeve Boschoord

2.1) Definitie van agressie

Agressie is een zeer breed begrip. De meeste mensen kunnen wel een eigen voorstelling bij het woord "agressie" maken. Exact omschrijven wat agressief gedrag nou precies is, is echter niet eenvoudig. De termen geweld, agressief gedrag, destructief gedrag, probleemgedrag, delinquentie en criminaliteit overlappen elkaar en worden in de literatuur regelmatig door elkaar gebruikt (Volavka, 1995).

Ook aan agressie verwante begrippen zoals impulsiviteit, frustratie, woede, boosheid, vijandigheid en arousal worden nogal eens verward met agressie.

Agressie is niet met een objectieve maat te meten. Meestal wordt gedrag als agressief geïnterpreteerd op basis van subjectieve waarneming.

In de loop der geschiedenis zijn er veel verschillende definities van agressief gedrag geformuleerd. Vaak lijken deze definities afhankelijk van de invalshoek van waaruit het gedrag wordt bekeken, bijvoorbeeld de hermeneutische invalshoek of de psychoanalytische invalshoek.

Deze invalshoek wordt niet alleen bepaald door het vakgebied (criminologie, sociologie, psychologie, biologie), maar vooral ook door de doelgroep waarvoor de definitie bedoeld is.

Theorieën over agressie:

Agressief gedrag is in de loop van de geschiedenis niet altijd geïnterpreteerd als probleemgedrag. Elias (1992) stelt dat agressief gedrag samenhangt met de mate van civilisatie (beschaving) van een maatschappij. In een geciviliseerde maatschappij heeft de mens zijn affectuushouding onder controle en wordt agressief gedrag gezien als teken van onaangepastheid en onbeschaafdheid.

Het woord **agressie** stamt oorspronkelijk af van het Latijnse woord *adgredior/aggredior*, letterlijk betekent dit 'toenaderen'.

De Latijnse herkomst wordt nog steeds gebruikt om ook de positievere betekenissen van het woord agressie te onderbouwen. (wikipedia)

"In het richten op een doel kan geactiveerde opgestuwde agressie in positieve zin worden gereguleerd. In het Latijn betekende het woord *aggredo*, waarvan ons agressiebegrip is afgeleid, aanvankelijk het in positief opzicht benaderen van een mens, een taak of een doel." (Prof. J. Bastiaans, 1986).

Vanuit de evolutietheorie wordt agressief gedrag als functioneel en adaptief gedrag gezien, dat zorgt voor een sterk nageslacht en grotere overlevingskansen (Buss & Shackelford, 1997). In bepaalde (sub)culturen wordt agressief gedrag nog steeds gezien als een adequate manier om een conflict op te lossen.

In de ontwikkeling van een kind is agressie een normaal verschijnsel. Rond het derde levensjaar bereikt het kind een piek in agressief gedrag. Het kind leert daarna om zich beter verbaal te uiten en ontwikkelt alternatieve gedragingen, waardoor de agressie normaal gesproken afneemt. Jongens zijn op alle

leeftijden fysiek agressiever dan meisjes. Wanneer het agressieve gedrag niet afneemt, kan dit uitgroeien tot probleemgedrag. (Tremblay,1998)

Samenvattend kan geconcludeerd worden dat niet al het agressieve gedrag als probleemgedrag wordt geïnterpreteerd. Agressie wordt een probleem wanneer de agressieve uiting niet in verhouding staat tot de aanleiding en er sprake is van psychische, fysieke en materiële schade.

Er zijn veel verschillende theorieën en benaderingen te vinden over agressie. Binnen dit literatuur- en praktijkonderzoek houd ik de richtlijnen van Hoeve Boschoord aan en gebruik ik ook hun benaderingswijze. Hieronder beschrijf ik vier benaderingswijzen waarvan Hoeve Boschoord gebruik heeft gemaakt om tot hun definitie en behandelkeuze van agressie te komen,

- Psycho- Biologische benadering (Darwin, Lorenz, de Waal)
- Behavioristische benadering
- Psycho- analytische benadering
- Neurofysiologische benadering

Psycho-Biologische benadering

Drie belangrijke namen die tezamen het fundament vormen van veel verschillende agressietheorieën zijn Darwin, Lorenz en de Waal.

Darwin

Darwin schreef in de 19e eeuw *The Origin of Species by Means of Natural Selection*, het boek dat de basis vormt voor de evolutietheorie en dat door alle wetenschappers op het gebied van agressie gebruikt wordt als startpunt.

Voor Darwin is agressie een natuurlijke en noodzakelijke eigenschap van de mens om zich te verzekeren van veiligheid. De mens gebruikt agressie om zich te verdedigen bij aanvallen, om zelf te kunnen aanvallen, en om voedsel te kunnen verzamelen. Dit alles staat in dienst van het grote levensdoel van de mens: zijn voortplanting. Agressief gedrag krijgt zijn gestalte door een evolutionair proces van natuurlijke selectie: die vormen van agressie ontwikkelen zich het best en die helpen de mens bij zijn overleving en voortplanting. Darwin ontkent niet dat de mens ook goed, trouw en altruïstisch kan zijn maar acht dat van minder belang.

Lorenz

De theorie die Konrad Lorenz in de jaren zestig van de vorige eeuw ontwikkelde gaat verder dan die van Darwin. In *Agressie bij mens en dier* stelt Lorenz dat agressie een menselijke drift is, vergelijkbaar met de voortplantingsdrift. Volgens Lorenz is agressie in de basis genetisch bepaald. Het is het gedrag waaruit, in de vroege evolutionaire ontwikkeling van de mens, het overige gedragsrepertoire, zoals jezelf verbinden of afhankelijk opstellen, zich heeft ontwikkeld.

Dat zich uit het agressieve ander gedrag heeft ontwikkeld was pure noodzaak: hoe kun je je anders voortplanten en vredig omgaan met je nakomelingen? Niet-agressief gedrag bewees daarmee haar nut en kreeg, naarmate de evolutie van de mens voortschreed, een steeds bredere verankering binnen de mens. De mens ontwikkelde zijn agressie van generatie op generatie in gemeenschappen die vooral klein en overzichtelijk waren, en waarin de agressie goed ingebed was in lokale structuren. Door het leven in grotere en lossere verbanden, ontwikkelde de agressie in de mens en de samenleving zich echter op een negatieve wijze.

De Waal

De psycholoog-bioloog Frans de Waal, een generatie na Lorenz, lijkt tegenover Lorenz te staan. In *Van nature goed* stelt hij dat de mens van nature geneigd is mee te leven met anderen en altruïstisch te handelen (dat is: goed doen zonder er iets voor terug te verwachten). Hoewel ze agressief kunnen handelen en dit ook doen, heeft, wanneer mensen de keuze hebben en hun gedrag niet al blijvend negatief beïnvloed is, dit altruïstische gedrag hun voorkeur. Het gebruik van agressie werd oorspronkelijk beperkt doordat mensen, net als mensapen, (waarop het onderzoek van de Waal vooral is gebaseerd) in kleine verbanden leefden. In die kleine groepen had agressie een functie om de rangorde te bepalen - *wie kan het meest? wie is het sterkst?* - en te bewaken - *tikken op vingers, vermaningen* - en de seksuele drift te reguleren. Buiten deze toegestane vormen werd misbruik meteen afgestraft door hogeren in de pikorde.

Ook werd agressie gebruikt om de relatie met andere groepsverbanden te reguleren. Onder meer door het leven in grotere, lossere, en vagere verbanden, is het zicht op het oorspronkelijke nut van de agressie kwijt geraakt terwijl de sociale druk onvoldoende was om de agressie te kanaliseren. Het resultaat is stress, frustratie en ongecontroleerde agressie. De moderne mens moet daarnaast ook een veelheid aan ingewikkelde, en vaak tegenstrijdige rollen spelen terwijl de persoonlijke bronnen waaruit hij kan putten eindig zijn. Dit levert nog meer stress en strijd op. Volgens de Waal gaan de maatschappelijke ontwikkelingen te snel voor de evolutie van de mens. Het gevolg is dat het agressieve gedrag van de mens zich verder negatief ontwikkelt.

De drie theorieën;

Alle drie - Darwin, Lorenz, de Waal - gaan er van uit dat agressief gedrag een natuurlijk vermogen van de mens is, of hij er wat mee doet of niet, of hij er toe geneigd is of niet. Het vermogen is, zoals we dat tegenwoordig zeggen, gecodeerd in de genen. Elke theorie benadrukt vooral één aspect van wat agressie is en is vager over de andere. Na mijn mening vullen ze daarom elkaar goed aan.

De conclusie is vooral dat agressie een soort oerenergie is die je gebruikt om je te beschermen, te overleven en te reproduceren. De variant Lorenz stelt daarbij dat de mens in de kern 'slecht' is (want in principe agressief georiënteerd) terwijl de Waal stelt dat de mens in de kern 'goed' is (want in principe altruïstisch). De theorie van de Waal wordt momenteel het breedst geaccepteerd.

Behavioristische benadering:

De behavioristische benadering bestrijdt grote delen van de psycho-biologische theorieën niet. Ze concentreert zich echter op wat we in het dagelijkse spraakgebruik agressie noemen, niet de agressie in brede zin van Lorenz en de Waal.

Behavioristen stellen dat agressief gedrag is aangeleerd op basis van imitatie of persoonlijke ervaringen. Agressief gedrag is per definitie verkeerd gedrag en dien je dus af te leren. Binnen de Behavioristische school kennen we twee, niet-tegenstrijdige visies op agressie.

- De frustratie-agressie theorie

In de jaren vijftig ontwikkelde de Yale School de frustratie-agressie theorie. Die stelt dat agressief gedrag een naar buiten gerichte reactie op innerlijke frustratie is. De agressie helpt de innerlijke emotionele spanning te ontladen - het is gewoon makkelijker boos te worden op een ander dan met je frustraties aan de slag te moeten want dat vereist dikwijls in het reine komen met jezelf. Het is vluchtgedrag wat je je toen je jong was hebt aangeleerd.

- Instrumentele agressie

Een tweede vorm van agressie is wanneer je bewust agressief gedrag inzet om een gewenst doel te bereiken. Je past het dan als een instrument toe. Ook deze vorm van agressie is gedrag wat je vroeger - ooit - hebt aangeleerd: je hebt geleerd dat als je je hond een schop gaf hij onderdanig luisterde, je hebt geleerd dat als je schreeuwde naar je moeder ze bang werd en deed wat je zei. Deze vorm van agressief gedrag noem je wel instrumentele agressie.

De psycho- analytische benadering

De psycho- analytische benadering ziet agressie als een oervorm van gedrag die wordt opgeroepen door interne frustratie en/of externe dreiging. Agressie is in diepste wezen een drift, een reactie op wat de mens aantreft in de wereld.

De grote naam binnen deze school (hoewel dit eigenlijk een te ruim begrip is) is die van Freud. Freud zag agressief gedrag als een uiting van een primaire drift gericht op het behoud en voortbestaan van het ik, het individu, binnen de samenleving.

Het inzetten van agressie is daarbij noodzakelijk om te kunnen garanderen dat de mens zijn andere driften, op het hoogste niveau de seksuele drift en doodsdrijf, kan nastreven. In haar kern is agressie niet anders dan een aangepaste uiting van deze twee driften.

Na Wereldoorlog II sleutelden navolgers van Freud aan zijn opvattingen, ook die op het gebied van de agressie. Daarbij zijn zowel de frustratie-agressie theorie als de biologische fundering van agressie min of meer geaccepteerd.

Neurofysiologische benadering:

De ingang van deze school is simpelweg dat agressie in het lichaam is gecodeerd in de genen en gereguleerd wordt door hormonale stoffen als adrenaline en testosteron onder invloed van schemata in bepaalde hersengebieden. Door afwijkingen en fouten in deze schemata, vertonen mensen een teveel of een gebrek aan agressief gedrag.

Deze school bestrijdt niet de basisideeën die Lorenz en de Waal hebben ontwikkeld. Of er nu wel of geen evolutionaire rol is weggelegd voor agressief gedrag en hoe die rol er dan uit ziet, vindt ze minder relevant.

Afsluitend

- Hoewel de grondleggers van de diverse theorieën dat misschien anders zien, sluiten de meeste theorieën elkaar niet uit. In vrijwel alle theorieën komt naar voren dat:
- Agressie biologisch (genetisch) verankerd is;
- Agressie mits juist en met mate toegepast, nuttig is voor het voortbestaan van de persoon en voor de mens als soort;
- Agressie iets is wat kan ontstaan in reactie op opgedane frustratie;
- (Moderne) samenlevingsvormen, waarbij grote aantallen mensen dicht op elkaar moeten leven, voeding kunnen geven aan (excessief) agressief gedrag.

(Internetbron: <http://www.idee-pmc.nl>)

2.2) Definitie agressie van Hoeve Boschoord

Hoeve Boschoord is tot hun definitie die de specialisatie agressieproblematiek omschrijft gekomen door te kijken naar bestaande definities van agressie en geweld.

Zoals blijkt uit de vorige paragraaf hangt een definitie van agressie of geweld nauw samen met de invalshoek van waaruit het begrip wordt bekeken. Deze invalshoek wordt voornamelijk bepaald door de doelgroep, die binnen Hoeve Boschoord wordt gekenmerkt door zowel cliënten die een gewelddadig delict hebben gepleegd als cliënten die niet- strafbaar geweld hebben toegepast. Beide groepen zullen onder de definitie moeten vallen.

Na het verdiepen in verschillende definities valt het op dat het gedrag vaak als uitgangspunt wordt gebruikt, ze stellen de handeling centraal. Hoeve Boschoord neemt dit mee in hun keuze voor een definitie en stelt uiterlijk waarneembaar gedrag voorop, dit is passend bij de behavioristische benadering.

De volgende componenten zijn belangrijk voor de definitie van agressief gedrag die van toepassing is op de doelgroep van Hoeve Boschoord.

- Agressief gedrag gericht op eigen persoon; automutilatie, suïcidepogingen.
- Agressief gedrag gericht op andere personen; licht fysiek agressief gedrag, ernstig fysiek agressief gedrag, ernstig verbaal dreigend gedrag, poging tot doding/ moord, doding/ moord, dood door schuld, letsel door roekeloos rijden.
- Agressief gedrag gericht op dieren
- Agressief gedrag gericht op voorwerpen; vandalisme/ vernieling van goederen
- Dreiging met geweld; roofoverval, ontvoering/ gijzeling
- Brandstichting; met gevaar voor personen, met uitsluitend gevaar voor goederen

Een definitie die alle essentiële elementen uit de hierboven besproken definities omvat en toepasbaar lijkt op de doelgroep van Hoeve Boschoord is de volgende;

Agressief gedrag is; 'uiterlijk waarneembaar gedrag, zowel intentioneel als niet-intentioneel, dat fysiek en/ of psychische schade of letsel toebrengt of zou kunnen toebrengen aan personen, dieren of voorwerpen. Het gedrag is in strijd met heersende regels of normen en wordt door het slachtoffer zelf of door anderen ervaren als agressief, schadelijk, bedreigend en/ of kwetsend'.
(definitie Hoeve Boschoord)

Deze definitie is strikt genomen eigenlijk te breed om alleen van toepassing te zijn op de groep cliënten bij wie agressieproblematiek op de voorgrond staat en die onder de specialisatie "agressieproblematiek"vallen.

Cliënten bij wie sprake is van agressieproblematiek, maar die ook problemen vertonen die bij een andere specialisatie aanbod komt, zullen in eerste instantie door deze andere specialisatie bekeken en behandeld worden.

Bijvoorbeeld; verslavingsproblematiek gaat vaak gepaard met agressief gedrag. Bij deze groep gaat eerst de aandacht uit naar het behandelen van de verslaving, en dus niet in eerste instantie naar de agressieproblematiek.

Ook seksuele agressie voldoet aan alle criteria om binnen de definitie van agressief gedrag te vallen, maar het wordt vaak als aparte categorie onderscheiden. Seksuele agressie valt dus onder de expertise van de specialisatie 'seksuele problematiek' en wordt door de specialisatie 'agressieproblematiek' buiten beschouwing gelaten.

2.3) Agressiespecialisatie doelgroep TBS/ SGLVG binnen Hoeve Boschoord

De doelgroep van Hoeve Boschoord wordt gekenmerkt door een lichte verstandelijke beperking soms gepaard met een psychische stoornis en vaak ernstig probleemgedrag, ook wel onbegrepen en risicovol gedrag genoemd.

Clënten met een ernstig of diepe verstandelijke handicap worden niet aangetroffen op Hoeve Boschoord.

Agressie komt bij mensen met een verstandelijke beperking relatief vaak voor. Uit onderzoek in Amerika, Australië en Engeland onder diverse populaties verstandelijk gehandicapten blijkt dat 11% tot 27% van de mensen met een verstandelijke beperking agressief gedrag vertonen.

Over agressief gedrag binnen de gehandicaptenzorg zijn veel verklarende theorieën te vinden die agressie uit verschillende invalshoeken benaderen. De factoren die te maken hebben met agressie werken net zo bij mensen met een verstandelijke beperking als in de normaal begaafde populatie. Binnen Hoeve Boschoord is het algemene agressiemodel van Anderson & Bushman gekozen als uitgangspunt voor het begrijpen van agressie. In het model zijn diverse verklarende theorieën verwerkt zoals, biologische theorieën, ecologische, sociale informatieverwerking theorie en cognitief- gedragsmatige theorie. Dit model is aangepast aan de termen die gebruikt worden binnen Hoeve Boschoord. Het model verheldert op welke punten de behandeling moet aangrijpen. (zie bijlage; 1)

Er is dus niet één verklaring voor agressief gedrag, maar er zijn veel factoren werkzaam, waarbij het zaak is om per individu of categorie van mensen de belangrijkste factoren te achterhalen. Dat gebeurt middels diagnostiek, en tijdens de behandeling door een agressieketen en individueel signaleringsplan op te stellen. Deze analyse is dan tegelijk het aangrijpingspunt voor de behandeling.

De verklarende theorieën voor agressie zijn net zo belangrijk als de factoren die meespelen. Ze zijn alle relevant voor agressief gedrag bij licht verstandelijk gehandicapte cliënten.

In de bijlage wordt het schema nader uitgelegd (zie Bijlage; 1).

In het volgende hoofdstuk bespreek ik de behandelkeuze van Hoeve Boschoord. De behandeling van agressief probleemgedrag bij verstandelijke gehandicapten moet aangrijpen op de verschillende componenten of factoren van het procesmodel van agressie. Hiervan uit kan het gedrag verklaard gaan worden. Met een grondige diagnostiek, functionele analyse en gedragsobservatie als basis.

2.4) Behandelkeuze van Hoeve Boschoord

De doelstelling van de agressiespecialisatie binnen Hoeve Boschoord is het zo effectief mogelijk behandelen van cliënten met een licht verstandelijke handicap en agressieproblematiek.

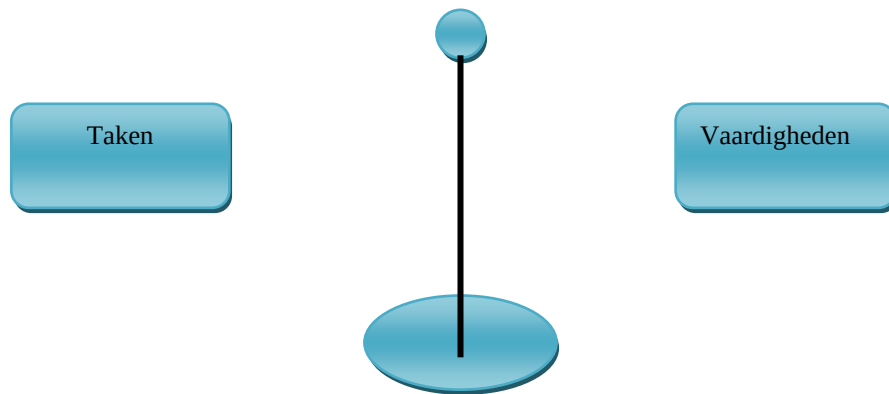
Dit betekent het toepassen van 'evidence based' behandelmethoden en bij het ontbreken daarvan behandelen volgens 'best practice'. De behandeling van agressief probleemgedrag bij verstandelijke gehandicapten moet aangrijpen op de verschillende componenten of factoren van het procesmodel van agressie (zie bijlage). Ook moet het aansluiten bij de visie van het sociaal competentiemodel.

Het Sociaal Competentie Model is gericht op het vergroten en/of verstevigen van de (sociale) competenties van de cliënten. Er wordt hiermee bedoeld dat de cliënten vormen van gedrag aanleren waarmee zij zich in hun dagelijks functioneren zo goed mogelijk kunnen handhaven en zich verder kunnen ontwikkelen. Het is gericht op het uitbreiden van het vaardigheidsrepertoire. De nadruk hierbij wordt gelegd op het leren.

Het sociaal competentiemodel gaat er tevens vanuit dat het leren van nieuw gedrag de grootste kans van slagen heeft wanneer hierbij zo dicht mogelijk wordt aangesloten bij het gedrag wat de cliënt al kent en

waarmee hij succes heeft gehad in zijn dagelijks leven. Wanneer cliënten in staat zijn in sociale situaties het passende gedrag te vertonen noemen we de cliënt competent of vaardig. In het model spreken we van vaardigheden (gedrag) die de cliënt nodig heeft om bepaalde (sociale) taken te kunnen volbrengen. Wanneer de taken en de vaardigheden elkaar in evenwicht houden spreekt men van sociale competentie (zie figuur 1.1).

Sociale competentie “weegschaal”



Figuur 1.1

Wanneer de weegschaal uit balans is zijn er factoren die de weegschaal (cliënt) negatief beïnvloeden/ vormen. Dit kunnen bijvoorbeeld stressoren en de psychopathologie zijn. (zie figuur 1.2)

Stressoren:

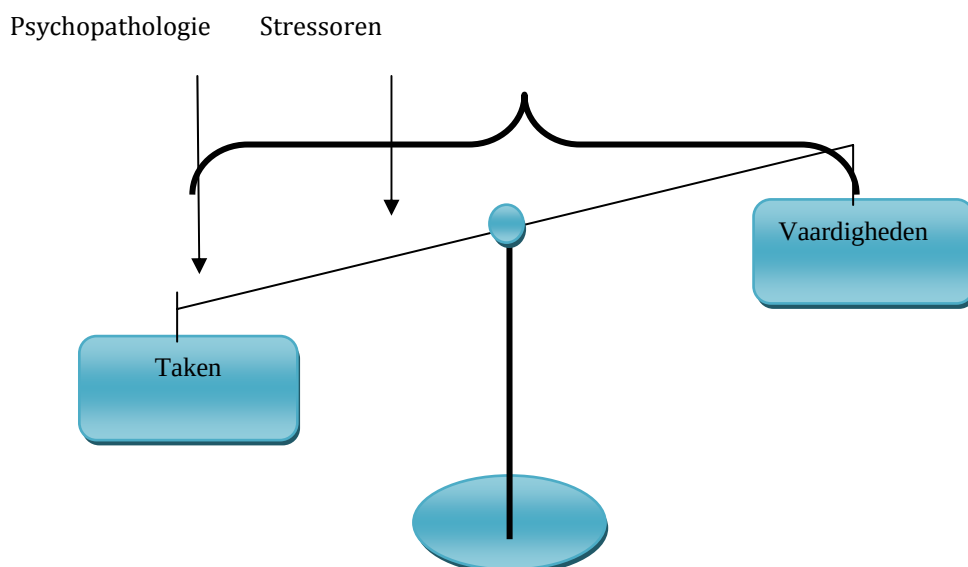
Stressoren hebben een negatieve invloed op de balans van taken en vaardigheden. Het zijn invloeden waaraan men zich niet of moeilijk kan onttrekken en die een negatieve invloed uitoefenen op het functioneren van de cliënt. Het is vaak een opeenhoping van verscheidende stressoren die kan leiden tot een situatie die mensen niet meer aankunnen. Het is wel belangrijk dat er wordt gekeken op welke wijze een bepaalde ‘stressor’ het uitvoeren van taken bemoeilijkt.

Psychopathologie:

Onder psychopathologie verstaan we een ongebruikelijk patroon van gedragingen dat gepaard gaat met leed, een minder goed functioneren, of dat in buitengewone mate het risico verhoogt om in aanraking te komen met lijden. In dit verband wordt er ook wel gesproken over een stoornis.

Bij verstandelijke gehandicapten met agressieproblematiek is dit vaak een antisociale persoonlijkheidsstoornis, of een narcistische stoornis.

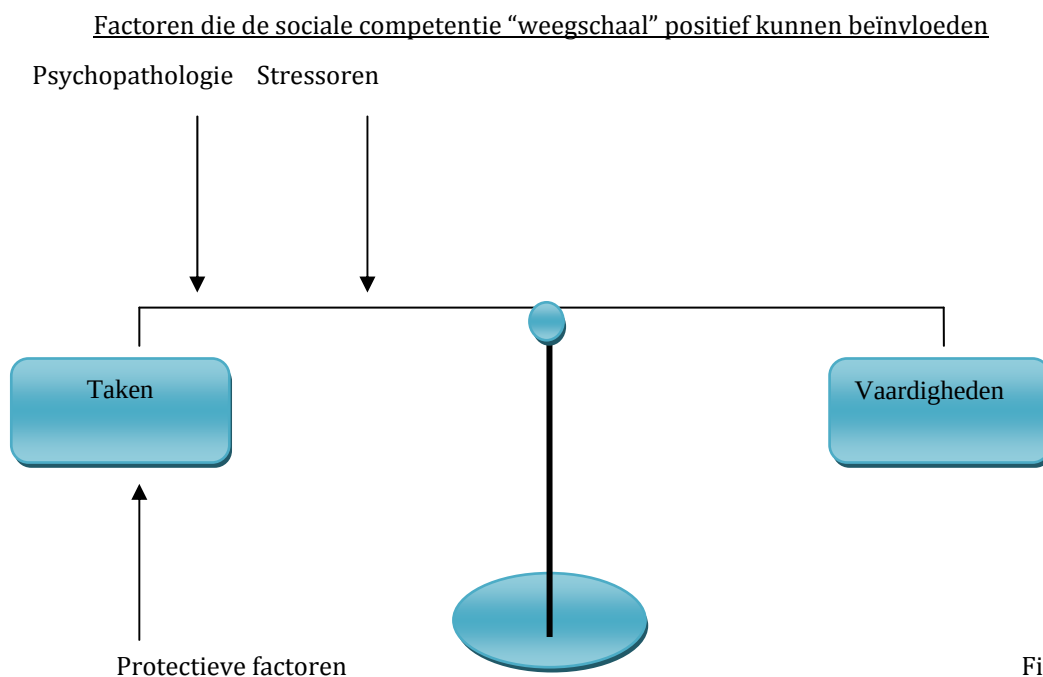
Factoren die de sociale competentie “weegschaal” negatief beïnvloeden



Figuur 1.2

Er zijn ook factoren die de cliënt positief kunnen beïnvloeden, die noemen we ook wel 'protectieve' factoren.

Hieronder verstaan we de aspecten in de omgeving en eigenschappen van de cliënt die hen kunnen beschermen tegen de invloed van stressoren en die bepaalde uitingen van psychopathologie kunnen verzachten (zie figuur 1.3).



Figuur 1.3

Uitgangspunten voor de keuze van behandelmodules van Hoeve Boschoord zijn:

- Omdat er sprake is van cliënten met risicovol gedrag, moet de behandeling het probleem en/ of delictgedrag als uitgangspunt nemen en de risicofactoren van de cliënt die op basis van de probleem/ delictanalyse naar voren komen. Risicotaxatie en risicomanagement zijn integraal onderdeel van de behandeling.
- Bij mensen met een verstandelijke beperking zijn er extra risicofactoren vanwege de handicap: minder coping vaardigheden, negatieve leerervaringen en daardoor kan een vijandige levenshouding en antisociale attitudes ontstaan. Ook gebrekkige informatieverwerking, snel beïnvloedbaar door omgeving en verminderde controle over emoties en impulsen kunnen een risicofactor zijn. Deze tekorten moeten speciale aandacht krijgen in de behandeling.
- De behandeling moet aansluiten bij de leerstijl van de cliënt met een verstandelijke handicap. De tekorten op verbaal gebied vragen om aangepast taalgebruik, visualiseren, leren door doen en voordoen. Structuur is zeer belangrijk binnen de behandeling.

- Het agressieprogramma moet passen binnen de manier waarop de behandeling in Hoeve Boschoord is georganiseerd. Dat betekent dat er eerst ruime aandacht is voor diagnostiek en risicotaxatie, waarna de specialisatiebehandeling volgt, die een gefaseerde stapsgewijze opbouw heeft en waarbij de sociotherapie een belangrijk aandeel heeft in de behandeling (behandelen in therapeutisch milieu).

Voor de agressie specialisatie betekent dat concreet het volgende:

- Factoren die ten grondslag liggen aan het risicogedrag worden in de eerste fase in de diagnostiek in kaart gebracht. Systeemgegevens, ontwikkeling van het gedrag, de medisch-psychiatrische diagnose en psychologische rapportage en risicotaxatie worden geïntegreerd tot een probleemanalyse c.q. delictanalyse met de risicofactoren en de mogelijkheden uitmondend in een individueel behandelplan.
- De cliënt wordt op grond van de hoofdproblematiek toegedeeld aan een van de specialistische programma's. Ontregeling en psychopathologie wordt individueel behandeld middels medicatie, psychotherapie, traumabehandeling, en specifieke begeleidingsstijl.
- Er wordt gewerkt met de twee modellen: het sociaal competentiemodel en het agressiemodel (zie Bijlage; 1, 2).
- Het reguleren van woede nemen we als aangrijpingspunt voor de therapie (John Taylor & Novaco, 2003). Instrumentele agressie waarbij geen onderliggende woede in het spel is (o.a. bij psychopathie), laten we buiten beschouwing.
- Een specialisatie gaat er vanuit dat er gemeenschappelijke factoren zijn bij cliënten die alle te maken hebben met agressief gedrag. In de agressietherapie worden de gemeenschappelijk factoren "behandeld".
- Regulatie van woede door het herkennen van emoties en cognities en het aanleren van alternatief gedrag/ cognities is de hoofd inhoud. Tegelijk met de agressie module is er ondersteuning door andere therapie vormen zoals PMT en Psycho-educatie. Individueel kan medicamenteuze ondersteuning plaatsvinden.
- Voor de opzet van de specialisatie gaan we uit van vier fasen binnen het behandeltraject, waarin elke fase een ander type prestatie en leren van de cliënt vraagt vanwege de verschillende context. De agressietherapie en de daaromheen gegroepeerde trainingen zijn aangepast aan de fase van de behandeling (zie Bijlage; 3)

3) Agressieregulatie en PMT

3.1) PMT

PMT neemt een belangrijke plek in binnen de module agressiespecialisatie. In het behandeltraject van de vier fasen komt de PMT in Fase 2 en in Fase 3 aanbod (zie Bijlage; 3).

De PMT afdeling krijgt geregeld de vraag om iets te doen met de agressie van cliënten met stoornissen in de impulsregulatie. Vaak bestaat het idee dat de cliënt zijn agressie door middel van bewegingsactiviteiten kan uitleven, waarna deze en diens omgeving er minder last van zouden hebben. Uitleven alleen is echter nog geen behandeling. En het blijkt bij deze cliënten ook niet te werken. Cliënten beginnen bij een explorerende vorm van behandeling meer te ageren in plaats van minder, en eventuele acting-out gedrag neemt dan eerder toe dan af.

De situatie die ook kan ontstaan is dat de cliënten binnen de PMT zich zo goed mogelijk gaan beheersen omdat ze zich juist niet willen uitleven, en omdat ze bang zijn de controle te verliezen. Dit leidt vaak tot het gevolg dat de cliënt met teveel spanning weggaat bij de PMT, en dat die spanning er op de groep dan op een verkeerde manier uit komt.

(F.M.B. Kuin, 2005)

Maar wat kan de PMT dan wel als bijdrage bieden aan de agressieproblematiek van een cliënt?

Hiervoor heeft de PMT binnen Hoeve Boschoord twee modules ontwikkeld: "Herkennen van Lichaamssignalen" en "Omgaan met Boosheid en Agressie".

De modules zijn gedeeltelijk gebaseerd op het procesmodel van agressie (zie Bijlage; 3). De arousal verbeteren is een belangrijk item binnen de modules, de gedachten en gevoelens beïnvloeden speelt hierbij een belangrijke rol.

De behandeluitgangspunten van hoofdstuk 2 zijn ook meegenomen in het maken van de modules.

Regulatie van woede door het herkennen van emoties en cognities en het aanleren van alternatief gedrag/ cognities is de hoofd inhoud.

Hoe zien de modules eruit?

Een cliënt volgt eerst de module "Herkennen van Lichaamssignalen" en daarna de module "Omgaan met Boosheid en Agressie".

Allebei de modules zijn uitgeschreven, maar het is nog een soort pilot dus er kunnen wijzigingen plaatsvinden ten aanzien van de moduul.

De modules bestaan uit ± 15 sessies met een tijdsduur van anderhalf uur per week. In de bijlage staat de productbeschrijving van beide modules (zie Bijlage; 4, 5)

3.2) Modaliteiten binnen de PMT:

De modaliteiten die goed passen bij de twee modules zijn; Oefenen en Ervaren.

De modaliteit ontdekken is deels aanwezig, maar dit komt meer naar voren bij andere disciplines.

Structuur en veiligheid zijn binnen de twee modules van belang. Wanneer dit aanwezig is kan de cliënt geconfronteerd worden met lichaamservaringen en bewegingssituaties. Hierdoor krijgt de cliënt ook meer inzicht in zijn problematiek. Vanuit hier hebben we de cliënten laten experimenteren met gedragsalternatieven en effecten van deze alternatieven op zijn gedrag in relatie tot zijn omgeving.

Deze alternatieven hebben aspecten van het denken, voelen en handelen van de cliënt in zich en zijn altijd onderling verweven. De cliënt moet leren zelfstructurend gedrag te ontwikkelen in de therapiesituaties, om het vervolgens ook in zijn leven buiten de therapiesituatie te kunnen toepassen en verder te ontwikkelen. Een taak van de therapeuten is om veiligheid en uitdaging te scheppen.

(zie Bijlage; 6)

4) Onderzoeksgroep

De twee PMT modules zijn gevolgd door drie cliënten die op de afdeling "de Wintereik" verblijven. Deze afdeling heeft zich gespecialiseerd in agressieproblematiek.

De cliënten verblijven al een paar jaar op Hoeve Boschoord en hebben daarvoor ook al een instellingsverleden. De leeftijd van de drie cliënten ligt tussen de 25 en 48 jaar en ze hebben een verschillende nationaliteit.

In het artikel van F.M.B Kuin wordt een mooie omschrijving gegeven over de indicatiestelling van de cliënten.

“Er zijn twee categorieën namelijk ‘te los’ en ‘te vast’. Cliënten met impulscontrole problemen laten grofweg eigenlijk twee soorten gedrag zien.

1. De cliënten hebben moeite om impulsen los te laten. Deze cliënten hebben bijvoorbeeld moeite hun boosheid en ongenoegen te ervaren en direct te uiten. Vaak zijn dit cliënten met dwangneurotische en psychosomatische problematiek. Dit is de groep waarbij in de therapie ‘losgemaakt wordt’ wat ‘te vast zit’. Diagnostisch gezien gaat het meestal om neurotische problematiek.
2. De cliënten hebben moeite om impulsen te reguleren en in te dammen, zoals we dat vaak bij dissociatieve problematiek zien. De opgave hier is: “indammen wat te los zit”. (F.M.B. Kuin, 2005)

De cliënten van mijn onderzoeksgroep passen eigenlijk bij beide beschrijvingen. Ze hebben moeite om hun spanningen te uiten, maar ook om impulsen te reguleren.

Impulsproblematiek treffen we doorgaans aan bij de persoonlijkheidstoornissen uit cluster B van de DSM-IV-TR. Hieronder vallen de antisociale persoonlijkheidsstoornis, borderline persoonlijkheidsstoornis, theatrale persoonlijkheidsstoornis en de narcistische persoonlijkheidsstoornis.

De drie cliënten staan in de bijlagen beschreven onder het kopje casuïstiek, de namen van de cliënten zijn weggelaten vanwege privacyredenen.

Ik heb ervoor gekozen om de classificerende en de hermeneutische diagnostiek te gebruiken bij het omschrijven van de casuïstiek. Verder heb ik gebruik gemaakt van het ICF- model, het diathese stressmodel en het sociaalcompetentie model.

(zie Bijlage; 7)

Voor mijn onderzoek heb ik ook de persoonlijk begeleiders van de cliënten ingeschakeld. Dit zijn drie personen die gekoppeld zijn aan de drie cliënten. Zij begeleiden de cliënten één op één en hier kunnen de cliënten met hun problemen en vragen altijd terecht. Ook zorgt de persoonlijke begeleider dat de cliënt zijn behandelingen volgt en ondersteunt hem/ haar onder andere bij het maken van keuzes en oplossen van problemen.

5) Resultaten

5.1) Resultaat vragenlijst

De vragenlijst heb ik persoonlijk afgenomen bij de drie cliënten uit de onderzoeksgroep en hun persoonlijk begeleiders na afloop van de twee modules. Op deze persoonlijke manier kon ik de vragen verduidelijken door middel van deelvragen te stellen, en vragen nader uit te leggen als ze niet begrepen werden. De vragenlijsten staan vermeld in de bijlagen (zie bijlagen; 8,9)

In de bijlagen staan de resultaten/ antwoorden per cliënt en de daaraan gekoppelde persoonlijk begeleider beschreven (zie bijlagen; 10).

In dit hoofdstuk geef ik geen opsomming van alle vragen en antwoorden maar ik heb de belangrijkste beschreven en samengevoegd vanuit de twee aangeboden modules (“Herkennen van Lichaamsignalen”, “Omgaan met Boosheid en Agressie”) . Hierbij heb ik gekeken naar de onderzoeksdeelvragen van hoofdstuk 1.

➤ *Herkennen/ervaren en bewust worden van lichaamssignalen en emoties*

Na de eerste module lukt het de cliënten om stil te staan bij hun lichaam en voornamelijk bij hun lichaamssignalen, dit geven zowel de cliënten als de persoonlijk begeleiders aan.

Het starten met fysieke oefeningen en hierin lichaamssignalen herkennen zoals, spierspanning, hartslag, warmte en ademhaling werkten goed volgens hen. Op deze manier voelen en ervaren ze bij zichzelf de signalen en kunnen ze de signalen beter benoemen.

Dit bewustwordingsproces had wel even tijd nodig. De cliënten antwoorden dat ze het soms best spannend vonden om dit bij zichzelf te voelen of te ervaren, ook het benoemen was lastig.

De cliënten vonden het gemakkelijker om de signalen bij elkaar te benoemen, dit is veiliger en hierdoor hoeven ze zelf niet te voelen. Dit herkennen de persoonlijk begeleiders ook op de afdeling. Maar aan het einde van de module lukte het hen al aardig om het benoemen en herkennen bij zichzelf te houden. Het resultaat uit de vragenlijst en uit de module is dat de cliënt het moeilijk vindt om te onderscheiden welk signaal bij welke emotie hoort.

➤ *Proberen onderscheid te leren herkennen tussen de 5 b's (boos, bang, blij, bedroefd en beschaamd) en dan voornamelijk het lichaamscomponent die bij de diverse emoties naar boven komt.*

Zoals hierboven al is benoemd gaven de cliënten en ook de persoonlijk begeleiders aan dat het moeilijk was om een lichaamssignaal aan een emotie te koppelen. De emotie Bang, Blij en Boos waren de drie emoties die de cliënten minder moeilijk vonden. Deze drie emoties werden daarom ook eerder herkend en onderscheiden.

De emoties Bedroefd en Beschaamd waren lastiger volgens de cliënten en de persoonlijk begeleiders. Ik heb zelf ook gemerkt dat deze twee emoties met het oefenaanbod meestal niet direct te bewerken zijn, er komen vrij vaak weer andere emoties bij kijken. De lichaamssignalen die dan hierbij komen kijken vinden de cliënten lastig om te herkennen.

➤ *Het leren benoemen van lichaamssignalen en emoties.*

Het herkennen lukt de cliënten, maar het benoemen blijven ze lastig vinden. Het viel mij op dat de cliënten het gemakkelijker vinden om de signalen en emoties bij een ander te benoemen dan bij zichzelf, dit beaamt ze ook in de vragenlijst.

Het letterlijk stilzetten van de cliënt was belangrijk volgens de persoonlijke begeleiders om de cliënt hun lichaamssignalen en emoties te laten benoemen. Het gebruik van een camera, als hulpmiddel hierbij, is een goede uitkomst. De cliënt heeft het gebruik van de camera over het algemeen ook als prettig ervaren. De cliënten gaven aan dat ze op deze manier meer tijd hadden om de signalen bij zichzelf te zien en te benoemen doordat ze de beelden terug konden kijken. Dit was af en toe confronterend, maar het leverde meer en mooiere resultaten op.

Het resultaat volgens de cliënten en de persoonlijk begeleiders na het volgen van de module "Herkennen van Lichaamssignalen" is dat ze lichaamssignalen kunnen benoemen. Het benoemen van de emoties die hieraan gekoppeld zijn, is vaak een stap te ver.

➤ *Spanningen in het lichaam beter waarnemen en in de context plaatsen*

De cliënten ervaren veel spanning en agressie en dit kunnen ze tijdens de therapie ook benoemen. Ze zijn met deze emoties erg veel bezig, en ze proberen deze emoties ook vaak te onderdrukken wat weer de nodige spanning oplevert.

Uit de vragenlijst blijkt dat de cliënten het al aardig lukt om spanning in het lichaam waar te nemen, maar om het in een context te plaatsen is te moeilijk. Zelf zag ik ook dat ze dit vaak projecteren op de ander. Het ligt niet aan hen maar aan de ander.

De cliënten en de persoonlijk begeleiders gaven aan dat ze het schema met de 5 G's handig en duidelijk vonden, hierdoor werd het makkelijker om de spanning in een context weer te geven. De spanning bij zichzelf houden vinden ze volgens de persoonlijk begeleiders moeilijk, maar het waarnemen van spanning bij zichzelf en bij de ander is verbeterd na de eerste module.

➤ *Leren herkennen van de spanningsopbouw die er voor/ of door de boosheid, agressie waarschijnlijk is. Wat zijn hierbij kenmerkende lichaamssignalen of bepaald gedrag. Dus eigenlijk inzicht krijgen in het proces van controleren, spanning opbouwen en exploderen.*

Dit is veel naar voren gekomen binnen de modules. De thema's waren dan o.a. controle hebben of verliezen, lichaamsspanning, herkennen en benoemen van lichaamssignalen, samenwerking en oplopende irritaties.

Wat opviel, volgens de persoonlijk begeleiders, was dat de cliënten moeilijk de controle over iets konden verliezen. Ze waren hier erg op gefocust dat dit niet gebeurde. Hierdoor lieten de cliënten vaak aangepast gedrag zien en kwamen de lichaamssignalen moeilijk ter sprake.

De antwoorden die ze gaven leken dan erg voorgeprogrammeerd en ontstonden niet uit hun eigen gevoel of emotie. Dit is ook herkenbaar op de afdeling.

De cliënten geven zelf aan dat ze angst hebben om de controle te verliezen, de angst om zichzelf dan niet meer in de hand te kunnen houden.

Doordat dit op de voorgrond stond was het soms lastig om ze de lichaamssignalen te laten ervaren die tijdens spanningsopbouw optraden. De cliënten waren constant bezig om de controle te behouden.

Het werken met de 5 B's (Bang, Boos, Blij, Bedroefd, Beschaamd) en het werken met de 5G's (Gebeurtenis, Gedachten, Gevoel, Gedrag, Gevolg) is als positief ervaren door de cliënten en de persoonlijk begeleiders. De persoonlijk begeleiders geven aan deze schema's in de toekomst nog veel te gaan gebruiken op de groep.

Het resultaat hiervan is dat de cliënten de 5 B's en de 5 G's kunnen gebruiken om hun lichaamssignalen te benoemen en dat ze proberen het in een context te plaatsen.

➤ *Leren zichzelf te ontladen zonder zichzelf en/of de omgeving schade toe te brengen. Bijvoorbeeld door het aanleren van ontspanningsoefeningen.*

De cliënten geven aan dat ze het moeilijk vinden om de controle te verliezen, en zeggen ook dat ze nooit 'echt' de controle verloren hebben binnen de twee modules.

Wel kunnen de cliënten genoeg situaties beschrijven, buiten de twee modules om, waarin ze de controle wel verliezen. De cliënten vinden het prettig dat hier ruimte voor is om over te praten en dat ze er zo achter te komen wat ze op dat moment aan het doen zijn.

De cliënten en de persoonlijk begeleiders geven aan dat het signaleringsplan een goede stap is om te kijken welke signalen erbij de cliënt allemaal te zien zijn als de spanningen oplopen. De persoonlijk begeleiders gebruiken dit op de afdeling ook en vinden het een goed punt dat dit binnen de therapie ook gebruikt wordt. Door herhaling leren de cliënten toch het meest.

We hebben tijdens de twee modules gebokst en gejudoed tegen elkaar, dit zorgde voor ontlading, maar de cliënten moeten leren er op tijd uit te stappen. De cliënten geven in de vragenlijst aan dat ze dit niet moeilijk vinden, ze herkenden bij zichzelf de lichaamssignalen. Hierdoor weten ze wanneer ze uit een situatie moeten stappen. De persoonlijk begeleiders geven echter aan dat dit wisselend is bij de cliënten buiten de module. Het lukt de cliënt niet altijd om uit een situatie te stappen.

Resultaten van de ontspanningsoefeningen waren zichtbaar voor ons als therapeuten en persoonlijk begeleiders binnen de modules. Een aantal cliënten geven aan dat ze de oefeningen af en toe nog buiten de module om gebruiken, maar de persoonlijk begeleiders zeggen van niet.

➤ *Leren waar je triggers liggen*

Wat de persoonlijke begeleiders opviel was dat de cliënt niet vaak duidelijk had waar hun triggers lagen en dat ze het dan vaak afschoven op anderen. Zij zelf zijn niet de schuldige maar de ander. De cliënten zijn zo beïnvloedbaar volgens de begeleiders, waar door ze vaak getriggerd worden door anderen in hun omgeving of door situaties.

We hebben o.a. geoefend met samenwerkingsvormen, afstand en nabijheid, grenzen ontdekken en aangeven. Door het filmen van de activiteiten en dit terug te zien en te bespreken, werden de cliënten geconfronteerd met hun lichaamshouding, signalen en manier van handelen.

Hoe ontstaat het nou dat je boos bent? Deze vraag kwam vaak naar voren. De cliënten geven als antwoord dat het werken met de 5 G's (Gebeurtenis, Gedachten, Gevoel, Gedrag, Gevolg) een goed hulpmiddel voor hen was.

Het schema werkte wel goed tijdens de modules volgens de persoonlijk begeleiders maar op de afdeling vonden de cliënten dit veel moeilijker. Het was goed dat de cliënt het schema zelf in moest vullen.

Hierdoor kwam de cliënt zelf tot de ontdekking waar de boosheid vandaan komt.

Dit schema is na eigen zeggen van de cliënt redelijk duidelijk en ze kunnen het in spanningsvolle situaties toepassen en dus kunnen ze ontdekken waar de spanningen/ triggers vandaan komen. De persoonlijk begeleiders zijn het hier niet helemaal mee eens.

➤ *Boosheid wordt op een gecontroleerde wijze geuit en kan zodoende ook als positief gezien worden*

Echt boos zijn de cliënten niet geworden tijdens de therapie. De spanning liep af en toe wat op maar de cliënten bleven hun eigen spanningen controleren. Er zijn geen boze uitbarstingen geweest.

Wel zijn er alternatieven geboden. Wat doe je als je boos bent? Dit hebben we besproken met behulp van het signaleringsplan, de schema's en het bespreekbaar maken van lichaamssignalen en emoties.

Boosheid als iets positief zien, vinden de cliënten lastig geven ze zelf aan. Ze hebben al veel negatieve situaties meegemaakt en ze kunnen dit moeilijk onderscheiden. Ze vinden het lastig om te differentiëren tussen boosheid en agressie, dit zien ze vaak als één.

Ze zien het niet als positief, en zijn erg bezig om alles te controleren en geen boosheid te laten zien. Vooral binnen de PMT was het lastig om hier mee aan de slag te zijn. Doordat ze binnen de PMT geen boosheid lieten zien, was het lastig om ze het als positief te laten ervaren. We hebben eigenlijk alleen maar voorbeelden gegeven en uitgelegd dat boosheid er ook mag zijn en niet altijd gelijk negatief is.

De persoonlijk begeleiders geven ook aan dat de cliënt boosheid als iets negatiefs zien, en dat vooral de emotie schaamte hierbij erg op de voorgrond staat. Wanneer de cliënten echt boos zijn op de afdeling dan reageren ze agressief, en kunnen ze hun boosheid niet op een gecontroleerde manier uiten. Wanneer ze dit wel proberen lopen ze vaak weg naar hun kamer, en is het moeilijk om op dat moment hun boosheid op een gecontroleerde wijze uit te praten met een begeleider.

➤ *Kunnen aangeven waar je eigen grenzen liggen en zichzelf een sneller halt toeroepen*

Grenzen aangeven was een belangrijk onderwerp binnen de therapie. We gaven duidelijk elke week aan dat niets hoefde, maar alles mocht. De cliënten moeten zelf hun grens aangeven.

De cliënten vinden dat ze dit goed gedaan hebben, ze waren duidelijk in hun grenzen aangeven. De persoonlijke begeleiders geven aan dat het voor hen lastig was om in te schatten of de cliënt zijn grens aangaf omdat hij bang was om de controle te verliezen of omdat hij een activiteit niet wilde doen vanwege een andere reden. Het eerste kwam volgens onze observatie ook het vaakst voor, ook hier blijft de controle willen behouden op de voorgrond staan. Maar het is positief dat de cliënten zichzelf een halt toeroepen, maar de vraag blijft of dit op een juist moment is?

5.2) Eindresultaat kort samengevat:

De cliënt en de persoonlijk begeleiders geven aan dat de 5 B's en de 5 G's bekend zijn en dat ze ook benoemd kunnen worden. De persoonlijk begeleiders vinden de emotie 'Blij' goed zichtbaar bij de cliënt en eigenlijk geven ze alle drie aan dat de cliënt de vijf emoties wel kan benoemen maar dat hij het dan niet toepast of er iets meedoet.

Er is ook twijfel of de emoties die ontstaan niet gespeeld worden, dit herkennen we als therapeuten ook in de therapie.

Het is opvallend dat de cliënten zelf zeggen dat ze gevoelens en gedachten bespreekbaar maken met medecliënten en groepsbegeleiders maar dat de persoonlijk begeleiders zeggen dat ze dat weinig of niet doen. Als de cliënten het wel doen gaan ze over het algemeen naar de groepsbegeleiders toe.

Emoties uiten is lastig op de groep, allebei geven ze aan dat het eergevoel van de man meespeelt.

Kwetsbaar opstellen is dus moeilijk en dit vermijden ze liever, maar de persoonlijk begeleiders vinden de emoties vaak wel zichtbaar aan de buitenkant van de cliënt.

Wanneer de spanningsboog niet te hoog is kunnen de cliënten hun grens redelijk aangeven, wel doet ieder dit op zijn eigen manier.

De controle kwijtraken gebeurt net zoals bij de modules ook zelden op de afdeling. De cliënten gaan vaak naar hun kamer toe wanneer ze merken dat ze de controle kwijtraken.

Op de vraag wat leerzaam aan de module is kwamen verschillende antwoorden. De cliënten gaven als antwoorden; leerzaam, leuk, confronterend, niks aan gehad, samenwerken, duidelijk. De antwoorden van de persoonlijk begeleiders kwamen meer overheen. Ze vonden de module goed, maar te kort. Er waren twijfels of de doelstellingen wel behaald konden worden in dit tijdsbestek en met deze intensiteit. Ook gaven ze aan dat het motivatieprobleem van belang was. Cliënten gaan gauw heen omdat ze moeten, maar steken ze er ook iets van op of spelen ze juist goed hun rol. Er zijn twijfels of de module iets heeft opgeleverd voor de cliënt en zijn omgeving. De thema's vonden ze boeiend en aansluitend op het programma van de agressiespecialisatie.

De vraag of de cliënt veranderd is na het volgen van de module is lastig. De cliënten geven hier ook verschillende antwoorden op en de persoonlijk begeleiders hebben hier ook duidelijk hun twijfels over

7) Conclusie

In dit hoofdstuk geef ik de conclusies weer die uit mijn onderzoek naar voren zijn gekomen. Dit doe ik aan de hand van de onderzoeksdeelvragen en de resultaten uit hoofdstuk vijf.

“Wat is de effectiviteit van agressieregulatietraining binnen de PMT voor TBS/ SGLVG cliënten op Hoeve Boschoord”

Conclusies met betrekking tot de cliënt en de persoonlijke begeleider:

De conclusie die getrokken kan worden is dat na het afronden van de twee modules het de cliënt lukt om zijn lichaamssignalen te herkennen en te benoemen, maar het nog lastig is om hier ook naar te handelen in een bepaalde situatie.

Het thema ‘grenzen aangeven’ was een belangrijk onderdeel binnen de twee modules.

De cliënten geven zelf aan dat ze hun grens aan kunnen geven, de manier waarop de cliënten dit doen is vaak door middel van weglopen naar hun kamer, zich dan afzonderen en muziek gaan luisteren.

Op deze manier geven ze hun grens aan. De conclusie die ik na dit onderzoek kan maken is dat ze dit doen puur omdat ze anders bang zijn om de controle te verliezen.

Het blijkt dus dat de cliënten het nog erg moeilijk vinden om hun gevoelens, gedachtes en lichaamssignalen op een gecontroleerde manier bespreekbaar te maken en er naar te luisteren.

Wanneer de cliënten tot rust zijn gekomen, kunnen ze achteraf door middel van de 5 G's goed uitleggen wat er gebeurd is, hierin is vooruitgang geboekt bij alle drie de cliënten.

Het opvallende aan het onderzoek was dat de antwoorden van de persoonlijk begeleiders en de antwoorden van de cliënten niet altijd overeen kwamen. Na aanleiding van de vragenlijsten trek ik hier de volgende conclusies uit;

- De cliënt neemt een rol aan binnen de therapie maar ook op de groep. Ze vertonen veel aangepast gedrag, en ze weten dit op een goede manier te spelen en te gebruiken.
- Het contact tussen de cliënt en de persoonlijk begeleider is niet optimaal. Ze weten te weinig over elkaar en de persoonlijk begeleider schat de cliënt niet goed in.
- De cliënt vindt het moeilijk om vragen van de vragenlijst over zichzelf te beantwoorden, of de cliënt snapt het niet vanwege hun licht verstandelijke beperking.

Een volgende conclusie is dat de persoonlijk begeleiders en de afdeling te weinig bij de module betrokken waren. Er was te weinig overdracht tussen de afdeling en de therapeuten. Hierdoor weten ze van elkaar niet waar ze mee bezig zijn en de cliënt kan hier de dupe van worden.

De rol van de persoonlijke begeleider binnen de module was niet duidelijk en het werd door de afdeling niet als zeer noodzakelijk gezien.

Wanneer deze rol wel duidelijk zou zijn en ze ook aangenomen zouden worden, dan kunnen de persoonlijk begeleiders meer betekenen binnen de modules.

Conclusies die ik uit de vragenlijsten haal;

- De persoonlijk begeleiders vinden de module goed maar ze vinden het te kort en de module zou intensiever aangeboden mogen worden (dus vaker in de week).
- De persoonlijk begeleiders twijfelen over de intrinsieke motivatie en vinden de cliënten meer extrinsiek gemotiveerd.

Uit de antwoorden van de persoonlijke begeleider blijkt wel dat er positieve ontwikkelingen zijn ontstaan bij de cliënt tijdens en na het volgen van de module. Deze positieve ontwikkelen zijn dan vooral gebaseerd op het benoemen en het herkennen van lichaamssignalen. Ook het werken met de 5 B's en de 5G's zijn als

positief ervaren. De module is een meerwaarde voor het slagen van de agressiespecialisatie binnen Hoeve Boschoord volgens de persoonlijk begeleiders.

Conclusie betreft de modules:

De inhoud van de twee modules waren goed. Hier en daar hebben zich tijdens de modules wijzigingen plaatsgevonden en zijn er activiteiten geschrapt of bijgevoegd. De thema's sloten goed op elkaar aan en het niveau was goed.

De conclusie achteraf is dat het component *voelen* meer naar voren is gekomen dan het *denken*.

Verder wordt de mening van de persoonlijk begeleiders gedeeld over het feit dat de intensiteit te laag is voor het goed slagen van de twee modules, en dat er getwijfeld wordt over de intrinsieke motivatie van de cliënt.

Conclusie betreft de doelstelling:

Vooraf door middel van praktijkonderzoek is er een antwoord gekomen op de probleemstelling. De vragenlijsten leverden een mooie bijdrage op aan het onderzoek. De literatuurstudie heeft er voor gezorgd dat ik meer inzicht heb gekregen in de visie en de agressiespecialisatie van Hoeve Boschoord.

Door de persoonlijk begeleiders erbij te betrekken is het beeld duidelijker geworden over de cliënt en de module. De doelstelling is na mijn inzien behaald en daardoor kunnen de conclusies en aanbevelingen opgesteld worden.

Conclusie betreft de Probleemstelling:

“Wat is de effectiviteit van agressieregulatietraining binnen de PMT voor TBS/ SGLVG cliënten op Hoeve Boschoord”

De agressieregulatietraining heeft als effectiviteit dat de cliënten hun lichaamssignalen kunnen herkennen en kunnen benoemen. De cliënten hebben geleerd wat grenzen zijn, en hierdoor lukt het hen om uit een situatie te stappen als de spanningen te hoog oplopen. De manier waarop ze dit doen is nog lang niet optimaal.

Of de agressie verminderd is, is lastig om vast te stellen omdat de cliënten zeer gecontroleerd deelnamen aan de training en dit gedrag ook op de afdeling vertoonden. Ook is er van te voren geen onderzoek gedaan hoe vaak er bij de cliënt een agressieve impulsdoorbraak plaatsvond en hoeveel na het volgen van de twee modules.

Een belangrijke conclusie is dat het contact tussen de therapeuten en de persoonlijk begeleiders minimaal was.

De effectiviteit van de training zou groter zijn wanneer er meer overdracht zou plaats vinden tussen de therapeuten, de persoonlijke begeleiders en de afdeling.

De cliënten konden door aangepast gedrag te vertonen soms gemakkelijk de activiteiten uitvoeren. Ze werden daardoor niet geconfronteerd met situaties die bijvoorbeeld op de afdeling gebeurd waren.

Of de effectiviteit ook groter wordt naarmate de intensiteit en de duur van de modules groter/ langer wordt, is een probleemstelling voor een volgend onderzoek

8) Discussie

Een goed discussiepunt zou zijn; Hoe krijg je deze doelgroep intrinsiek gemotiveerd?

Wat is hier voor nodig, en kun je deze doelgroep überhaupt intrinsiek motiveren?

En een ander discussiepunt zou kunnen zijn; Moeten de modules in een groep of individueel aangeboden worden? Wat zijn de voor en nadelen hiervan? En wat zou meer resultaat opleveren? Dit zijn lastige discussiepunten maar interessante vragen voor een vervolgonderzoek. Misschien leidt het tot verbeteringen binnen de agressiespecialisatie binnen Hoeve Boschoord.

9) Aanbevelingen

Om de effectiviteit te vergoten van de agressieregulatie training wil ik het volgende aanbevelen;

- Onderzoeken of de effectiviteit van de modules omhoog gaat wanneer er intensiever contact is met de cliënten.
- Er moet meer overdracht plaats vinden tussen de therapeut en de persoonlijk begeleiders.
- De begeleiders moeten meer betrokken zijn bij en tijdens de modules.
- De cliënt moet door de therapeut en door de persoonlijk begeleiders meer geconfronteerd worden met zijn aangepaste en gecontroleerde houding.
- Onderzoeken hoeveel agressieve impulsdoorbraken plaats vonden bij de cliënt voor het starten met de twee modules en hoeveel impulsdoorbraken er nog plaatsvinden na het volgen van de modules.

- Onderzoeken hoe de intrinsieke motivatie van cliënt gestimuleerd kan worden.
- Meer huiswerkopdrachten aanbieden

10) Literatuurlijst

Bastiaans Prof. J. (1986)

Belzen van Jaap, (2006). Module; “Herkennen van Lichaamsignalen”, “Omgaan met Boosheid & Agressie”, internbeleidsstuk Hoeve Boschoord

Buss, D.M. & Shackelford,T.K, (1997). Human aggression in evolutionary psychological perspective.

DSM-IV-TR, ISBN: 9026517777

Elias, N., (1992). Internbeleidsstuk Hoeve Boschoord

Kuin F.M.B., (2005). In; Lange drs. J. & Bosscher dr. R.J., Psychomotorische therapie in de praktijk, art; Op tijd stoppen

Sietsma, drs. Luuk W., (2004) Bewegingsagogie en Psychomotorische therapie, reader B2041, Windesheim Zwolle

Taylor John L. & Novaco W., (2003) . A review of the assesment and traetment of anger and agression in offenders with intellectual disability.

Tremblay, R., (1998). De ontwikkeling en preventie van fysieke agressie

Volavka, (1995). Neurobiology of violence. Washington DC: American Psychiatric Press

Internetbronnen:

Wikipedia, www.wikipedia.nl

Counseling, therapie en training Haarlem, <http://www.idee-pmc.nl>

Dikke Van Dale, www.vandale.nl

11) Begrippenlijst

➤	Adaptief	→	Passend
➤	Ageren	→	In rechte optreden, een eis instellen
➤	Altruïstisch	→	Handeling of een gewoonte
➤	Arousel	→	Activatie toestand van het zenuwstelsel
➤	Civilisatie	→	Beschaving
➤	Dissociatieve	→	Bepaalde gedachten, emoties, waarnemingen of herinneringen worden buiten het bewustzijn geplaatst. Ze zijn tijdelijk niet 'oproepbaar' zijn of vertonen minder samenhang. Letterlijk betekent dissociatie 'ontkoppeling' of 'uiteenvallen'.
➤	Dwangneurotische	→	Obsessieve drang om bepaalde handelingen uit te voeren die rituelen worden genoemd.
➤	Evidence based	→	Uitvoeren van een handeling door een beroepsbeoefenaar op die wijze dat de uitvoering is gebaseerd op de best beschikbare informatie over de doelmatigheid en doeltreffendheid.

➤	Extrinsiek	→	Aan de buitenkant, van buitenaf
➤	Freud	→	Zenuwarts en psychiater, grondlegger van Psychoanalyse
➤	ICF- model	→	International Classification of Functioning, Disability And Health
➤	Intrinsiek	→	Innerlijk, van binnen uit
➤	Neurotische	→	Vage angstklachten die lijden veroorzaken
➤	PIJ	→	Plaatsing in een Inrichting voor Jeugdigen
➤	Pilot	→	Proefschrift
➤	Psychosomatische	→	Lichamelijke klachten waarvoor geen fysiologische oorzaak te vinden is
➤	SGLVG	→	Sterk Gedragsgestoorde Licht Verstandelijk Gehandicapten
➤	TBS	→	Terbeschikkingstelling

12) Bijlagen

Inhoudsopgave:

BLZ:

1) Procesmodel van agressie	29.
2) Sociaal competentiemodel	31.
3) Behandeltraject specialisatie agressie problematiek	32.
4) Moduul "Herkennen van Lichaamsignalen"	33.
5) Moduul "Omgaan met Boosheid & Agressie"	35.
6) PMT modaliteiten	37.
7) Casuïstiek	38.
- 7.1 Classificerende diagnostiek	38.
- 7.2 Hermeneutische diagnostiek	40.
8) Vragenlijst Cliënten	44.
9) Vragenlijst Persoonlijk Begeleiders	46.
10) Antwoorden vragenlijst, cliënt en persoonlijk begeleiders	47.

1) Procesmodel van agressie:

Het model bestaat uit drie onderdelen;

- De output
- Het proces
- De input

De output:

Dit is wat je kunt zien, het waarneembare gedrag dat zichtbaar is aan de buitenkant en het is observeerbaar.

Het gedrag is onderverdeeld in indirecte en directe; instrumentele en reactieve agressie. Het gedrag heeft gevolgen waardoor de cirkel zich kan herhalen.

Het proces:

Het beslisproces gaat vooraf aan het gedrag en kan in een fractie van een seconde plaatsvinden, maar het wordt uiteen gerafeld in vijf stappen.

Het proces van agressief gedrag gaat gepaard met:

Gevoelens die bij dat gedrag horen: Boos, Blij, Bedroefd, Bang, Beschaamd (5 B's)

Arousal de fysieke veranderingen: gezichtsspieren, hartslag, spierspanning, bloeddruk

Gedachten: onderliggende negatieve cognities of gedachtenschema's (bijvoorbeeld; ze moeten mij altijd hebben, ik ben niks waard, het kan me niks schelen).

De Input:

Geschiedenis van agressie:

- Genetische factoren/ aanleg (de één is sneller geprikkeld dan de ander)
- Biologische factoren (niveaus van serotonine/ dopamine, testosteron)
- Fysieke gesteldheid (gezondheid, voeding)
- Hersenfuncties (slecht ontwikkelde frontale cortex bij verstandelijke gehandicapten)
- Persoonlijkheidseigenschappen/ psychopathologie/ trauma's (opgelopen in vroeg jeugd, bijvoorbeeld door geweld en seksueel misbruik)
- Gebrek aan copingvaardigheden
- Ontwikkeling van probleemgedrag

Hostiliteit: vijandigheid, negatieve attitude over het ik, de ander en de wereld om je heen, ontstaan in de persoonlijke levensgeschiedenis

Gebeurtenis:

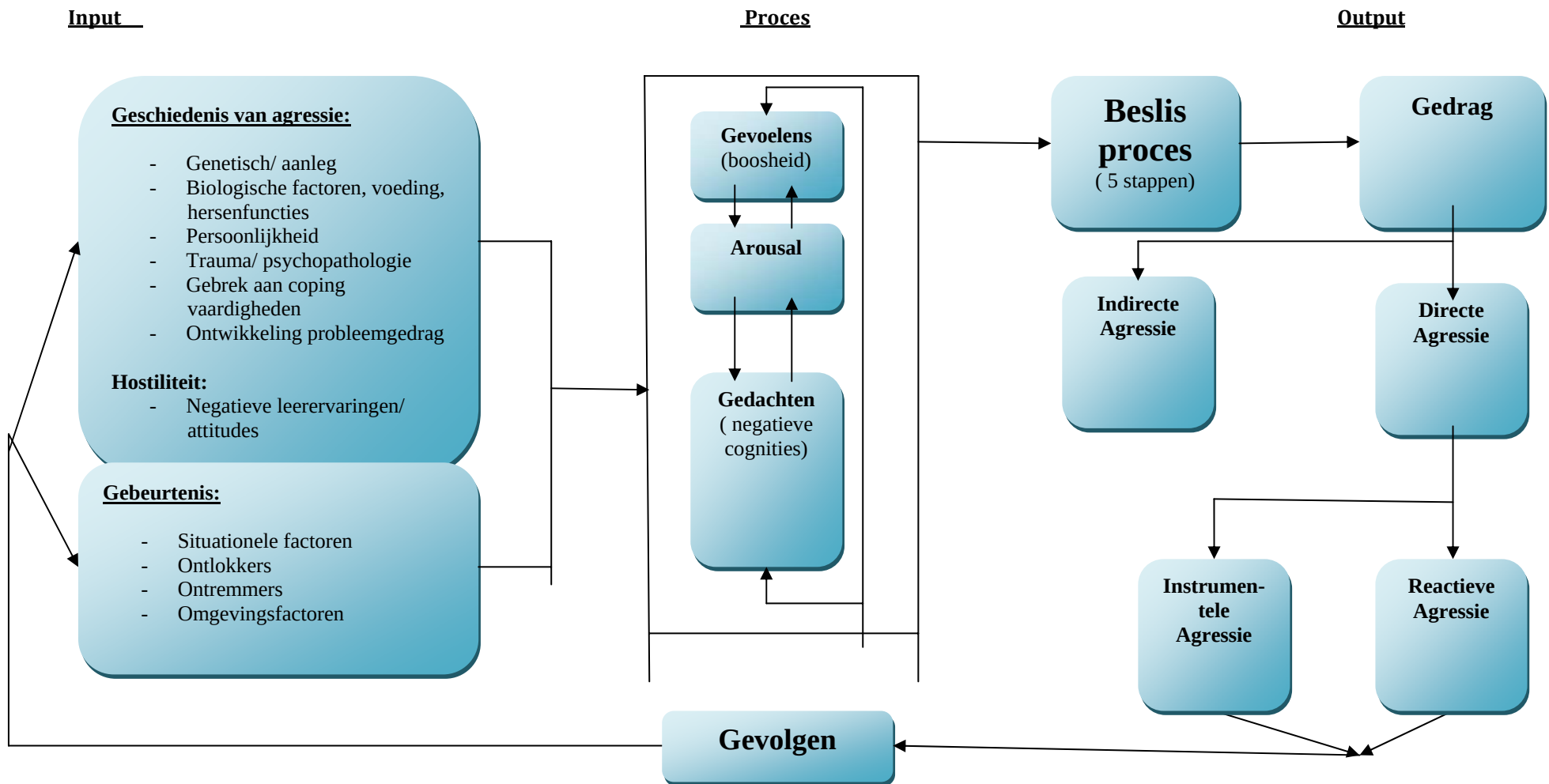
Situationele factoren (directe aanleiding of gebeurtenis die frustraties oproept)

Ontlokkers (triggers, deze zijn verschillend per persoon)

Ontremmers (zoals alcohol en cocaïne)

Omgevingsfactoren (zoals familie, de peer-groep, de buurt, criminele milieu)

Proces model van agressie



2) Sociaal Competentiemodel

Naam cliënt:

Afdeling:

Periode:

Therapeut:

Observatiedoelen

Psychomotorische therapie/ Bewegingsagogie;

I, IV, VII, VIII, IX, X, XII, XIV

Beeldvorming:

- A. **Intelligentie/ cognitie**
- B. **Psychopathologie/ probleemgedrag**
- C. **Sociaal emotionele ontwikkeling**

I Rekening houden met de ander

IV Verantwoordelijkheid nemen voor het eigen gedrag (probleem/ delict gedrag)

VII Vrije tijd

VIII Autoriteit en instanties

IX Gezondheid en uiterlijk

X intimiteit en seksualiteit

XII Autonomie

XIII Zelfbeeld

XIV Verslavingsproblematiek

Indicatie PMT/ Bewegingsagogie

BA:

PMT:

3) Behandeltraject specialisatie agressieproblematiek

Fase 1 Observatie en Diagnostiek bij agressieve delicten of agressieve problematiek

- Algemene diagnostiek: DSM-IV, IQ test, persoonlijkheid, etc
- Historie van agressie, dossierstudie, strafdossier, milieurapportage (basisregistratie)
- Observatie en rapportage van gedrag door groepsleiding
- Risico taxatie met PCL-R, HCR- 20 en HKT- 30
- Delictscenario Educatie fase 1

- Screening op agressie problematiek met instrument Zelf Analyse Vragenlijst
- Individuele delict/ probleem functionele gedragsanalyse (hypothese tav agressie)

Fase 2/3 gesloten: Wintereik en Zomereik

- Herkennen van emoties (module)
- Lief en Lijf seksuele educatie
- Sociale Vaardigheden I Goldstein
- PMT (Herkennen van Lichaamssignalen)
- Delictscenario 2 Fase 2 & 3 (oefenfase + confrontatiefase)
- Psycho- educatie (indien geïndiceerd)
- Medicamenteuze ondersteuning (zo nodig)
- Agressiemodule I
- Assement; BDHI en Novaco; SOAS-R; ABCL; BEST- index; incidentregistratie

Fase 3 half open: Blauwspaar en Zilverspar

- Delictscenario Terugvalpreventie in groepsverband
- Agressie module II
- Medicamenteuze ondersteuning (zo nodig)
- Sociale Vaardigheden II
- PMT/ Drama (PMT; Omgaan met Boosheid en Agressie)
- Psycho- educatie
- Lief en Lijf individueel
- Zelfredzaamheid/ praktische vaardigheden I
- Assement; BDHI en Novaco; SOAS-R; ABCL; BEST- index; incidentregistratie

Fase 4 Resocialisatie

- Delictscenario Terugvalpreventie (individueel)
- Medicamenteuze ondersteuning (zo nodig)
- Zelfredzaamheid/ praktische vaardigheden II
- Assement; BDHI en Novaco; SOAS-R; ABCL; BEST- index; incidentregistratie

4) Moduul “Herkennen van Lichaamssignalen”.

Omschrijving probleemgebied:

Een verstoord vermogen eigen lichaamssignalen en gevoelens te herkennen en daarom ook moeite om emoties op een adequate manier te uiten.

Waaraan kan je dit probleem herkennen bij de cliënt:

- Eigen lichaamssignalen en/of gevoelens niet kunnen benoemen
- Geen contact kunnen maken de eigen beleving en op automatische wijze zijn relaas afsteken
- Geen (adequate) uiting kunnen geven aan succeservaring en frustraties
- Het verband tussen gebeurtenis en emoties niet kunnen benoemen
- Snel opgeven en bijvoorbeeld de schuld geven aan het medium
- Verstarring in mimiek, gebaren en houding
- Bij werkvormen die een direct appel doen op de emotionele betrokkenheid blokkeren
- Erg geremd zijn of juist extreem actief binnen het bewegen, of ook wel grenzeloos

Rationale

PMT maakt het mogelijk vanuit het oefenen en de ervaring van het lichaam-in-de-beweging meer herkenning en/of inzicht in de eigen lichaamssignalen en gevoelens te krijgen, maar bijvoorbeeld ook die van een ander te herkennen of bewust te maken.

Indicaties:

- Cliënten met een vervlakking van het gevoel
- Cliënten met een eenzijdige uiting van emoties, bijvoorbeeld overal “boos” op reageren
- Cliënten die een verstoord contact met hun gevoel hebben, niet goed kunnen waarnemen

Contra –indicatie:

Cliënt die niet groeps geschikt is

Doelstellingen:

- Herkennen/ervaren en bewust worden van lichaamssignalen en emoties
- Proberen onderscheid te leren herkennen tussen de 5 b's (boos, bang, blij, bedroefd en beschaamd) en dan met name de lichaamscomponent die bij de diverse emoties naar boven komt.
- Het leren benoemen van lichaamssignalen en emoties.

Rol therapeuten

In eerste instantie is het vooral steunend werken. Dit wil zeggen dat ontspanning en veiligheid erg belangrijke items zijn en dat het evenwicht van wat de cliënt aankan goed gehandhaafd moet worden. (dit meer bij de zomereik dan wintereik) Een voorzichtige opbouw in de moduul is dan ook wenselijk. Structurerend werken is ook erg belangrijk. Maar het zal ook re-educatief zijn, het gaat hier dan over trainen van het letterlijk ervaren en leren wat nu lichaamssignalen zijn en hoe de cliënt deze kan benoemen.

Activiteiten

- Onderzoeken wat een cliënt wel en/of niet uit binnen het medium
- Oefeningen die een beroep doen op lichaamssignalen (ademhaling, zweten, spierspanning e.d.) hier met name dus de conditionele uitingen van het lichaam (dit is laagdrempelig)
- Oefeningen die een sterk beroep doen op waarnemen van sensatie (zacht, hard, koud, warm e.d.), wat vind je hierbij plezierig of onprettig.
- Oefeningen die in het teken van controle hebben en verliezen staan, wat roept dit op
- Oefenen met het letterlijk uiten van de verschillende emoties

Bij dit alles regelmatig video opname maken zodat cliënten ook op een later tijdstip dingen van zichzelf kunnen herkennen.

Randvoorwaarden

- Sportzaal met diverse materialen
- Expliciete afspraken maken over veiligheid (altijd een groepsleider aanwezig, cliënt mag geen destructief geweld richting groepsleden, therapeut of materiaal gebruiken)
- Videocamera aanwezig

Eindtermen

- Spanningen in het lichaam beter waarnemen en in de context plaatsen
- Minder snel in paniek raken als er waarnemingen zijn die de cliënt “overvallen”
- Meer bewust zijn van eigen gevoelens
- Egoversterking
- Meer zelfacceptatie (mogelijkheden en reëel zelfbeeld)
- Meer zelfwaardering

5) Moduul “Omgaan met Boosheid & Agressie”

Omschrijving probleemgebied: het uiten van boosheid op een ongecontroleerde, soms gewelddadige manier naar zichzelf of naar omgeving. Dit zowel in fysieke als verbale vorm.

Waaraan kan je dit probleem herkennen bij de cliënt:

- Zowel in mimiek als houding spanning, ongenoegen tonen, zichtbaar in verkleuring van gezicht en nek; verstrakking van de spieren in het gezicht, hand, nek, lijf
- Schelden, vloeken, schreeuwen, met deuren slaan, weglopen
- Uithalen naar een ander (schoppen, slaan)
- Voorwerpen hardhandig neerzetten of aanpakken
- Dreigen (verbaal of fysiek), intimideren
- Dingen van zichzelf of een ander vernielen
- Zichzelf beschadigen
- Stemverheffing en/of fel oogcontact
- Vervelend aanraken van anderen
- Vasthouden van verhoogd spanning in de lichaamsdelen
- Er worden grenzen overschreden in het materiaal, in de sociale interactie en lijfelijke grenzen

Rationale:

De cliënten kunnen bij het werken met kracht bang zijn voor hun eigen vernielzucht. Kracht staat voor destructieve agressie die ze oppotten. Totdat de emmer overloopt en zij exploderen. De agressieve explosie is fysiek, net als het extreem beheersen en onderdrukken fysiek is. Beweging doet een áppel op dit fysieke. Binnen de PMT mogen agressieve ongeaccepteerde gevoelens via gestructureerde bewegingsspele en opdrachten tot uiting komen, ook omdat ze binnen een andere context plaatsvinden. De emotionele en gedragsmatige problemen van cliënten kunnen zo in het medium gespiegeld worden en zijn deze problemen binnen de context van dit medium ook beïnvloedbaar en behandelbaar. De cliënten kunnen op een veilige manier agressieve emoties ervaren en handelingen uitvoeren en alternatief gedrag uitproberen en aanleren.

Aan de andere kant zijn er cliënten die zeer impulsief hun agressie uiten. Ook zij ervaren in het algemeen geen lijfelijke spanningsopbouw voorafgaande aan een impuls doorbraak. Via PMT kan de cliënt zijn eigen spanningsopbouw leren ervaren. Hij kan leren om in een spanningsvolle situatie lijfelijke spanning te herkennen en te beheersen. Er wordt via lijfelijke ervaringen geprobeerd om tot een cognitieve

herstructurering te komen. “Ik kan mijn spanningsopbouw controleren en dus mijn eigen agressieve impulsen beheersen. In plaat van de ander veroorzaakt mijn agressie of de agressie overkomt mij, ik kan er niets aan doen”.

Indicaties:

- De cliënt is niet in staat agressie op een adequate manier te kanaliseren, reguleren
- Last hebben van ongecontroleerde agressieve uitbarstingen, waarbij de cliënt niet in staat is zijn lichaam te beheersen
- In de interactie veel schreeuwen en boos worden

Contra –indicatie:

Cliënt die niet groepsgeschikt is

Doelstellingen:

- Leren herkennen van de spanningsopbouw die er voor de boosheid, agressie waarschijnlijk is. Wat zijn hierbij kenmerkende lichaamssignalen of bepaald gedrag. Dus eigenlijk inzicht krijgen in het proces van controleren, spanning opbouwen en exploderen.
- Leren zichzelf te ontladen zonder zichzelf en/of de omgeving schade toe te brengen. Bijvoorbeeld het aanleren van ontspanningsoefeningen.
- Leren waar je triggers liggen

Rol therapeuten:

Van steunend en pragmatisch structurerend naar eventueel meer inzichtgevend. Dus eigenlijk van trainend, ervarend naar een stukje bewustwording van je eigen gedachten en gevoelens t.a.v. de problematiek

Activiteiten:

- Lichaamsgewaarwording: via lichaamssensaties de toenemende agressie spanning herkennen en reguleren
- Gebruik van kracht in een beheersbare vorm en beweging, b.v. fysieke oefeningen (duw en trek vormen) waarbij het ook duidelijk is dat je niemand pijn doet
- Thematische technieken; macht/onmacht, groot en klein zijn, frustratie
- Werken met duidelijke stopregels

Randvoorwaarden:

- Sportzaal met diverse materialen
- Expliciete afspraken maken over veiligheid (altijd een groepsleider aanwezig, cliënt mag geen destructief geweld richting groepsleden, therapeut of materiaal gebruiken)
- Videocamera aanwezig

Eindtermen:

- Eigen boosheid durven toe te geven
- Boosheid wordt op een gecontroleerde wijze geuit en kan zodoende ook als positief gezien worden
- Rustiger zijn, de eigen boosheid beter kunnen plaatsen en daardoor jezelf ook beter in de hand kunnen houden
- Kunnen aangeven waar je eigen grenzen liggen en zichzelf een sneller halt toeroepen
- Leren de boosheid, spanning weer te kunnen afbouwen door alternatief gedrag

6) PMT modaliteiten

Oefenen:

Bij de oefenende strategie reikt de psychomotorische therapeut duidelijke structuren aan, waarbinnen de cliënt oefenend geconfronteerd wordt met lichaamsservarings- en bewegingssituaties. Al oefenende werkt de cliënt aan het vergroten van het waarnemings-, belevingsvermogen en het gedragsrepertoire van de cliënt.

Centraal doel van deze strategie is dat de cliënt contact krijgt en in contact blijft met zijn omgeving. Dit gebeurt binnen de door de psychomotorische therapeut aangeboden structuren en veiligheid. Zo leert de cliënt om te gaan met zijn psychiatrische of psychosociale problematiek.

Ervaren:

Deze strategie leert de cliënt experimenteren met gedragsalternatieven en effecten van deze alternatieven op zijn gedrag, in relatie tot zijn omgeving. Deze alternatieven hebben aspecten van het denken, voelen en handelen van de cliënt in zich, en zijn altijd onderling verweven. De cliënt moet zelfstructurend gedrag ontwikkelen in de therapiesituaties, om het vervolgens ook in zijn leven buiten de therapiesituatie te leren ontwikkelen en toepassen.

Veiligheid en uitdaging is een taak van de therapeut om dit te scheppen. De cliënt moet zicht gaan krijgen op zijn gedrag in relatie tot zijn omgeving, dit kan dmv activiteiten die voor de cliënt een ontdekkend karakter hebben. Dit wil zeggen dat de cliënt tijdens activiteiten verdrongen trauma's kan herbeleven, de psychomotorische therapeut is hier wel de sturende hand in.

Ontdekken:

Bij de ontdekkende strategie staan onverwerkte, verdrongen herinneringen, emoties en intrapsychische conflicten centraal die verwijzen naar traumata.

Deze conflicten kunnen het huidige leven van de cliënt zodanig negatief beïnvloeden, dat het zijn functioneren in sociale verbanden beperkt of zelfs onmogelijk maakt.

De cliënt krijgt de mogelijkheid deze conflicten te ontdekken. Naast het ontdekken, uiten en benoemen, behoren deze conflicten een geïntegreerde plaats te krijgen in het bestaan van de cliënt. Het is de taak van de psychomotorische therapeut de cliënt te helpen bij het bewustmaken van zijn afweer en/ of zijn overlevingsstrategieën in zijn sociale verbanden.

(Bewegingsagogie en Psychomotorische therapie, reader B2041, drs. Luuk W. Sietsma)

7) Casuïstiek:

Ziekte/ Aandoening

7.1) Classificerende diagnostiek:

Cliënt M:

De cliënt is van Marokkaanse afkomst en is 48 jaar oud. De cliënt heeft 2 jaar in de gevangenis gezeten en hierna TBS met verpleging. Het delict bestond uit zware mishandelingen (fysieke agressie) tegen zijn eigen kind. Cliënt komt uit een gezin van 8 kinderen, hij beschrijft zelf dat hij een goede jeugd heeft gehad, hij heeft alleen nooit op een school gezeten. Hij is getrouwd en heeft 6 kinderen, de oudste zoon heeft hij mishandeld. De cliënt heeft narcistische en zeer koppige persoonlijkheidskenmerken, hij is vooral sterk overtuigd van zijn eigen mening.

Het contact wat hij heeft met begeleiders en mede cliënten is vooral functioneel. De psychosociale problematiek is vooral zijn agressie en zijn spanningen. Hij vindt het lastig om in contact te treden met anderen en maakt hier ook geen aanstalten naar. Hij heeft spijt van wat hij gedaan heeft, maar hij vindt ook dat zijn zoon fout is geweest door niet naar hem te luisteren en hem dus min of meer dwong om hardhandig op te treden.

De taal zorgt ook voor een probleem met de buitenwereld, hij kan zich niet altijd goed uiten en hij begrijpt niet alles. Hij is vooral visueel ingesteld, en heeft dus baat bij een duidelijk voorbeeld. Wanneer hij mensen niet begrijpt ontstaan er spanningen. Hij moet leren om zijn emoties en spanningen te herkennen en te erkennen om zo weer deel te kunnen nemen in de maatschappij.

Classificerende diagnostiek dmv ICF model:

Classificerende diagnostiek, gericht op het identificeren en beschrijven van een stoornis (bv. diagnose van een verstandelijke handicap). Voor de classificerende diagnostiek bestaan internationaal erkende systemen waarin criteria aangegeven zijn voor de diagnosestelling van diverse aandoeningen en stoornissen (bv. DSM-IV-TR, ICD10, ICF).

(<http://www.vlafo.be/diagnostiek/studiedag/visietekst.rtf>)

ICF model:

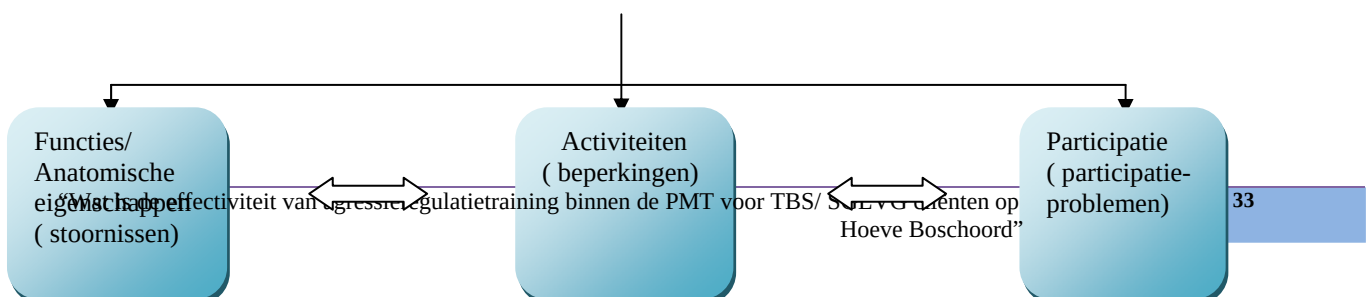
Om het functioneren van mensen te omschrijven heeft de wereldgezondheid organisatie (WHO) in 2001 de ICF (International Classification of Function) gepubliceerd. De ICF is een begrippenkader waarmee het mogelijk is het functioneren van mensen en de eventuele problemen die mensen in het functioneren ervaren te beschrijven plus de factoren die op dat functioneren van invloed zijn. De ICF biedt een standaardtaal en een schema (figuur 1) voor de beschrijving van het menselijk functioneren en wat daarmee verband houdt. Met de ICF kan iemands functioneren worden beschreven vanuit drie verschillende perspectieven;

- De mens als organisme: Functies (fysiologische en mentale eigenschappen van het menselijke organisme), anatomische eigenschappen (de positie, aanwezigheid, vorm en continuïteit van onderdelen van het menselijke lichaam) en stoornissen (afwijkingen in of verlies van functies of anatomische eigenschappen).
- Het menselijk handelen: Activiteiten (onderdelen van iemands handelen) en beperkingen (moeilijkheden die iemand heeft met het uitvoeren van activiteiten).
- Participatie (iemands deelname aan het maatschappelijke leven) en participatieproblemen (problemen die iemand heeft met het deelnemen aan maatschappelijk leven).

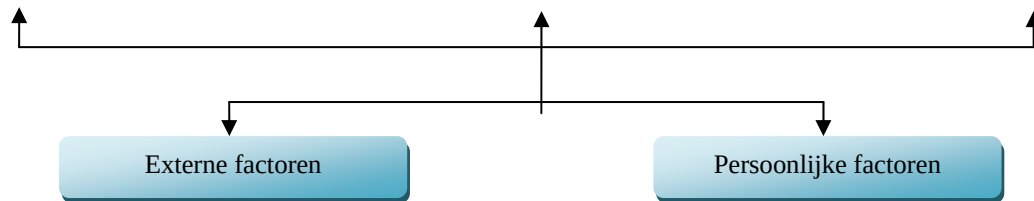
De ICF is onderkend dat het menselijk functioneren door verschillende factoren wordt beïnvloedt. Dat zijn medische factoren (de ziekte, de aandoening of het letsel dat iemand heeft), persoonlijke factoren (zoals: leeftijd, geslacht, opleiding, persoonlijkheid, bewegings- en voedingsgewoonten) en externe factoren.

(<http://www.rivm.nl/who-fic/in/ICFwebuitgave.pdf>, 2002) (Diagnostiek, Indicatie en Behandeling G041 4^e jaar BPT, Sandra Verbeeten)

ICD/ICPC



IC



Figuur 1

ICF Model cliënt M:

Ziekte/ Aandoening:

- Persoonlijkheidstoornis NAO met antisociale en narcistische trekken

Functies/ Anatomische eigenschappen (stoornissen):

- Linkeroog is een kunstoog
- Gespannen over het gehele lichaam
- Motorisch goed
- Gauw buitenadem
- Goede spierkracht, spieren op het oog goed ontwikkeld
- Zwakbegaafd
- Stotteren
- Agressief

Activiteiten (beperkingen):

- geen beperkingen in bewegen
- beperking in gezichtsveld door kunstoog
- Sportief
- Pathologisch gokken
- Gok en alcohol problemen
- Mishandelen van zijn eigen zoon
- Rigide en heeft vaste denkpatronen
- Voldoende arbeidsvaardigheden

Participatie:

- Nederlandse cultuur
- Analfabist
- Werkloos

Externe Factoren:

- Scheiding ouders
- Financiële problemen
- Mishandeld door vader
- Kinderen willen geen contact met vader
- Vrouw wil scheiden maar dit kan niet vanwege Marokkaanse cultuur

Persoonlijke factoren:

- Acculturatieprobleem
- Als kind niet naar school geweest
- Aardige bescheiden man
- Geen probleembesef/ inzicht
- Externaliserend
- Passief agressief
- Geen ziekte inzicht

- Vrouw en 2 kinderen

7.2) Hermeneutische diagnostiek

Clïënt F:

Op 6 jarige leeftijd is de cliënt uit Brazilië in slechte omstandigheden geadopteerd door een Nederlands gezin. Ook zijn 4 broers en twee zussen zijn meegekomen naar Nederland.

Het was voor het adoptiegezin een moeilijke periode om alle kinderen op te voeden.

In Nederland is ADHD bij de cliënt vastgesteld, hij ging ruw en onbesuisd met anderen om, hij gedroeg zich wild en vocht wel eens.

De cliënt geeft aan dat hij bang was, en het idee had er niet bij te horen.

Hij is overgeplaatst naar het ZMOK onderwijs, ook hier werd hij gepest en bemoeide zich met veel vechtpartijen. De cliënt heeft moeilijkheden met lichamelijk contact, en laat mensen niet dichtbij komen. Thuis werd hij op een gegeven moment onhandelbaar en hij werd dreigend naar het gezin toe.

Hij heeft zijn twee jongste zusjes misbruikt en er is twijfel of hij ooit ook zelf misbruikt is.

Hierna volgden verschillende opnames in verschillende instellingen.

De cliënt is erg gevoelig voor autoriteiten, als hij het gevoel krijgt geen respect te krijgen van de ander dan gaat hij de strijd aan.

Hij heeft verschillende delicten gepleegd die voornamelijk te maken hadden met geweld en diefstal.

Uit psychologisch onderzoek blijkt dat hij zwakbegaafde, identiteitsarme jongeman is, bij wie er sprake is van een ernstige persoonlijkheidsstoornis (zowel borderline als de afhankelijke persoonlijkheidsstoornis). Hij heeft ernstige hechtingsproblematiek.

Je merkt aan hem dat hij gauw mee gaat met emoties van de omgeving, hij doet zich voor als een stoere jongen maar eigenlijk heeft hij een laag zelfbeeld en vraagt hij veel om bevestiging.

Hermeneutische diagnostiek:

Vanuit de hermeneutische invalshoek probeert de diagnosticus zicht te krijgen op de aard van de verstoring van de interactie, de dialoog van de deelnemer met zijn omgeving. Die omgeving kan zowel sociaal (medemensen) als materieel (dingen) van aard zijn. De wijze waarop de deelnemer en de omgeving met elkaar omgaan is niet meer adequaat. Vanuit deze invalshoek ziet men in een probleemsituatie niet alleen de deelnemer. De diagnosticus probeert het mislukte interactiepatroon van de deelnemer te begrijpen vanuit de wijze waarop de deelnemer zich verhoudt tot de hem omringende wereld als ook omgekeerd; wat betekent dit mislukken voor de wijze waarop de deelnemer zijn omgeving en zichzelf begrijpt? De diagnosticus probeert de deelnemer te begrijpen in zijn verstoorde dialoog. De hermeneutische invalshoek speelt een belangrijke rol in de diagnostiek, vooral daar waar er duidelijkheid dient te ontstaan over het gedrag t.o.v. het probleemgedrag van de deelnemer. Vanuit de hermeneutische invalshoek worden het mislukken, de klacht van de deelnemer bezien in de context van de deelnemer. In feite vallen de diagnostische fase en de behandelphase (voor een deel) samen. (Diagnostiek, Indicatie en Behandeling G041 4^e jaar BPT, Sandra Verbeeten)

Hermeneutische diagnostiek dmv Diathese stressmodel

Kort samengevat wordt als leidraad voor de behandelpanning van deze doelgroep uitgegaan van de profielschets, een schema dat gebaseerd is op het diathese-stressmodel en waarin kenmerken van de patiënt worden weergegeven. De profielschets bevat vier hoofdcategorieën: ziekte (prodromen, symptomen), spanningsbronnen (interne en externe spanningsbronnen), bescherming (beschermende vaardigheden, beschermende omgevingsfactoren, beschermende activiteiten), en rolgedrag (ontbrekende gewenste vaardigheden, storend en/of ongewenst gedrag).

Hermeneutische diagnostiek dmv Sociaal Competentie model

Het Sociaal Competentie Model is gericht op het vergroten en/of verstevigen van de (sociale) competenties van de cliënten. Er wordt hiermee bedoeld dat de cliënten vormen van gedrag aanleren waarmee zij zich in hun dagelijks functioneren zo goed mogelijk kunnen handhaven en zich verder kunnen ontwikkelen. Het is gericht op het uitbreiden van het vaardigheidsrepertoire. De nadruk wordt

hierbij gelegd op het leren.

Het sociaal competentie model gaat er tevens van uit dat het leren van nieuw gedrag de grootste kans van slagen heeft wanneer zo dicht mogelijk wordt aangesloten bij het gedrag wat de cliënt al kent en waarmee hij succes gehad heeft in zijn dagelijks leven. Wanneer cliënten in staat zijn in sociale situaties het passende gedrag te vertonen noemen we de cliënt competent of vaardig.

Cliënt C:

De cliënt is 39 jaar en verblijft nu een jaar op Hoeve Boschoord. Hij heeft al wel een veel langer instellingsverleden. De cliënt heeft TBS gekregen vanwege meerdere malen brandstichting, vernieling en mishandeling van personen.

Zijn psychosociale problematiek bestaat vooral uit agressieproblematiek, het moeilijk accepteren van hulp, en het uiten van zijn gevoelens op een verkeerde manier. De cliënt vindt het lastig om zijn ergernissen bespreekbaar te maken.

De cliënt praat gemakkelijk, maar blijkt dat hij bij navraag regelmatig niet juist interpreteert. Hij kan moeilijk zijn eigen grens bewaken. De cliënt is een imponerende man om te zien, maar hier achter schuilt een vriendelijke, aardige man, totdat hij gecorrigeerd wordt. Hij wil niet kwaad worden, maar dit overkomt hem wel.

Hij is zijn hele leven vaak gepest, en daardoor probeert hij nu op een verkeerde manier vrienden te krijgen.

De cliënt volgt verschillende therapieën en er is vooruitgang te zien. Lichamelijk is de cliënt in slechte conditie, hij kampt met overgewicht en dit levert verschillende klachten bij hem op.

Sociaal competentie model (verkorte versie):

Observatiedoelen

Psychomotorische therapie/ Bewegingsagogie; I, IV, VII, VIII, IX, X, XII, XIV

D. Intelligentie/ cognitie

De cliënt weet in spel/ activiteiten wat hij wel en niet wil/ kan doen. Hij weet zijn lichamelijke grenzen aan te geven, herkend lichaamssignalen (angst/ vermoeidheid) bij zichzelf om vervolgens bijvoorbeeld uit de activiteit te stappen.

Hij neemt initiatief in het bedenken van regels en kan kleine problemen die zich voor doen oplossen. Hij kan anderen motiveren of stimuleren om mee te doen, dit doet hij met de nodige humor.

Hij bedenkt vaak van te voren al wat er mis zou kunnen gaan in een activiteit, en hierdoor haakt hij soms te vaak af.

E. Psychopathologie/ probleemgedrag

Agressieproblematiek.

F. Sociaal emotionele ontwikkeling

De cliënt maakt gemakkelijk contact met de ander, doet dit op een spontane manier. Hij lijkt mensen om hem heen te willen hebben die een positieve kijk hebben. In contact met therapeuten is hij open, hij blijft kletsen over allerlei zaken die hem bezig houden.

Hij past zich snel aan de ander aan en vindt snel iets goed. De cliënt uit zich vaak op kinderlijk niveau.

I Rekening houden met de ander

Hij kan rekening houden met de ander en heeft zorg om het materiaal. Hij komt voor zichzelf op maar houdt hierbij wel het kunnen van de ander in de gaten. Hij is vlot en open in omgang. Conflicten gaat hij niet zomaar uit de weg, maar hij wil dan wel zijn gelijk halen.

II sociale contacten en vriendschappen

Zijn familie is erg belangrijk voor hem. Hij heeft hier alles voor over, één negatief woord over zijn familie en dan weet hij geen controle te behouden. Contact met groepsgenoten is prima, hij lijkt graag positieve mensen om zich heen te hebben. Contact is wel inwisselbaar

IV Verantwoordelijkheid nemen voor het eigen gedrag (probleem/ delict gedrag)

Hij kijkt positief tegen zijn behandeling aan, hij wil graag leren om te gaan met zijn agressieproblematiek. Hij neemt geen verantwoordelijkheid voor zijn gedrag, het overkomt hem, na de tijd kan hij er wel op terugkijken en kijken waar het anders had gekund. Hij handelt op een kinderlijke manier(krijg mijn zin niet en dan word ik boos).

VIII Autoriteit en instanties

Hij laat zich moeilijk sturen in een activiteit, hij gaat soms zijn eigen weg. Hij wil graag zelf de controle houden en dingen naar zijn eigen hand zetten.

XII Autonomie

Hij doet het goed in de groep, neemt zijn verantwoordelijkheid tegenover wat er gedaan moet worden. Hij wil veel ondernemen en werkt ook mee aan verschillende activiteiten op Boschoord. Alleen zijn vindt hij moeilijk, hij heeft graag mensen om zich heen. Bevestiging zoeken doet hij bij zijn therapeuten en begeleiders.

XIII Zelfbeeld

Hij kent zijn lichamelijke grenzen. Hij ziet zichzelf niet als een agressieve man, maar hij weet wel dat er veel agressie in hem zit. Hij probeert hier, naar eigen zeggen, zo goed mogelijk mee om te gaan.

Indicatie PMT/ Bewegingsagogie

De cliënt gaf zelf aan niet veel affiniteit met bewegen te hebben, toch is hij wanneer hij er is enthousiast en actief aanwezig. In zijn verleden heeft hij al veel PMT gehad.

BA: ·Groepssport

PMT: ·Agressieregulatie training

8) Vragenlijst cliënten

Evaluatie vragenlijst voor de cliënten die de module 1 & 2 “**omgaan met boosheid en agressie**” hebben gevolgd binnen de psychomotorische therapie.

Inleiding:

Je hebt de module “omgaan met boosheid en agressie” bijna afgerond. Binnen de PMT heb je ook 2 modules gevolgd en afgerond namelijk;

1. Lichaamssignalen herkennen
2. Omgaan met boosheid en agressie

Voor je ligt nu een vragenlijst die over deze twee modules gaat. We gaan de vragenlijst samen invullen, wanneer je iets niet begrijpt dan help ik je.

Het is belangrijk dat je de vragen eerlijk beantwoord, elk antwoord dat je geeft is goed, niks is fout!! Succes met het invullen, en bedankt voor je medewerking!

Marloe Henselmans
Stagiaire PMT

Module 1; Lichaamssignalen herkennen

1. We hebben in het eerste en ook in de tweede moduul de 5 B's (5 basisemoties) gebruikt, weet jij wat de 5 B's betekenen.
0 Ja, namelijk.....
0 Ik weet er een paar, namelijk.....
0 Nee, ik weet het niet meer (je krijgt de 5 B's op 5 plaatjes te zien)
2. We hebben binnen de PMT over de 5 basisemoties gepraat en we zijn er mee aan de slag geweest. Kan jij de 5 basisemoties bij jezelf herkennen en er iets over vertellen/ uitleggen hoe ze bij jou te zien zijn?
3. Welk van de 5 B's is bij jou het vaakst aanwezig, en waarom?
4. Maak je jouw gevoelens en gedachten ook bespreekbaar? Bijvoorbeeld met medecliënten, groepsbegeleiding, PB'R of andere mensen?
5. Welke van de 5 basisemoties zijn voor jou het moeilijkst om te uiten? waarom....?
6. De basisemoties die het moeilijkst voor jou zijn, zijn die dan ook moeilijk te herkennen voor anderen om je heen, of juist niet?
7. We hebben geoefend met het kijken en luisteren naar je eigen lichaamssignalen en die van de ander, en lukt het je dan om je grens op een juiste manier aan geven.
Lukt dit nu beter voordat je begon aan dit moduul? Kan je je grens aangeven, en wanneer vind je dit moeilijk en wanneer gemakkelijk?

Module 2: Omgaan met boosheid en agressie

1. In de tweede moduul hebben we de 5 G's gebruikt, weet jij nog wat de 5 G's betekenen?
0 Ja, namelijk.....
0 Ik weet er een paar, namelijk.....
0 Nee, ik weet het niet meer (je krijgt de 5 G's te horen)
2. We hebben het tijdens de PMT veel over spanningen gehad. Herken je bij jezelf signalen die voor spanningsopbouw zorgen, en kun je deze benoemen?
3. We hebben verschillende manieren geoefend hoe spanning af kan nemen. Hoe zorg jij ervoor dat je spanning afneemt, en vind je dit een goede manier?
4. Tijdens de PMT hebben we activiteiten alleen gedaan en ook samen. Wanneer ervaar je meer spanning, samen of alleen?
5. Gebruik je de ontspanning en ademhalingsoefeningen nog wel eens? Wanneer en hoe doe je dit?
6. Het thema controle hebben of verliezen was een belangrijk thema binnen de therapie. Wat gebeurd er nu met jezelf als je geen controle meer hebt of dreigt te hebben, wat voor gedrag laat je dan zien?
7. We hebben geoefend met stop zeggen en uit een situatie te stappen wat niet goed voelt voor jou. Lukt het je om op tijd uit een situatie te stappen en stop te zeggen? Hoe doe je dit? (alleen, groepsbegeleiding, medecliënten)

Algemene vragen over de moduul:

1. Wat vond je leuk en leerzaam aan de twee modules?
2. Wat vond je minder leuk en leerzaam aan de twee modules?
3. Ben je veranderd na het volgen van de hele moduul "omgaan met boosheid en agressie"?

9) Vragenlijst Persoonlijk Begeleider

Evaluatie vragenlijst over de cliënt die de module 1 & 2 "**omgaan met boosheid en agressie**" heeft gevolgd binnen de psychomotorische therapie.

Inleiding:

Voor u ligt een evaluatie vragenlijst die gebaseerd is op de moduul “omgaan met boosheid en agressie” binnen de PMT.

U bent op dit moment de PB’r van een cliënt die deze moduul gevolgd heeft. Ik zou u graag een aantal vragen willen stellen over de cliënt en over de moduul.

Alvast bedankt voor uw medewerking!

Met vriendelijke groet,

Marloe Henselmans
Stagiaire PMT

1. In het eerste en in de tweede moduul hebben we gebruikt gemaakt van de 5 B’s (bang, blij, boos, bedroefd en beschaamd)dit zijn de 5 basisemoties, is volgens u de cliënt op de hoogte van de 5 basisemoties, en kan hij/ zij ze benoemen?
2. Welke van de 5 basisemoties zijn gemakkelijk te herkennen bij de cliënt?
3. Maakt de cliënt zijn gevoelens en gedachtes op een correcte manier bespreekbaar?En bij wie doet hij/zij dit meestal?
4. Kan de cliënt zijn grens aangeven? En op welke manier(en) doet hij/ zij dit?
5. Herkent de cliënt bij zichzelf signalen die voor spanningsopbouw zorgen?
6. Hoe zorgt de cliënt ervoor dat zijn spanning weer afneemt?
7. Kan de cliënt goed samenwerken met ander of is hij liever op zichzelf?
8. Maakt de cliënt gebruik van ontspanning en/of ademhalingsoefeningen?
9. Wat gebeurt er met de cliënt wanneer hij/zij toch zijn controle verliest?
10. Kan de cliënt uit een situatie stappen en hoe doet hij dit?
11. Hebt u het gevoel dat de module gewerkt heeft voor de cliënt, is de cliënt veranderd?
12. Wat is uw mening over het PMT moduul “omgaan met boosheid en Agressie”?
13. Wat vindt u leerzaam aan het PMT moduul?

10) Antwoorden vragenlijst, cliënt en persoonlijk begeleiders

Cliënt M:

(zie Bijlage; Hoofdstuk 7)

➤ *Kan de cliënt de 5 B’s en de 5 G’s benoemen en herkennen bij zichzelf?*

Cliënt; Ja, hij kan de 5 B’s benoemen en de 5 G’s ook. De cliënt zegt dat hij ze herkent vooral de ‘blij’ en de ‘boos’. Wanneer hij blij is praat en lacht hij veel, wanneer hij boos is dan trekt hij zich terug nadat hij zijn mening heeft verteld. De emotie ‘bedroefd’ is ook vaak aanwezig, ik voel me teleurgesteld en verdrietig omdat ik hier binnen zit.

PB’r; Ja, hij kan ze benoemen maar hij gebruikt of past ze niet toe. Hij benoemt ze niet, alleen als je er om vraagt en dan weet hij ze. De emotie ‘blij’ is goed te herkennen bij hem, maar dit kan hij ook goed spelen.

➤ *Maakt de cliënt zijn gevoelens en gedachten bespreekbaar, en met wie?*

Cliënt; Ja, met mede cliënten, groepsbegeleiding en de psycholoog.

PB'r; Nee, hij maakt ze zelden bespreekbaar. Wanneer hij dit wel doet heeft hij voorkeur voor mannelijke oudere groepsbegeleiding, dit vanwege zijn Marokkaanse cultuur.

➤ *Welke emoties zijn moeilijk om te uiten en welke zijn moeilijk zichtbaar aan de cliënt?*

Cliënt; De cliënt geeft aan ze allemaal gemakkelijk te vinden. En de emoties zijn goed zichtbaar aan zijn gezicht geeft hij aan.

PB'r; Hij uit zelden zijn emoties, wanneer hij dit wel doet is dit vaak gespeeld. Ze zijn moeilijk zichtbaar, hij loopt vaak weg op het punt dat je emoties bij hem zou kunnen zien. Het is allemaal erg oppervlakkig.

➤ *Kan de cliënt zijn grens aangeven na het volgen van de moduul?*

Cliënt; Ja, hij kan zijn grens aangeven, en hij vindt dit ook niet lastig. Hier is geen verandering in ontstaan, dit is nog hetzelfde als toen ik hier kwam.

PB'r; Ja, hij kan zijn grens aangeven maar de manier waarop hij dit doet is niet adequaat. Het wisselt vaak, en de momenten wanneer hij zijn grens aangeeft zijn vaak niet gepast. Wanneer hij zijn grens aan zou moeten geven doet hij het juist niet, en op momenten dat het niet nodig is geeft hij zijn grens aan.

➤ *Herkent de cliënt de signalen van zichzelf die voor spanningsopbouw zorgen?*

Cliënt; Ja, hij krijgt een korte ademhaling, en hij verheft zijn stem. Ook wordt hij boos.

PB'r; Ja, maar de manier waarop hij dit uit is erg wisselend, er is niet echt een touw aan vast te knopen.

➤ *Hoe zorgt de cliënt ervoor dat spanningen afnemen?*

Cliënt; Hij gaat praten met medecliënten of groepsbegeleiding, de koran lezen of op bed liggen en tv kijken.

PB'r; Hij loopt weg of gaat naar zijn kamer, hij gaat meestal nooit contact aan

➤ *Maakt de cliënt gebruik van ontspanningsoefeningen?*

Cliënt; Heel af en toe maakt hij hier gebruik van, wanneer hij veel spanningen voelt of als hij slecht kan slapen.

PB'r; Nee

➤ *Wat gebeurt er met de cliënt wanneer hij geen controle meer heeft of dreigt te hebben, wat voor gedrag laat de cliënt dan zien?*

Cliënt; Wanneer hem dit overkomt, dan gaat hij terug naar zijn kamer, hij gaat dan op bed liggen of slapen.

PB'r; Hij verliest de controle niet, op Hoeve Boschoord is dit nog nooit gebeurd.

➤ *Wat is leerzaam aan de moduul?*

Cliënt; Hij vond de moduul leuk, vooral de activiteiten waarbij je fysiek hard moest werken.

PB'r; Ik vind het een goed moduul, alleen vraag ik me af of het werkt voor deze cliënten. Het motivatieprobleem is groot, en de nadruk voor de cliënt ligt misschien meer op het moeten dan op het leren voor de cliënt. Ik vond de thema's boeiend die gingen over de controle houden of verliezen, en deze waren ook leerzaam.

➤ *Is de cliënt veranderd na het volgen van de moduul?*

Cliënt; Nee, niet zo veel, hij vindt dit ook niet nodig. "Jullie weten wie ik ben en wat ik gedaan heb" geeft hij aan. Hij heeft wel wat geleerd over boosheid geeft hij aan.

PB'r; Nee, ik denk niet dat het gewerkt heeft voor hem. Hij ging vooral heen omdat het moest.

Cliënt C:

(zie Bijlage; Hoofdstuk7)

➤ *Kan de cliënt de 5 B's en de 5 G's benoemen en herkennen bij zichzelf?*

Cliënt; Ja, hij kan benoemen en de emotie 'Blij' en 'Boos' kan hij het gemakkelijkst herkennen bij zichzelf. Wanneer hij blij is, is hij vrolijk, wanneer hij boos is, gaat hij schreeuwen, zich afzonderen en niet meer eten en drinken.

PB'r; Ja, hij kan ze benoemen, op papier zetten vind hij lastiger. 'Blij' is gemakkelijk bij hem te herkennen, dit is hij vaak en dan is hij vrolijk en enthousiast. Hij kan de emoties blij en boos goed herkennen bij zichzelf, de andere emoties vind hij lastiger.

➤ *Maakt de cliënt zijn gevoelens en gedachten bespreekbaar?*

Cliënt; Ja, hij maakt ze bespreekbaar met medecliënten en met de groepsbegeleiding.

PB'r; Hij kan het wel maar hij doet het niet altijd. Met mij bespreekt hij meer, met medecliënten is hij oppervlakkiger.

➤ *Welke emoties zijn moeilijk om te uiten en welke zijn moeilijk zichtbaar aan de cliënt?*

Cliënt; Hij vind de emotie 'Bedroefd' moeilijk, je bent een man en dan mag je niet huilen geeft hij aan. En hij is bedroefd omdat hij in de TBS zit en het allemaal zolang duurt. Hij houdt de emoties graag bij zich, praat er liever niet over.

PB'r; De emoties 'Bedroefd' en 'Beschaamd' vindt hij moeilijk om te uiten en zijn ook moeilijk zichtbaar, op deze momenten trekt hij zich vaak terug naar zijn kamer.

➤ *Kan de cliënt zijn grens aangeven na het volgen van de moduul?*

Cliënt; Hij geeft aan dat dit soms al veel beter gaat, na het volgen van dit moduul, maar ook door de moduul dat hij al gevolgd heeft op de van Mesdag kliniek.

PB'r; Nee, zijn grens aangeven vind hij moeilijk om aan te geven vooral in spanningsvolle situaties. Wanneer er een situatie is waarbij spanning laag is kan hij zijn grens aangeven, dit doet hij vooral door mopperen. (klein kind manier)

➤ *Herkent de cliënt de signalen van zichzelf die voor spanningsopbouw zorgen?*

Cliënt; Ja, die herkent hij bij zichzelf. Hij wordt dan druk, onrustig en gaat veel praten.

PB'r; Nee, niet altijd.

➤ *Hoe zorgt de cliënt ervoor dat spanningen afnemen?*

Cliënt; Hij gaat vaak naar zijn kamer, maar hij kan er ook wel over praten op een goede manier.

PB'r; Hij gaat bezig met van alles en nog wat, computeren en muziek zijn ook ontspannend voor hem. Hij kan er over praten maar ik moet hier dan wel na vragen.

➤ *Maakt de cliënt gebruik van ontspanningsoefeningen?*

Cliënt; Hij doet geen oefeningen, muziek luisteren zorgt voor hem wel voor ontspanning.

PB'r; Nee, maar ik heb hier ook weinig zicht op.

➤ *Wat gebeurt er met de cliënt wanneer hij geen controle meer heeft of dreigt te hebben, wat voor gedrag laat de cliënt dan zien?*

Cliënt; Het loopt dan uit de hand, hij wordt kwaad, boos, agressief en gaat schelden. Wanneer het dreigt geeft hij aan naar zijn kamer te gaan, en dan tot 10 te tellen.

PB'r; Hij raakt zichzelf kwijt, maar op dat moment is hij voor ons nog wel berekenbaar. Vooral wanneer we het signaleringsplan er bij houdt. Hij kan zichzelf er weer uithalen en achteraf is hij dan een heel gevoelig en klein kind.

➤ *Wat is leerzaam aan de moduul?*

Cliënt; Hij vond het leerzaam om met anderen samen te werken en om te leren om je grens aan te geven.

PB'r; Het vake doen en het herhalen heeft zin voor hem. Het in gesprek gaan over zijn verleden en dingen terughalen dmv. activiteiten vind ik een mooi element en aansluiten, positief dat hij dit zelf moet doen.

➤ *Is de cliënt veranderd na het volgen van de moduul?*

Cliënt; Hij vindt PMT niet bij hem passen, hij weet niet goed wat hij er aan heeft en hij houdt niet van sport. Ik heb wel een andere kijk naar dingen gekregen, maar ik wil mijn boosheid nog beter onder controle krijgen.

PB'r; De moduul heeft meer tijd nodig en dit moet het ook krijgen, dan ben ik van mening dat het pas gaat werken. Voor mijn cliënt heb ik er een goed gevoel bij, en maakt het wat bij hem los.

Cliënt F:

(zie Bijlage; Hoofdstuk 7)

➤ *Kan de cliënt de 5 B's en de 5 G's benoemen en herkennen bij zichzelf?*

Cliënt; Ja, hij kan ze benoemen en ook herkennen bij zichzelf. Goed zichtbaar geeft hij de emoties 'Boos' en 'Bedroefd'. Wanneer hij boos is dan gaat hij druk praten, afwezig gedrag, korte ademhaling, en hij voelt zich ook heel beschaamd als hij boos is. Wanneer hij bedroefd is, is hij chagrijnig, stilletjes, gaat hij naar muziek luisteren en praten met mensen om zich heen.

PB'r; Ja, hij is op de hoogte en kan ze benoemen. 'Blij en 'Boos' zijn gemakkelijk bij hem te herkennen.

➤ *Maakt de cliënt zijn gevoelens en gedachten bespreekbaar?*

Cliënt; Ja, met mate. Het is wisselend, het zijn ook personen die hij zelf uitkiest. Hij bespreekt dingen met medecliënten (dit is wel op een ander niveau), en met groepsbegeleiding want die begrijpen meer.

PB'r; Ja, maar niet al te vaak. Als hij het doet gaat hij vaak naar mij toe.

➤ *Welke emoties zijn moeilijk om te uiten en welke zijn moeilijk zichtbaar aan de cliënt?*

Cliënt; Voor hem zijn 'Bang' en 'Boos' het moeilijkst. Bang, omdat je toch een man bent, en boos, het is lastig om hierover te praten.

PB'r; Boos vindt hij moeilijk om te uiten, maar is wel goed zichtbaar net zoals bang en beschaamd.

➤ *Kan de cliënt zijn grens aangeven na het volgen van de moduul?*

Cliënt; Ja, het lukt hem om zijn grens aan te geven op een juiste manier. Dit lukt beter omdat hij meer inzicht heeft gekregen in zichzelf en hulp geaccepteerd heeft. Hij vindt het moeilijk de manier waarop je je grens aan moet geven, en dan vooral zijn houding en toon daarbij. Gemakkelijk vind hij het als hij het gevoel heeft boven die andere te staan, dan is de situatie iets minder complex.

PB'r; Ja, hij stapt dan uit de situatie en hij kan hier dan later weer op terug komen.

➤ *Herkent de cliënt de signalen van zichzelf die voor spanningsopbouw zorgen?*

Cliënt; Ja, de signalen zijn stress, frustratie, controle verliezen en dingen niet kunnen begrijpen.

PB'r; Ja, vooral wanneer hij niet gelijk krijgt en de controle verliest ontstaan er spanningen.

➤ *Hoe zorgt de cliënt ervoor dat spanningen afnemen?*

Cliënt; Hij doet dit door sporten, muziek luisteren, lekker met zichzelf bezig zijn. Dit werkt goed voor hem want dan komt hij tot rust.

PB'r; Gaat hij naar zijn kamer, belt familie op, gaat muziek luisteren of lopen op de binnenplaats.

➤ *Maakt de cliënt gebruik van ontspanningsoefeningen?*

Cliënt; Voor hem heeft dit geen toevoeging geeft hij aan, hij kan zijn eigen ontspanning vinden. Wel staat hij meer stil bij zijn eigen ademhaling en lichaamssignalen.

PB'r; Nee.

➤ *Wat gebeurt er met de cliënt wanneer hij geen controle meer heeft of dreigt te hebben, wat voor gedrag laat de cliënt dan zien?*

Cliënt; Hij wordt dan onrustig. Zijn gedrag is eigenlijk nieuwsgierig, hij wil het dan wel goed doen en het voor elkaar krijgen. Hij is een doorzetter en erg alert geeft hij aan. En hij wil zo gauw mogelijk de controle weer terug krijgen.

PB'r; Dan krijgt hij hele felle en kwade blik in zijn ogen, hij blaast zich op en straalt uit van hier ben ik! Hij is imponerend maar vliegt je niet gelijk aan. Verbaal is hij erg druk.

➤ *Wat is leerzaam aan de moduul?*

Cliënt; Hij vond de informatie erg leerzaam over het ontstaan van je gevoelens en zijn eigen gedrag. Hij vond de moduul duidelijk en confronterend, je wordt af en toe goed met de neus op de feiten gedrukt. En hij vond het boeiend om lichaamssignalen te leren herkennen, en wat er met je gebeurt als je de controle verliest.

PB'r; Ik vond de ontspanningsmodule erg leerzaam en het herkennen van lichaamssignalen.

➤ *Is de cliënt veranderd na het volgen van de moduul?*

Cliënt; Ja, hij voelt zich goed. Hij heeft meer zin in het leven. En hij heeft wel het gevoel dat hij begrepen wordt. Hij is rustiger geworden en hij kan beter over dingen praten als vroeger.

PB'r; weet ik niet, hij speelt het allemaal zo goed. Hij gaat heen omdat het moet.

