

in opdracht van: GGZ Friesland

'OMGAAN MET SPANNING' VOOR INDIVIDUELE PATIENTEN

Wat zijn de effecten van het moduul 'omgaan met spanning' bij individuele forensisch psychiatrische patiënten?



Naam: Annerieke Doornbos | **Begeleider:** Esther van der Steeg | **Beoordelaar:** Lia van der Maas
School: Hogeschool Windesheim | **Opleiding:** Psychomotorische Therapie | **Datum:** 09-05-2012

Voorwoord

Deze scriptie is geschreven ter afsluiting van de opleiding Psychomotorische Therapie, dat een onderdeel is van de *School of Human Movements and Sports* aan de Christelijke Hogeschool Windesheim te Zwolle.

Mijn eindstage heb ik gelopen bij GGZ Friesland op de locatie forensische psychiatrische afdeling (FPA) te Franeker en locatie polikliniek forensische psychiatrie (Poli FP) te Leeuwarden. In de periode augustus 2011 tot maart 2012 was ik hier werkzaam als stagiaire. Tijdens de eerste week van mijn stage vroeg mijn stagebegeleider, Norbert Nijland, of ik zelf al een onderwerp voor mijn scriptie in gedachten had. Ik gaf aan dat ik iets met lichaamssignalen wilde doen. Norbert kwam toen met het voorstel om de groepsmodule 'omgaan met spanning' te herschrijven voor individuele patiënten. Er is namelijk vraag naar meer individuele modules met betrekking tot omgaan met spanning binnen de forensische psychiatrie van GGZ Friesland. Hier heb ik dus mijn onderzoek naar gedaan.

Bij deze wil ik de mensen bedanken die het mogelijk hebben gemaakt dat ik mijn scriptie kon uitvoeren. Tevens wil ik ook een aantal mensen bedanken die mij hiervoor gestimuleerd en gesteund hebben.

In het bijzonder bedank ik mijn stagebegeleider, Norbert Nijland, zonder hem was ik niet zo enthousiast geraakt voor de doelgroep, het vak en het onderzoek. Daarnaast wil ik hem bedanken voor zijn feedback tijdens de module maar ook tijdens het schrijven van mijn scriptie.

Evengoed wil ik de psycholoog, Colette Bosklopper en psycholoog in opleiding, Andrée Kleistra, bedanken voor het scoren van de ingevulde vragenlijsten. Hierbij wil ik ook alle collega's van de FPA te Franeker en de Poli FP te Leeuwarden bedanken voor de ruimte die ze hebben gegeven voor het aanbieden van het moduul.

Esther van der Steeg wil ik bedanken voor de fijne begeleiding tijdens het schrijven van mijn scriptie. En voor het verstrekken van nuttige feedback.

Ik wil mijn ouders en broers graag bedanken voor hun steun en stimulans. Daarnaast ook mijn vriendinnen die me afleiding boden en me steunden.

Als laatste wil ik natuurlijk alle patiënten bedanken die deze module hebben gevolgd. Zonder hen was het niet gelukt om dit moduul te onderzoeken. Ik wil ze mede bedanken voor hun enthousiasme, inspiratie en feedback.

Annerieke Doornbos
02-05-2012

Forensische patiënten hebben vaak moeite om met spanningen om te gaan (Tervoort, 2009). Vandaar dat de module 'omgaan met spanning' is ontwikkeld, voor groepstherapieën door Doornebosch & Nijland (2009) en voor individuele therapieën door Doornbos & Nijland (2011). Er is namelijk veel vraag naar individueel aanbod op de FPA.

Het doel van het onderzoek is om de effecten van de module bij de patiënten te toetsen. Hierbij worden handvaten aangereikt om beter met spanning om te gaan.

Deze scriptie beschrijft een theoretisch kader over o.a. spanning, coping en agressief gedrag. Daarnaast worden vier deelnemende patiënten beschreven, zij hebben vragenlijsten voor (T0) en na de module (T1) ingevuld. De resultaten zijn zeer wisselend. In het hoofdstuk discussie wordt er kritisch gekeken naar de methode en de resultaten. Daarnaast staan daar ook de interpretaties van de resultaten van de vragenlijsten beschreven. In de conclusie komen er over het algemeen positieve effecten naar voren. Al is er geen bewijs dat alle effecten te danken zijn aan de module. Daarnaast zijn ook de verschillen tussen individuele en groepstherapie beschreven en welke aanpassingen zijn gedaan om de module te herschrijven. De vragen die bleven staan over de module en het onderzoek zijn als aanbevelingen genoteerd.

Inhoudsopgave

Voorwoord		02
Samenvatting		03
Hoofdstuk 1:	Inleiding	05
1.1	Aanleiding	05
1.2	Probleemstelling	05
1.3	Doelstelling	05
1.4	Theoretisch kader	05
1.4.1	Forensische psychiatrie	05
1.4.2	Spanning en stress	06
1.4.3	Agressief gedrag	06
1.4.4	Coping	07
1.4.5	Groepsbehandeling en individuele behandeling	07
1.5	Vraagstelling	08
1.5.1	Hoofdvraag	08
1.5.2	Deelvragen	08
Hoofdstuk 2:	Methode	09
2.1	Uitleg methode	09
2.1.1	UCL	09
2.1.2	SCL-90-R	09
2.1.3	BDHI-D	10
2.2	Interventies	10
2.2.1	De module	10
2.2.2	Indicaties	10
2.2.3	Contra-indicaties	10
2.2.4	De behandeling	10
2.3	Referentiekader	11
Hoofdstuk 3:	Resultaten	12
3.1	Patiënten informatie	12
3.1.1	Patiënt A	12
3.1.2	Patiënt B	12
3.1.3	Patiënt C	13
3.1.4	Patiënt D	14
3.2	Vragenlijsten	14
3.2.1	UCL	14
3.2.2	SCL-90-R	15
3.2.3	BDHI-D	17
Hoofdstuk 4:	Discussie	18
4.1	Methoden	18
4.2	Resultaten	18
4.2.1	UCL	18
4.2.2	SCL-90-R	19
4.2.3	BDHI-D	19
Hoofdstuk 5:	Conclusie	21
5.1	Beantwoording deelvraag 1	21
5.2	Beantwoording deelvraag 2	21
5.3	Beantwoording hoofdvraag	21
Hoofdstuk 6:	Aanbeveling	23
6.1	Aanbeveling voor verder onderzoek	23
6.2	Aanbeveling voor de module	23
Literatuurlijst		24

Hoofdstuk 1: Inleiding

1.1 Aanleiding

Uit onderzoek is gebleken dat in de forensische psychiatrie, patiënten vaak moeite hebben om met spanningen om te gaan (Tervoort, 2009). Er is, twee jaar geleden, een module 'omgaan met spanning' (Doornebosch & Nijland, 2009) voor groepstherapieën ontwikkeld voor patiënten binnen de forensische psychiatrie. Deze module heeft positieve effecten opgeleverd. De patiënten van de groepstherapie ervoeren minder spanning omdat ze meer copingstrategieën¹ hebben aangeleerd om met deze spanning om te gaan. Omdat er momenteel veel vraag is naar individuele therapieën omdat de individuele behandelvragen te ver uit elkaar liggen, is er gekozen om deze module te herschrijven voor individuele therapie. Deze vorm van therapie wordt grotendeels aangeboden op de FPA en op de poli FP.

Dit onderzoek beschrijft eventuele effecten van de module 'omgaan met spanning' voor individuele patiënten. Uit eerder onderzoek naar de effectiviteit van PMT werden er gunstige behandelresultaten getoond op het gebied van agressieregulatie (Smeijsters, 2007). In de forensische psychiatrie is de huidige tendens dat er meer evidentie voor PMT moet komen. Vanwege de bezuinigingen in de gezondheidszorg is de ontwikkeling naar het evidence-based werken in de vaktherapie van belang voor het voortbestaan van deze beroepsgroep.

1.2 Probleemstelling

Er is op de FPA te Franeker een module 'omgaan met spanning' ontwikkeld voor groepen patiënten die positieve effecten laat zien met betrekking tot spanningsreductie. Deze module is niet ontwikkeld voor individuele patiënten, maar daar is wel vraag naar van collega behandelaren op de FPA.

1.3 Doelstelling

Over het algemeen is het doel van de impulsregulatie- en agressiehanteringstherapieën om mensen met problemen op dit gebied meer adequate copingstrategieën aan te leren, wanneer zij geconfronteerd worden met woede en agressie (Langstraat, 2010).

Het onderzoek is opgezet om te toetsen of individuele patiënten na een reeks psychomotorische interventies volgens de herschreven module, gebaseerd op de module van Doornebosch en Nijland (2009), beter om kunnen gaan met spanning in hun dagelijks leven. Het onderzoek levert zo een bijdrage aan de ontwikkeling naar evidence-based werken binnen de forensische psychiatrie en binnen de beroepsgroep PMT.

De mogelijkheid om hier een specifieke controlegroep aan toe te voegen is er niet omdat alle patiënten die worden aangemeld omtrent omgaan met spanningen/agressie, deze module gaan volgen. En zijn een aantal patiënten die een andere module volgen waar ook het thema 'spanning' aan bod komt, alleen dat is in groepsverband. Tevens is er een ethisch bezwaar om een controlegroep te starten, omdat mensen niet uit kunnen worden gesloten van therapie. Er was niet voldoende tijd om een wachtlijstgroep te starten en deze als controlegroep te gebruiken.

Het onderzoek is een pre-experimenteel onderzoek.

1.4 Theoretisch kader

1.4.1 Forensische psychiatrie

De forensische psychiatrie bevindt zich op het raakvlak van de GGZ met justitie. De forensische psychiatrie biedt gedwongen verpleging en behandeling aan personen die van de rechter een vrijheidsbeperkende maatregel gekregen hebben. Het doel van de maatregel is behandeling van de patiënt en bescherming van de maatschappij. De terbeschikkingstelling (tbs) is de meest bekende vorm.

Forensische psychiatrie heeft drie soorten doelgroepen. In de eerste plaats biedt forensische

¹ Copingstrategieën zijn manieren om met spanning om te gaan.

zorg hulp aan gedetineerden met psychische stoornissen in penitentiaire inrichtingen, huizen van bewaring en gevangenissen. In de tweede plaats gaat het om de zorg voor personen die onder invloed van hun psychische stoornis een delict hebben gepleegd en daarvoor veroordeeld zijn. Ten derde gaat het om hulp aan jongeren met psychische stoornissen in justitiële jeugdbehandelingsinrichtingen (Rigter, Van Mierlo & Meijer, 2010).

Terbeschikkingstelling (tbs) is een strafrechtelijke maatregel. De rechter legt deze regel op wanneer een persoon een ernstig misdrijf heeft gepleegd en (waar minimaal 4 jaar gevangenisstraf voor staat), en waarbij na onderzoek blijkt dat hij een psychische stoornis of een ontwikkelingsstoornis heeft. Iemand is in zo'n geval geheel of gedeeltelijk ontoerekeningsvatbaar, de persoon in kwestie is dan niet of niet geheel verantwoordelijk voor zijn of haar daden op het moment van het plegen van het delict. De rechter kan een straf opleggen voor het deel waar de persoon wel voor wordt aangerekend. Nadat ze tweederde van hun straf hebben uitgezeten in de gevangenis worden ze overgeplaatst naar een forensisch psychiatrisch centrum, voorheen tbs-instelling, voor behandeling. De kans om terug te keren in de maatschappij wordt hierdoor vergroot. Ze mogen alleen terug in de maatschappij komen wanneer ze geen gevaar meer zijn voor de samenleving (Rigter, Mierlo van, Meijer, 2010).

1.4.2 *Spanning en stress*

Het verschil tussen spanning en stress is dat het begrip spanning vaak wordt gebruikt om een tijdelijke verstoring aan te geven. Een disbalans die kan ontstaan door angst, onzekerheid, onbekendheid of hoge eisen die de omgeving of men zichzelf stelt. Vaak verdwijnt deze spanning nadat de gebeurtenis heeft plaatsgevonden, blijft er spanning sterk of langdurig aanwezig dan is er sprake van stress. Stress is een meer permanente verstoring van een evenwicht (Olk, 1998).

Lovallo (1997) geeft aan dat stress kan worden gedefinieerd als een gevoel van onontkoombare hulpeloosheid in een situatie waarin het welzijn in gevaar is. De stressor, deze veroorzaakt de stress, vormt hierbij een bedreiging van de integriteit of gezondheid van het lichaam. Renshof (2009) beschrijft het twee-fasen-model van stressverwerking.

In de eerste fase vindt de *primary appraisal* plaats. Hierin wordt een inschatting gemaakt van de impact die een situatie kan hebben op het persoonlijk welzijn. De grootte van de impact wordt door meerdere factoren bepaald waaronder; door de aard en intensiteit van de stressor en door de cognitieve interpretatie en copingvaardigheden die het individu bezit om met de stressor om te gaan.

De *secondary appraisal* vindt in de tweede fase plaats. Hierin wordt nagegaan of de persoon de juiste copingvaardigheden beschikt om met de stressvolle situatie om te gaan. Wanneer de persoon het gevoel heeft dat hij genoeg vaardigheden beschikt om met de stresssituatie om te gaan en het probleem oplost, wordt het lichamelijk evenwicht in de stresssituatie hersteld. Wanneer de persoon het gevoel heeft dat hij deze vaardigheden niet of onvoldoende beschikt, zal een gevoel van hulpeloosheid worden ervaren. De persoon zal dan ook niet in staat zijn om het lichamelijk evenwicht te herstellen en hierdoor ervaart hij stress.

Uit onderzoek is gebleken dat een stressvolle stimulus zich uit in psychofysiologische reacties (Jansen, 1999). Wanneer een stressvolle situatie zich voordoet, wordt als één van de eerste acties van het lichaam het orthosympatische deel van het autonome zenuwstelsel geactiveerd. Tijdens deze 'hyperarousal' nemen de hartslag en bloeddruk toe, versnelt de ademhaling, verhoogt de spierspanning en is er een inhibitie van de spijsvertering en endocriene output. (Gray, 2002; Jansen, 1999; Lovallo, 1997; Porges, 2003; Schore, 2001). Door deze 'hyperarousal' bereidt het lichaam zich voor op een "fight or flight" reactie. Wanneer deze reactie omslaat naar een "hypoarousal" leidt dit tot bevriezing ("freeze") of verlamming. (Gray, 2002; Porges, 2003).

1.4.3 *Agressief gedrag*

Forensisch psychiatrische patiënten hebben vaak te weinig copingvaardigheden om met hun spanningen om te gaan. Wanneer in hun lichaam een 'hyperarousal' ontstaat en deze zich uit in een 'fight'-reactie, leidt dit tot agressief gedrag. Ons gedrag wordt gestuurd door ons brein, hierin zijn neurotransmitters actief. Dit zijn stoffen die betrekking hebben op de overdracht van informatie tussen de hersencellen. Serotine, dopamine en noradrenaline zijn de

neurotransmitters die een belangrijke rol spelen bij het reguleren van gedrag en dus ook bij het ontstaan van agressief gedrag. Hoe minder serotine aanwezig is, hoe agressiever het gedrag. Voor dopamine en noradrenaline is het juist zo dat de niveaus niet te hoog moeten zijn. Wanneer deze neurotransmitters niet in de optimale verhouding aanwezig zijn, dit kan ontstaan door slechte voeding, dan kan de informatieoverdracht gaan haperen. Hieruit kunnen misinterpretaties, inschattingfouten en foutieve beslissingen uit voortkomen, met alle gevolgen van dien.

Naast de neurotransmitters spelen ook de hormonen een rol in de huishouding van agressief gedrag. Hormonen reguleren allerlei lichamelijke functies. Testosteron is het meest verdacht wanneer het gaat om een agressie opwekkend hormoon. Ook de stresshormonen adrenaline, cortisol en corticosteron zijn betrokken bij agressief gedrag. Een plotselinge toename van deze hormonen leidt tot een snelle bevordering van agressief gedrag. Die agressie wakkert de aanmaak van de stresshormonen aan, zo ontstaat een vicieuze cirkel die moeilijk te onderbreken is. De drempel om te ontvluchten wordt hoger en daardoor wordt het effect versterkt en worden angstgevoelens onderdrukt (Van Hintum, 2005).

1.4.4 Copingstrategieën

Zoals eerder beschreven, worden er in de module copingstrategieën aangeleerd. Hoe iemand op aanpassingen reageert, zowel gedragsmatig, cognitief als emotioneel, wordt coping genoemd. Dit proces bestaat uit veel verschillende onderdelen en verandert voortdurend, afhankelijk van nieuwe informatie en gevolgen van vroegere gedragingen.

(Scheurs, Willige, Brosschot, Tellegen & Graus, 1993, p. 8).

De module kent, naast het thema lichaamssignalen, vier copingstijlen waar mee geoefend wordt.

- Afleidende coping;
- Hulp zoeken;
- Vermijden coping;
- Actieve coping.

Deze copingstijlen zijn afgeleid van de Utrechtse Coping Lijst (Scheurs, Van de Willige, Brosschot, Tellegen & Graus, 1993). Deze lijst beschrijft zeven schalen; actief aanpakken, palliatieve reactie, vermijden, sociale steun zoeken, passief reactiepatroon, expressie van emoties en geruststellende gedachten. Op basis van verschillende onderzoeken, kan coping worden onderverdeeld in vier dimensies van coping (Renshof, 2009).

Omdat andere modules die te maken hebben met 'spanning' op de FPA en de Poli FP merendeel door sociotherapeuten, psychologen of andere behandelaren wordt uitgevoerd, was er behoefte aan een PMT-module voor agressievermindering.

1.4.5 Groepsbehandeling en individuele behandeling

Er is veel literatuur over groepstherapieën te vinden. Minder over individuele therapie, maar hierover kunnen de nadelen van groepstherapie in mee worden genomen.

Bij individuele therapie is er meer tijd voor het individu. Er kan gericht op problemen van de patiënt op dat moment in worden gegaan. Daarnaast is het makkelijker om één patiënt te motiveren in plaats van een groep (Van Wissen, 2005:11). Bij individuele patiënten kan er gecheckt worden of de verstrekte informatie blijft hangen (Elshot & van der Straaten, 2005:7-8). Het is makkelijker om een individuele behandeling in te plannen qua tijd en ruimte dan een groepssessie (Van Wissen, 2005:11). Er hoeft niet gewacht te worden tot er een plaats in de groep vrijkomt.

In een groep vinden patiënten het fijn dat ze worden herkend in hun verhaal, dat ze niet de enige zijn die met problemen rondlopen. Tijdens een groepsbehandeling vinden automatisch veel interacties tussen groepsleden plaats (Finlay, 1993; Spilak, 1999; Trento et al., 2001; Walker & Rodgers, 2004). Daarnaast kunnen ze hun ervaringen uitwisselen met andere patiënten (Walker & Rodgers, 2004; Trento et al., 2001). Patiënten ontwikkelen zo hun sociale contacten in de groep (McWha, Pachana & Alpass, 2003; Van Wissen, 2005; Rentema, 1996). Het inzicht in eigen functioneren wordt vergroot in de groep. (Van Wissen, 2005:11). Bovendien is

groepsbehandeling goedkoper dan individuele behandeling (Duncombe & Howe, 1995; Carr et al., 2005; Spilak, 1999; Elshot & van der Straaten, 2005).

1.5 Vraagstelling

1.5.1 Hoofdvraag:

Kunnen individuele patiënten, die moeite hebben met het omgaan van spanning na het volgen van de PMT-module 'omgaan met spanning', adequater omgaan met spanning waardoor ze minder agressief zijn, minder conflicten hebben en minder stress ervaren?

1.5.2 Deelvragen:

Deelvraag 1:

Wat zijn de verschillen tussen groeps- en individuele therapieën volgens de literatuur en welke factoren spelen een rol?

Deelvraag 2:

Welke aanpassingen zijn nodig om de groepsmodule te herschrijven naar een individuele module?

Hoofdstuk 2: Methode

2.1 Uitleg methode

De insteek was om 10 patiënten te werven voor de module ‘omgaan met spanning’. Op de FPA is er na contact met teammanager en hoofdbehandelaren contact gelegd met de aangemelde patiënten. Zij waren bereid mee te werken aan de module.

Op de Poli FP is het anders gelopen, hier werden Nijland & Doornbos uitgenodigd om twee intakes bij te wonen met de patiënt en de hoofdbehandelaar. Tijdens deze intakes kwam naar voren dat beide patiënten belang zouden kunnen hebben bij deze module. Ook zij waren bereid om mee te werken aan de module.

Omdat de module geschreven is voor groepstherapie en de vraag naar individuele therapie is de module aangepast op basis van literatuur met betrekking tot de verschillen tussen groeps- en individuele therapieën. Daarnaast zijn de groepsactiviteiten getransformeerd naar individuele activiteiten, dit kunnen dus hele andere activiteiten zijn waarbij hetzelfde thema aan bod komt. Dit is geëvalueerd en geanalyseerd met experts.

Alvorens het onderzoek wordt er een ‘informed consent’ aan de patiënt aangereikt waarin algemene informatie over het onderzoek staat verstrekt. Wanneer de patiënt bereid was om mee te werken aan het onderzoek ondertekent hij het ‘informed consent’. Om de effecten van de patiënten te kunnen scoren zijn er drie vragenlijsten uitgekozen door de psycholoog en de onderzoeker. Dit zijn de UCL, SCL-90-R en de BDHI-D. Deze vragenlijsten worden voor het aanbieden van de module (T0) en na het volgen van de module (T1) afgenomen.

2.1.1 UCL

De UCL-vragenlijst meet copinggedrag, anders gezegd is dat de manier waarop iemand omgaat met problemen of stressvolle situaties (Schreurs et al., 1993). Coping wordt bij dezen begrepen als een persoonlijkheidsstijl. Er zijn een aantal coping strategieën ontwikkeld door Schreurs et al in 1988. *Actief aanpakken* is daar één van, dit houdt in dat de situatie rustig van alle kanten wordt bekeken. Er wordt doelgericht en met vertrouwen te werk gegaan om problemen op te lossen. De tweede strategie is *palliatieve reactie*, hierbij zoekt de persoon afleiding en probeert zich wat prettiger te voelen door bijvoorbeeld te gaan roken, drinken of te ontspannen. Bij *vermijden en afwachten* ligt de focus op de situatie uit de weg gaan en afwachten wat er gaat gebeuren. *Sociale steun zoeken* houdt in dat er troost, begrip en/of hulp bij anderen wordt gezocht. Wanneer iemand zich in beslag laat nemen door de situatie en veel piekert over het verleden gebruikt hij het *passief reactiepatroon*. *Expressie van emoties* is dat de ergernis er blijft en dat men spanningen afreageert. Als laatste kan men de coping strategie *geruststellende en troostende gedachten hanteren*, door zichzelf moed in te spreken en anders over een situatie na te gaan denken (Scheurs, Van de Willige, Bosschot, Tellegen & Graus, 1993).

2.1.2 SCL-90-R

De Symptom Checklist (SCL-90-R) is een veelgebruikte multidimensionale klachtenlijst, die door de patiënt zelf wordt ingevuld. De vragenlijst bestrijkt een belangrijk deel van de klachten die men bij ambulante psychiatrische patiënten kan aantreffen en is geschikt als screeningsinstrument en als meetmethode bij de evaluatie van behandelingsresultaten. In deze herziene versie zijn nieuwe normeringsgroepen opgenomen (Ettema & Arrindell, 2003). De SCL-90-R is een zelfbeoordelingsschaal die lichamelijke en psychische klachten meet voor het screenen van psychopathologie. De vragenlijst bestaat uit 90 omschrijvingen van klachten waarbij de patiënt moet aangeven in welke mate hij/zij daar de afgelopen week last van heeft gehad. De SCL-90-R kent acht schalen: 1. Agorafobie, 2. Angst, 3. Depressie, 4. Somatische klachten, 5. Insufficiëntie van denken en handelen, 6. Wantrouwen en interpersoonlijke sensitiviteit, 7. Hostiliteit, 8. Slaapproblemen. De totaalscore op de SCL-90 duidt het algehele niveau van psychisch/lichamelijk disfunctioneren aan (Psychoneuroticisme) (Ettema & Arrindell,

2003). De betrouwbaarheid en validiteit van deze vragenlijst is door meer dan duizend onderzoeken aangetoond (Smit, 2008).

2.1.3 BDHI-D

Buss Durkee Hostility Inventory-Dutch (Lange et al., 2005) meet als zelfevaluatie de mate van hostiliteit en vijandigheid. Er worden drie factoren onderscheiden namelijk; Directe Agressie, Indirecte Agressie en Sociale Wenselijkheid (Lange et al., 1995). De schaal directe agressie duidt agressie aan in de vorm van fysieke of verbale uitingen. De schaal indirecte agressie toont de ingehouden agressie en mate van psychopathologie. De schaal sociale wenselijkheid meet de neiging van de patiënt om antwoorden te geven die vergelijkbaar zijn met de gangbare normen en om antwoorden te vermijden die daarmee niet overeenkomen. Een hoge score zou een aanwijzing kunnen zijn dat er een verhoogde kans is op een vertekening van de antwoorden op de Indirecte en Directe Agressieschaal (te lage scores dus een te positief beeld van de patiënt). (Lange et al., 2005). De BDHI-D scoort qua psychometrische kwaliteiten voldoende tot goed (Evers, Van Vliet-Mulder & Groot, 2000).

2.2 Interventies

2.2.1 De module

De module 'omgaan met spanning' is bedoeld voor forensisch psychiatrische patiënten die moeite hebben met spanningen om te gaan. Tevens kan deze in heel de psychiatrie worden toegepast mits de patiënten de juiste indicaties hebben. De module gaat over het leren herkennen van lichaamssignalen en er wordt geoefend met de 4 copingstrategieën; afleiding zoeken, vermijden en afwachten, sociale steun zoeken en actief aanpakken. Dit alles wordt geoefend om spanning eerder te leren herkennen en om te oefenen om met andere manieren om te gaan met oplopende spanning.

2.2.2 Indicaties

Wanneer een patiënt voor deze module wordt geïndiceerd, heeft deze last van zijn of haar spanningen en weet de patiënt niet hoe hij daar mee om moet gaan. De patiënt is normaal begaafd en heeft dus een IQ vanaf 89. De patiënt kan alle bewegingsoefeningen mee doen.

2.2.3 Contra-indicaties

Een patiënt kan helaas niet deelnemen aan de module wanneer sporten of bewegen spanning oplevert. Daarnaast kan een patiënt niet psychotisch zijn tijdens de behandeling en kan deze ook geen fysieke beperkingen hebben waardoor bewegen niet mogelijk is.

2.2.4 De behandeling

De module bestaat uit 8 sessies van een uur en dit één keer in de week. De volgende thema's worden behandeld:

- 2 bijeenkomsten over het herkennen van lichaamssignalen;
- 1 bijeenkomst over afleiding zoeken;
- 1 bijeenkomst over vermijden en afwachten;
- 1 bijeenkomst over sociale steun zoeken;
- 1 bijeenkomst over actief aanpakken;
- 1 bijeenkomst waarbij wordt geoefend met de 4 copingstrategieën;
- 1 bijeenkomst mag de patiënt zelf kiezen met welke copingstrategie hij nog wil oefenen.

Om de patiënten te helpen om deze copingstrategieën in het dagelijks leven te integreren, krijgen ze een mapje mee. In dit mapje zitten huiswerkbladen waarin ze per week 2 situaties mogen beschrijven waarin de spanning is opgelopen. Ze beschrijven de gebeurtenis in het kort. Daarnaast wordt er gevraagd om hun spanningsniveau, gedachten, gevoelens en hun handelen op het moment van de oplopende spanning kort te beschrijven. Als laatste is er ruimte om op te schrijven hoe ze de volgende keer willen handelen. Volgens Cooper & Valentine (2001) heeft het maken van huiswerk een direct effect op het onthouden en begrijpen van de leerstof.

2.3 Referentiekader

In deze module wordt eclectisch gewerkt, dit houdt in dat methoden en technieken uit verschillende theoretische kaders worden gebruikt.

Ten tijde van de eerste sessies wordt er geoefend met het herkennen van lichaamssignalen en wordt er vooral lichaamsgericht gewerkt. Therapeuten die volgens deze benadering werken, beginnen met lichamelijke gewaarwordingen of klachten en benaderen van daaruit de psychische en gedragsmatige kanten van de persoon. Lichaam en geest zijn volgens hen niet van elkaar te scheiden (Weerman, 2006). Hierna wordt er geoefend met de 4 copingstrategieën, er wordt dan vooral gewerkt met de gedragstherapeutische benadering. In deze benadering ziet men een stoornis als een denk- en gedragsprobleem. De therapie richt zich dan ook op het veranderen van het denken van de patiënt en op het aanleren van of stimuleren tot nieuw gedrag (Weerman, 2006). Tijdens deze sessies worden er handvaten geboden om met oplopende spanning om te gaan. Er wordt dan geoefend met nieuw gedrag en dit wordt tijdens de therapie direct ervaren.

Hoofdstuk 3: Resultaten

Uiteindelijk hebben 4 patiënten deze module gevolgd en afgerond. Alleen patiënt B en D hebben de laatste sessie de vragenlijsten (T1) ingevuld ter vervanging van het oefenen met copingstrategieën. Later is nog een patiënt begonnen aan dit moduul, maar vanwege de afronding van de stageperiode van de onderzoeker en de duur van het onderzoek heeft hij niet deelgenomen aan het onderzoek.

3.1

Patiënt A	
Geboortejaar	1978
Juridische status	Vrijwillig
Aanmeldreden + hulpvraag	Patiënt komt van de FPA te Franeker en heeft nog baat bij ambulante zorg. Hij wil zelf stabiliteit vinden in zijn dagelijkse leven.
Diagnose	Ouders van patiënt zijn op 4-jarige leeftijd gescheiden. Hij is in 2005 eerder opgenomen geweest bij GGZ in H'veen, hier is ADHD vastgesteld. Tot zijn 21 ^e levensjaar had hij een alcoholverslaving, dit is over gegaan op een verslaving aan cannabis. Er is nog sprake van craving (extreme trek) naar cannabis. In de persoonlijkheidsstructuur is er sprake van een antisociale ontwikkeling met narcistische trekken.
DSM IV	As 1: 304.80 Afhankelijkheid van verschillende middelen As 2: 301.7 Antisociale persoonlijkheidsstoornis* (hoofddiagnose) As 2: 301.81 Trekken van narcistische persoonlijkheidsstoornis As 3: Geen diagnose As 4: 10 problemen binnen primaire steungroep As 4: 20 problemen verbonden aan de sociale omgeving As 4: 40 werkproblemen As 4: 50 woonproblemen As 4: 60 financiële problemen As 4: 80 problemen met justitie / politie of met de misdaad GAF score: 40, max. GAF score: 45
Algemene behandeldoelen	Patiënt mogelijkheden bieden om te leren zijn doelen of belangen in zijn bestaan te bereiken met (algemeen) maatschappelijk acceptabel gedrag.
PMT behandeldoel	Het verhogen van de bewustwording van zijn lichaamssignalen en het verbeteren van zijn zelfcontrole. Hem helpen alternatief gedrag aan te leren door minder gespannenheid en impulsdoorbraken.

Tabel 1: gegevens patiënt A

3.2

Patiënt B	
Geboortejaar	1977
Juridische status	Voorwaardelijke veroordeling
Aanmeldreden + hulpvraag	Patiënte wil mentaal aansterken, zodat ze succesvol en zonder onveilig gedrag stapsgewijs terug kan keren in de maatschappij.
Diagnose	Ongehuwde alleenstaande moeder, waarvan de zonen bij haar moeder en stiefvader verblijven; patiënte is in okt. '11 uit ouderlijke macht gezet. In het verleden is de diagnose ADHD, PTSS en een persoonlijkheidsstoornis met borderline en antisociale kenmerken gesteld naast alcoholgebruik. Er is sprake van afhankelijkheid van nicotine en gereguleerd gebruik van cannabis. In het verleden heeft betrokkene harddrugs gebruikt (o.a. speed, cocaïne, XTC) waarmee ze n.e.z. is gestopt voor de geboorte van haar kinderen. Ze is sinds enkele jaren bekend met geweld en brandstichting.

DSM IV	As 1: 305.00 Misbruik van alcohol As 1: 305.10 Nicotine afhankelijkheid As 1: 305.20 Misbruik van cannabis As 1: 305.70 Misbruik van amfetamine As 1: 314.01 Aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit (gecombineerde type) As 2: 301.7 Trekken van antisociale persoonlijkheidsstoornis As 2: 301.83 Trekken van borderline persoonlijkheidsstoornis As 2: 301.9 Persoonlijkheidsstoornis nao* (hoofddiagnose) As 3: 372.9 Aandoening van de conjunctiva NNO As 3: 477.9 Allergische rinitis NNO As 4: 10 problemen binnen primaire steungroep As 4: 20 problemen verbonden aan de sociale omgeving As 4: 30 opvoedingsproblemen As 4: 40 werkproblemen As 4: 50 woonproblemen As 4: 60 financiële problemen As 4: 80 problemen met justitie / politie of met de misdaad GAF score: 45, max. GAF score: 45
Algemene behandeldoelen	- Medicatietrouw vergroten; - Goldstein en GVO (gezondheidsvoorlichting en opvoeding) voortzetten; - Psychologisch onderzoek afnemen; - Deelplan werk- en dagbesteding opstellen; - Delictscenario voltooien; - PTSS inventariseren; - Leren om eerder hulp in te schakelen van anderen; - Signaleringsplan actualiseren; - Verloven uitbreiden; - Verdere begeleiding in haar relatie (medepatiënt).
PMT behandeldoelen	- omgaan met spanningen; - vergroten assertiviteit; - vertrouwen (basic trust).

Tabel 2: gegevens patiënt B

3.3

Patiënt C	
Geboortjaar	1978
Juridische status	Vrijwillig
Aanmeldreden + hulpvraag	Aangemeld voor het volgen van een vaardigheidstraining gericht op emotieregulatieproblematiek (VERS). Hij zou zelf graag beter willen leren omgaan met zijn frustraties en spanningen.
Diagnose	33-jarige man die is verwezen naar de Poli FP vanwege zijn problemen op het gebied van omgaan met frustraties. Is al sinds zijn 8 ^e in contact met de psychiatrie en is ook in aanraking geweest met politie en justitie. Er is sprake van een stoornis in het autistisch spectrum en tevens een emotieregulatieproblematiek. Patiënt zit in de ziektewet en er is sprake van een afhankelijkheid voor wiet.

DSM IV	As 1: 299.80 Pervasieve ontwikkelingsstoornis NAO As 1: 304.30 Cannabisafhankelijkheid As 2: 301.7 Trekken van antisociale persoonlijkheidsstoornis* (hoofddiagnose) As 3: Geen diagnose As 4: 20 problemen verbonden aan de sociale omgeving As 4: 40 werkproblemen GAF score: 65, max. GAF score: 50
Algemene behandeldoelen	- Adequaat hanteren van spanningen en frustraties - Vergroten van zelfvertrouwen/autonomie - Leren omgaan met anderen (sociale vaardigheden) - Psycho-educatie gericht op ASS - Het vinden van passende werk/dagbesteding - Om leren gaan met eenzaamheid - Om leren gaan met het willen hebben van een relatie
PMT behandeldoelen	Anders om willen gaan met spanning als alternatief voor blowen.

Tabel 3: gegevens patiënt C

3.4

Patiënt D	
Geboortejaar	1980
Juridische status	Detentie ongeschikt
Aanmeldreden + hulpvraag	Patiënt wil graag resocialiseren
Diagnose	Patiënt zit vast in detentie i.v.m. brandstichting. Hij is bekend met een traumatiserende jeugd, een verblijf in verschillende jeugdinstituten en sindsdien een maatschappelijke marginalisatie (inclusief problematisch veelsoortig misbruik van roesmiddelen en justitiële veroordelingen). Voorts is patiënt enkele malen met GGZ in contact geweest (incl. enkele opnamen daar gehad) n.a.v. 'angstklachten' en 'verwerkingsproblematiek'.
DSM IV	As 1: 305.00 misbruik van alcohol As 1: 305.60 misbruik van cocaine As 2: 301.6 Afhankelijke persoonlijkheidsstoornis As 2: 301.7 Antisociale persoonlijkheidsstoornis* (hoofddiagnose) As 2: 301.83 Borderline persoonlijkheidsstoornis As 3: Geen diagnose As 4: 10 problemen binnen de primaire steungroep As 4: 50 woonproblemen As 4: 80 problemen met justitie / politie of met de misdaad GAF score: 30
Algemene behandeldoelen	- Mentale en lichamelijke conditie consolideren; - Medicatie stabiliseren en continueren; - Ondersteuning en begeleiding voor relatievorming met medepatiënt; - Contact met familie hervatten; - Werk- en woonplan voor toekomst maken.
PMT behandeldoelen	- Eerder leren herkennen van spanningen; - Manieren om met spanningen om te gaan uitbreiden.

Tabel 4: gegevens patiënt D

3.2 Vragenlijsten

3.2.1

<u>UCL</u>	patient A		patient B		patient C		patient D	
	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1
Actief aanpakken	22	25	24	30	17	17	20	19
Palliatieve reactie	29	23	27	29	21	23	23	23
Vermijden en afwachten	20	17	27	29	17	18	19	19
Sociale steun zoeken	8	11	14	25	12	13	18	13
Passief reactiepatroon	25	14	17	14	17	18	12	13
Expressie van emoties	6	5	11	7	6	7	8	6
Geruststellende en troostende gedachten hanteren	13	12	19	20	14	16	14	14

Tabel 5: resultaten UCL

Patiënt A scoort in vergelijking met mannen, tussen de 19 en 35 jaar oud, hoog op de coping *actief aanpakken*. Op de nameting scoort hij hier zeer hoog op. Hij heeft tijdens de module vaak voorbeelden gegeven van deze copingstrategie. Het verschil in score is echter niet groot; iets vaker wordt een situatie/probleem actief aangepakt. Patiënt blijft zeer hoog scoren, ondanks dat de score op de nameting lager is, op *palliatieve reactie*; afleiding zoeken, zich proberen wat prettiger te voelen door te roken, drinken of te ontspannen. Op *Vermijden en afwachten* scoort patiënt zeer hoog, op de nameting gemiddeld. Hij laat de zaak minder op zijn beloop, gaat de situatie minder uit de weg en wacht minder af wat er gaat gebeuren. Op *sociale steun zoeken* scoort patiënt laag, op de nameting gemiddeld. Hij zoekt vaker troost en begrip bij anderen of vraagt hulp. Tevens was de patiënt met deze strategie veel aan het oefenen, hij vond dit de lastigste coping. Een *passief reactiepatroon* hanteert patiënt in zeer hoge mate, op de nameting in hoge mate; hij laat zich iets minder in beslag nemen door de situatie, piekert minder over het verleden, weliswaar nog steeds in hoge mate. Op *expressie van emoties*, het laten blijven van ergernis, spanningen afreageren, en *geruststellende en troostende gedachten hanteren*, geruststellende gedachten en zichzelf moed inspreken, scoort patiënt op voor- en nameting gemiddeld.

Patient B scoort op de voormeting in vergelijking met vrouwen tussen de 25 en 35 op alle schalen hoog, met uitzondering van de schaal *sociale steun zoeken*, hier scoort zij gemiddeld op. Op de nameting scoort patiënte op alle schalen zeer hoog, met uitzondering van de schaal *expressie van emoties*, hier scoort zij hoog op. Hieruit blijkt dat patiënte veel copingstijlen zegt te hanteren, onder andere zowel actief als passief, en zij meer sociale steun is gaan zoeken, maar minder haar emoties is gaan uiten.

Patiënt C scoort op de copingstijlen *palliatieve reactie* en *passief reactiepatroon* zowel op de voor als nameting hoog, in vergelijking met mannen tussen de 19 en 35 jaar oud. Op de schaal *geruststellende en troostende gedachten hanteren* scoort hij eerst hoog, op de nameting zeer hoog; hij troost zichzelf vaker met gedachten. Op de overige schalen scoort patiënt gemiddeld, evenals op de nameting, met uitzondering van *vermijden, afwachten*, deze gaat van gemiddeld naar hoog; hij wacht meer af en laat de zaak meer op zijn beloop. *Palliatieve reactie* is iets verhoogd in de nameting.

Patiënt D scoort in vergelijking met mannen tussen de 19 en 35 jaar oud zeer hoog op *palliatieve reactie*, ook op de nameting. Zeer hoog scoort hij ook op *sociale steun zoeken*, op de nameting scoort hij hier echter gemiddeld op; hij zoekt minder vaak sociale steun bij problemen. Hoog scoort hij op *vermijden, afwachten* en op *geruststellende en troostende gedachten hanteren*, ook op de nameting. Vooraf aan de module vertelde patiënt dat hij het meest vermijden en afwachten toepast in het dagelijks leven. Hoog scoort hij ook op *expressie van emoties*, op de nameting scoort hij hier gemiddeld op. Hij uit zijn emoties iets minder vaak, maar het verschil is

niet groot. Gemiddeld scoort hij op *actief aanpakken*, ook op de nameting. Op *passief reactiepatroon* scoort hij ook gemiddeld, maar op de nameting hoog; hij laat zich meer in beslag nemen door problemen en de situatie.

3.2.2

<u>SCL-90-R</u>	patiënt A		patiënt B		patiënt C		patiënt D	
	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1
Angst	40	17	31	14	22	18	13	11
Agorafobie	20	10	25	15	8	10	7	8
Depressie	58	31	41	15	42	35	24	27
Somatische klachten	36	19	27	15	30	21	16	15
Insufficiëntie van denken en handelen	29	19	40	21	21	16	16	13
Wantrouwen en interpersoonlijke sensitiviteit	73	34	46	23	34	30	23	24
Hostiliteit	17	9	18	7	8	10	7	7
Slaapproblemen	13	6	15	14	12	9	7	6
Overige schalen	35	19	17	9	18	16	9	10
Psychoneuroticisme	321	164	260	133	195	165	122	121

Tabel 6: resultaten SCL-90-R

Patiënt A scoort op de nameting duidelijk lager: de scores op elke schaal is op de nameting lager dan op de voormeting. Patiënt scoort, in vergelijking met poliklinische psychiatrische patiënten, eerst zeer hoog op *wantrouwen en inter-persoonlijke sensitiviteit*, het geeft een onvrede met hem zelf in relatie met anderen weer, patiënt ervaart anderen als onaardig en wantrouwt anderen, maar het geeft ook persoonlijke inadequatie weer in het contact met anderen. Ook op de totaalscore *psychoneuroticisme*, een aanduiding van het algehele niveau van psychisch dan wel lichamelijk disfunctioneren, scoort patiënt zeer hoog. Op de schalen *agorafobie*, *angst*, *depressie*, *somatische klachten*, *hostiliteit* en *slaapproblemen* scoort patiënt hoog. Op *insufficiëntie van denken en handelen* scoort hij laag. Op de nameting vallen alle scores van patiënt in de categorie beneden gemiddeld. Patiënt rapporteert aanzienlijk minder klachten.

Patiënt B scoort op de voormeting, in vergelijking met poliklinische psychiatrische patiënten, zeer hoog op de schalen *insufficiëntie van denken en handelen*, de dimensie richt zich vooral op gedachten, impulsen en problemen bij het uitvoeren van gedragingen die men als dwingend en ondanks de eigen wil voorkomend ervaart, en *slaapproblemen*, wat als een onafhankelijke aanvulling op te vatten is bij de klachten, scoort patiënte zeer hoog. Op de nameting scoort zij hier gemiddeld en hoog op. Op *agorafobie* scoort patiënte eerst hoog, vervolgens gemiddeld. Op *hostiliteit*, gedachten, gevoelens en gedragingen die kenmerkend zijn voor de negatieve gemoedstoestand van woede, scoort zij hoog. Op de nameting scoort zij beneden gemiddeld. Op *angst* en *wantrouwen en inter-persoonlijke sensitiviteit* scoort betrokken boven gemiddeld, op de nameting laag. Op de schalen *depressie* en *somatische klachten* scoort betrokkene gemiddeld, op de nameting zeer laag. Op alle afzonderlijke schalen scoort patiënte dus lager bij de nameting. Ook de totaalscore valt in het gebied hoog, maar op de nameting in het gebied laag. Patiënte rapporteert duidelijk minder psychische dan wel lichamelijke klachten.

Patiënt C scoort, in vergelijking met poliklinische psychiatrische patiënten, hoog op *slaap problemen*, op de nameting scoort hij hier gemiddeld op; hij rapporteert iets minder slaapklachten. De *somatische klachten* die patiënt rapporteert vallen onder boven gemiddeld, wat op de nameting beneden gemiddeld is; hij rapporteert meer lichamelijke klachten die somatisch zouden kunnen zijn. Gemiddeld scoort hij op *angst, depressie* en *insufficiëntie van denken en handelen*, op de nameting beneden gemiddeld op; op deze gebieden rapporteert hij minder klachten. Op de overige schalen scoort patiënt zowel op de voor- als nameting beneden gemiddeld. De algehele klachten dalen van gemiddeld op de voormeting naar beneden gemiddeld op de nameting.

Patiënt D scoort gemiddeld op *slaap problemen*, op de nameting is dit beneden gemiddeld. Het verschil in score is echter zo klein dat dit niet betekenisvol is. Beneden gemiddeld scoort hij op *insufficiëntie van doen en denken*, op de nameting is dit laag; hij ervaart minder klachten omtrent dwingende gedachten of gedragingen. Ook op *hostiliteit* scoort hij beneden gemiddeld, eveneens op de nameting. Laag scoort hij op de overige schalen, wat hetzelfde is voor de nameting, met uitzondering van *agorafobie* wat lijkt te stijgen naar beneden gemiddeld. De score stijgt echter maar 1 punt, wat niet betekenisvol te noemen is. De algehele klachten vallen op beide metingen onder laag.

	patient A		patient B		patient C		patient D	
<i>BDHI-D</i>	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1
Directe agressie	9	9	11	8	12	15	5	4
Indirecte agressie	17	10	11	7	8	12	6	11
Sociale wenselijkheid	2	2	4	4	2	0	4	1

Tabel 7: resultaten BDHI-D

Patiënt A scoort op de nameting aanzienlijk lager op de schaal *indirecte agressie*. Een hoge score op deze schaal kan een aanwijzing zijn voor veel ingehouden agressie en voor een hoge mate van psychopathologie. Patiënt scoort hier in vergelijking met de landelijke(lp), psychiatrische(pp) en gedetineerde(gp) populatie zeer hoog op. Op de nameting scoort hij zeer hoog(lp) en gemiddeld(pp,gp). Op *directe agressie*, een hoge score wijst op veel agressie in de vorm van fysieke of verbale uitingen, scoort hij hoog(lp,pp) en gemiddeld(gp). Op *sociale wenselijkheid*, de geneigdheid om antwoorden te geven die overeenkomen met de gangbare normen, scoort patiënt gemiddeld.

Patiënt B scoort bij de nameting lager op *directe* en *indirecte agressie*. *Directe agressie* daalt van zeer hoog(lp,pp) en hoog(gp) naar hoog(lp) en gemiddeld(pp,gp). Ook *indirecte agressie* daalt van zeer hoog(lp), gemiddeld(pp) en hoog(gp) naar hoog(lp) en laag(pp,gp). Opgemerkt moet worden dat bij de daling van hoog naar laag de scores op de grenzen liggen. Patiënte lijkt dus zowel minder agressie uitingen te vertonen als agressie in te houden. Op *sociale wenselijkheid* blijft patiënte hoog scoren.

Patiënt C scoort op zowel *directe* als *indirecte agressie* hoger op de nameting. *Directe agressie* ligt bij beide metingen op zeer hoog. *Indirecte agressie* ligt op de voormeting hoog(lp), laag(pp) en gemiddeld(gp). Op de nameting is dit respectievelijk zeer hoog, hoog en hoog. Patiënt rapporteert meer ingehouden woede. De score op *sociale wenselijkheid* is lager op de nameting, van gemiddeld gaat deze naar laag.

Patiënt D scoort op *directe agressie* laag(lp) en zeer laag(pp,gp). Op de nameting valt dit onder laag. De score is iets omlaag gegaan, maar dit verschil is niet betekenisvol. Op *indirecte agressie* scoort patiënt hoog(lp), op de nameting zeer hoog. In vergelijking met de psychiatrische populatie laag, op de nameting gemiddeld en in vergelijking met de gedetineerde populatie laag en op de nameting hoog. Dit verschil is wel betekenisvol, patiënt geeft aan aanzienlijk meer ingehouden agressie te ervaren. Op *sociale wenselijkheid* scoort hij eerst hoog, vervolgens laag(lp,gp) en gemiddeld (pp).

Hoofdstuk 4: Discussie

4.1 Methoden

Er zijn patiënten vanuit drie verschillende instanties behandeld. Één patiënt is opgenomen op de FPA in besloten inrichting, met beperkte vrijheden. Een andere patiënt woont in het Forensisch trainingshuis en heeft alle vrijheden in de stad Franeker maar valt nog onder toezicht van de FPA. Dit houdt in dat hij kan gaan en staan waar hij wil maar contact met de FPA houdt over zijn proces, medicijnen en verloven. De andere twee patiënten zijn via de polikliniek aangemeld, zij wonen in hun eigen huis en kunnen gaan en staan waar ze willen. Dit is al een enorm verschil in vrijheden. Daarnaast kan het dus een discussiepunt zijn of je deze patiënten in verschillende contexten met elkaar kunt vergelijken. Er kunnen namelijk veel externe factoren de uiteindelijke resultaten hebben beïnvloed.

De resultaten zijn beperkt omdat er geen controlegroep bij betrokken is geweest. Zo kan er geen betrouwbare conclusie worden getrokken over de module. Al was hier ook te weinig tijd en ruimte voor om een controlegroep aan dit onderzoek toe te voegen.

Een behandelperiode van 8 weken is vrij kort om volledig inzicht te hebben in oplopende spanning en hoe daar mee om te gaan. Hier is destijds voor gekozen om het drempelverlagend te maken om deze module te volgen. Ook vanwege de eigen bijdrage die in de zorg is ingevoerd, is voor een korte behandeling gekozen. Het zou een grote toevoeging zijn wanneer er een vervolg op dit moduul komt om deze copingstrategieën nog meer in het dagelijks leven te kunnen integreren.

Het is lastig om tijdens deze module ‘cliënt-centered’ te werken. Er zijn een aantal thema’s die aan bod moeten komen en daardoor is er minder ruimte om aandacht te besteden aan problemen die op dat moment spelen. Een therapeut is hierdoor beperkt in zijn handelen.

4.2 Resultaten

4.2.1 UCL

Patiënt A

Patiënt heeft tijdens de module een aantal keer onenigheid met zijn huisgenoot. Hij vond het lastig om hiermee om te gaan en heeft toen een aantal gesprekken met zijn persoonlijk begeleider gehad. Daarna hebben ze samen een gesprek gehad met zijn huisgenoot en zijn persoonlijk begeleider. Dit komt overeen met de uitkomsten van de voor- en nameting van de UCL. Patiënt scoort hoger op actief aanpakken en sociale steun zoeken, iets lager op vermijden en afwachten en zeer veel lager op passief reactiepatroon.

Patiënt B

Patiënte had op het moment van de nameting een heftige week achter de rug. Kort samenvattend mocht ze haar kinderen niet meer zien van haar moeder en stiefvader, haar kinderen groeien bij hun op. Dit was erg heftig nieuws. Ze heeft hierbij veel sociale steun gezocht bij de sociotherapie en haar vriend, vandaar waarschijnlijk de verhoging op deze copingstijl in de nameting. Tijdens het invullen van de vragenlijsten zat ze ‘onder’ de medicijnen en voelde ze zich erg slap, het kan hierdoor komen dat ze haar emoties minder uit en daardoor in de nameting lager scoort op expressie van emoties.

Patiënt C

Het hoofddoel van deze patiënt was dat hij andere manieren ging gebruiken om met zijn spanningen om te gaan in plaats van te blowen. Nu behoort blowen onder *palliatieve reactie* en is deze iets verhoogd in de nameting. Het is jammer dat er uit de resultaten niet naar voren komt op welke manier hij nu zijn afleiding vindt. Verder zijn alle copingstrategieën heel licht gestegen in de nameting. De verwachting was dat patiënt hoger zou scoren op sociale steun zoeken omdat

hij daar erg veel mee aan het oefenen was de laatste weken van de module. Helaas is dit niet uit de resultaten te halen.

Patiënt D

Vermindering in het zoeken van sociale steun en het uiten van emoties is mogelijk te exploreren doordat deze patiënt zich onbegrepen en niet gehoord voelde door de werknemers op de FPA. Zijn vertrouwen in zijn begeleiders verminderde. Tevens kampte hij, naar eigen zeggen, tijdens en aan het eind van de module met depressieve klachten, hierdoor valt wellicht te verklaren dat patiënt zich meer in beslag liet nemen door zijn problemen en de situatie.

4.2.2 SCL-90-R

Patiënt A

Patiënt wilde het liefst alles zelf oplossen, tijdens de module hebben we hem daar bewust van gemaakt en hem ook laten oefenen met sociale steun zoeken. Wellicht is daar de grote vermindering in wantrouwen en inter-persoonlijke sensitiviteit door te verklaren. Patiënt scoort eigenlijk op alle vlakken zeer veel lager op de nameting dan op de voormeting. Hij rapporteert minder klachten maar daarnaast is zijn sociaal wenselijkheid in de BDHI-D hoog. Dit kan mogelijk de scores beïnvloed hebben.

Patiënt B

Ook patiënt B scoort op alle vlakken veel lager op de nameting dan op de voormeting. Maar ook deze patiënt heeft erg hoog gescoord op sociaal wenselijkheid. De grootste veranderingen zijn de vermindering in wantrouwen en inter-persoonlijke sensitiviteit en depressiviteit. Dit kan mogelijk verklaard worden doordat patiënt veel steun van mensen om haar heen heeft gehad tijdens het moeilijke bericht wat hierboven staat beschreven. Hierdoor heeft ze misschien meer vertrouwen gekregen in anderen waardoor ze haar verhaal meer bij anderen durft te vertellen.

Patiënt C

De opvallendste positieve veranderingen zijn de vermindering in depressiviteit en een vermindering van somatische klachten. Naarmate de module vorderde ging het steeds beter met patiënt. Hij was plannen aan het maken om te gaan reizen en hij vertelde dat zijn schuld bijna was afgelost. Dit gaf hem een goed gevoel, dit kan wellicht de vermindering in depressiviteit verklaren. Deze positieve boost kan ook goed zijn om somatische klachten te verminderen. Dit kan met elkaar samenhangen.

Patiënt D

De depressiviteit van patiënt is iets verhoogd, hierboven zijn mogelijke verklaringen beschreven. Daarnaast is de insufficiëntie van doen en denken iets verlaagd. Doordat hij het vertrouwen in zijn begeleiders en behandelaren verloor tijdens de behandelperiode, kan het zijn dat het hem daarom niet veel meer interesseerde hoe zijn behandeling vorderde. Patiënt heeft vaak aangegeven weg te willen van de FPA, het enige wat hem hier nog hield was zijn vriendin. Hij gooide er niet met de pet naar, maar hij werd wel nonchalanter over zijn behandeling.

4.2.3 BDHI-D

Patiënt A

De enige en opvallendste verandering bij patiënt bij deze vragenlijst is dat zijn indirecte agressie behoorlijk is gedaald. De sociale steun die hij heeft gezocht bij zijn problemen kan hier mogelijk een rol in spelen.

Patiënt B

De sociaal wenselijkheid blijft hoog, dit zou kunnen betekenen dat de werkelijke scores op de agressieschalen iets hoger liggen. Daarnaast zijn haar directe agressie en indirecte agressie gedaald. Dit kan te maken hebben met dat ze zelf opener is geworden. Ze kropt haar problemen nu minder op en ze praat daar met anderen over. Dit kan opluchten en hierdoor zouden deze aspecten mogelijk gedaald kunnen zijn.

Patiënt C

De score op sociale wenselijkheid is lager op de nameting, van gemiddeld gaat deze naar laag. Dit zou een verklaring kunnen zijn voor de verhoogde scores op de agressieschalen; een hogere score van sociale wenselijkheid kan een terughoudendheid betekenen in het eerlijk rapporteren van klachten, wat klachten lager doen uitvallen. Het zou zo kunnen zijn dat wanneer iemand minder sociaal wenselijk antwoordt, zoals hier het geval, er meer klachten zijn, terwijl dit in

werkelijkheid niet (in die mate) zo hoeft te zijn. Een tweede optie zou kunnen zijn dat patiënt C nu meer in contact is met zijn lichaam en zijn klachten nu meer opmerkt omdat hij beter bij zijn gevoel stil kan staan. Daarnaast heeft patiënt voordat hij de vragenlijsten in ging vullen over een heftig trauma van vroeger gesproken. Dit kan mede de resultaten van de vragenlijsten beïnvloeden.

Patiënt D

Het kan zo zijn dat vanwege de hoge sociaal wenselijkheid patiënt zijn agressie onderrapporteert in de voormeting, wat de aanzienlijke stijging in de rapportage van indirecte agressie (voor een deel) kan verklaren. Daarnaast heeft patiënt op het laatst ook niet meer het gevoel dat hij met problemen bij de medewerkers van de FPA terecht kan. Het zou zo kunnen zijn dat hij hierdoor zijn problemen meer opkropt. Dit zou ook een verklaring kunnen zijn wat betreft de grote stijging in de scores van indirecte agressie.

Hoofdstuk 5: Conclusie

5.1 Beantwoording deelvraag 1:

Wat zijn de verschillen tussen groeps- en individuele therapieën volgens de literatuur en welke factoren spelen een rol?

Volgens de literatuur is er bij individuele behandeling veel tijd voor de patiënt, zo kan er gericht aan de problemen van dat moment gewerkt worden en krijgen ze veel aandacht (Van Wissen, 2005:11). Bij groepstherapie is er niet altijd tijd om heel diep op zaken van dat moment in te gaan. Echter is het zo dat patiënten tijdens groepstherapieën tips krijgen van medepatiënten en herkenning vinden in hun problemen. Patiënten ontwikkelen zo evengoed hun sociale contacten in de groep. Wat ook in het theoretisch kader naar voren komt is dat een individuele patiënt makkelijker te motiveren is dan een hele groep patiënten. Bovendien kan er bij een individuele patiënt ook beter gecontroleerd worden of de verstrekte informatie blijft hangen. Maar het inzicht in eigen functioneren wordt vergroot in de groep. Daarbij is groepsbehandeling ook goedkoper dan individuele behandeling. Maar een individu is makkelijker in te plannen qua tijd en ruimte en er hoeft ook niet te worden gewacht tot er een plaats in een groep vrijkomt.

5.2 Beantwoording deelvraag 2:

Welke aanpassingen zijn nodig om de groepsmodule te herschrijven naar een individuele module?

Ten eerste zijn de activiteiten veranderd van groepsactiviteiten naar individuele activiteiten. De thema's zijn hierbij gelijk gebleven. Daarnaast is het handig om een cotherapeut erbij te betrekken zodat deze af en toe ingezet kan worden om een activiteit te sturen. De therapeut is tijdens een individuele therapie meer aan het woord, omdat patiënten in een groep de interactie met elkaar hebben. Het is bij een individu belangrijker welke interventies een therapeut inzet om tot oefenen te komen. Tevens is het van groot belang dat de deelnemende patiënten de juiste indicaties hebben. In een groep kunnen ze nog dingen leren van het observeren van andere patiënten, wanneer ze bijvoorbeeld fysiek verhindert zijn om deel te nemen. Tijdens een individuele sessie wordt dit heel lastig en is deze module volgen met die beperking niet mogelijk.

5.3 Beantwoording hoofdvraag:

Kunnen individuele patiënten, die moeite hebben met het omgaan van spanning na het volgen van de PMT-module 'omgaan met spanning', adequater omgaan met spanning waardoor ze minder agressief zijn, minder conflicten hebben en minder stress ervaren?

De directe agressie is bij twee personen omlaag gegaan in de nameting (zie tabel 7). Bij één persoon is deze gelijk gebleven en bij de laatste patiënt is deze omhoog gegaan. De laatste score kan mogelijk verklaard worden doordat de sociaal wenselijkheid omlaag is gegaan en patiënt hierdoor meer besef heeft over hoe hij zich voelt. Dit kan voor dezelfde patiënt ook gelden voor indirecte agressie, deze is ook omhoog gegaan net als bij patiënt C. Het kan zijn dat ze bewuster zijn geworden van hun eigen agressie. Het kan ook zijn dat ze hun gevoelens minder durven te uiten en ze dit opkroppen, waardoor er meer indirecte agressie ontstaat. Bij de andere twee patiënten is de indirecte agressie ook fors gedaald.

Opvallend is dat het algehele niveau van psychisch en lichamelijk disfunctioneren bij iedereen is gedaald (zie tabel 6). Bij de één in hele grote proporties bij de ander in kleinere mate. Dit houdt in dat men minder klachten ervaart na het volgen van deze module, hiernaast zijn ook andere oorzaken voor deze verandering mogelijk. Het is dus niet met zekerheid te zeggen of deze veranderingen specifiek door deze module zijn bewerkstelligd maar hij zou daar wel zijn steentje aan bij hebben kunnen dragen.

Naast de vermindering van klachten van het algeheel functioneren kan er ook geconcludeerd worden dat de angst en spanningsklachten bij alle patiënten zijn gedaald (zie tabel 6). Bij twee patiënten zijn deze klachten fors gedaald bij de andere patiënten zijn deze licht gedaald. Dit zou door het volgen van het moduul kunnen komen maar daar zijn geen harde bewijzen voor.

Bij de scores van de UCL (zie tabel 5), copingstrategieën, zijn geen grote verschillen te zien. Elke patiënt heeft zijn eigen problemen gehad tijdens de module en iedereen had een eigen coping die van te voren het meest bij zichzelf paste. Daarom is ook bij iedereen een verandering op verschillende vlakken te zien. Hier kan dus geen conclusie over worden uit gesproken omdat hier hele variabele resultaten uit zijn gekomen.

Het is lastig om te concluderen of alle veranderingen die er zijn plaatsgevonden, te danken zijn aan de module. Er kunnen vele factoren een rol hebben gespeeld bij deze veranderingen. Al met al zijn er veel positieve scores uit de resultaten gekomen.

Hoofdstuk 6: Aanbevelingen

6.1 Aanbeveling voor verder onderzoek

Zoals ook in de discussie staat beschreven zou voor verder onderzoek een grotere onderzoeksgroep betrouwbaarder zijn om conclusies te trekken. Een onderzoeksgroep van $n=4$ is te weinig om significante veranderingen aan te kunnen tonen.

Daarnaast zou een controlegroep het onderzoek versterken. Hierdoor zijn er mogelijke verschillen aan te duiden wat betreft de volgers van de module en de niet volgers van de module.

Bovendien zou het interessant zijn om de verschillen te onderzoeken van deze module tussen 'normale' psychiatrie en forensische psychiatrie. In heel de psychiatrie zijn er veel patiënten die last hebben van spanningen. Het zou interessant zijn om te ondervinden of er daadwerkelijk verschillen zijn in de effecten van de module bij verschillende doelgroepen.

6.2 Aanbeveling voor de module

Wanneer de module was gestart, werd opgemerkt dat er te weinig activiteiten per sessie waren bedacht. Daarom zijn er bij elke sessie meer activiteiten bedacht. Ook zijn er een aantal potentiële activiteiten aan toegevoegd omdat niet elke therapeut die activiteit kan aanbieden en omdat iedere therapeut zijn behandeling weer anders doet, het zijn extra activiteiten.

Aan de huiswerkopdrachten die de patiënten in een mapje hebben meegekregen is te weinig aandacht aan geschonken. Vaak hadden ze deze de eerste paar keer nog netjes ingevuld en kwamen ze met goede praktijk voorbeelden. Later in de behandeling verwaterde dit onderdeel. Ze waren er allemaal goed mee bezig en vertelden voorbeelden vanuit de praktijk uit hun hoofd. De voorkeur ligt toch bij het uitschrijven van situaties, zo kunnen de patiënten later nog kijken hoe ze tijdens bepaalde situaties hebben gehandeld.

De module bestaat uit 8 sessies, dit is een vrij korte behandeling, was ook in de discussie hierboven wordt aangehaald. Het zou mooi zijn om een vervolg module op deze bestaande module te ontwikkelen waardoor men doorblijft oefenen met de verschillende copingstrategieën. Dit zou de effecten in het beter omgaan met spanning mogelijk vergroten.

- Carr, J.L. et al. (2005). "A randomized trial comparing a group exercise programme for back pain patients with individual physiotherapy in a severely deprived area." *Disabled Rehabilitation*. 27(16):929-937.
- Cooper, H. & Valentine, J.C. (2001) "Using research to answer practical questions about homework", *Educational Psychologist* 36(3): 143-153.
- Doornebosch, M., Nijland, N. (2009). *Copingstrategieën; het middel bij omgaan met spanning?* Zwolle: Christelijke Hogeschool Windesheim
- Duncombe, L.W. & Howe M.C. (1995). "Group treatment: goals, tasks, and economic implications." *American Journal of Occupational Therapy*. 49(3):199-206.
- Elshot, M. & van der Straaten, S. (2005). *Groepstherapie, meer dan therapie alleen!* Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam.
- Ettema, J.H.M. & Arrindel, W.A. (2003). *Symptom Checklist – 90 Handleiding*. Amsterdam: Pearson
- Evers, A., Vliet-Mulder, J.C van & Groot, C.J. (2000) Documentatie van tests en testresearch in Nederland, deel I en II. Assen: Van Gorcum.
- Finlay, L. (1993). *Groupwork in occupational therapy*. London: Chapman and Hall.
- Gray, P. (2002). *Psychology*. New York: Worth Publishers.
- Hintum, M. van (2005). *De mythe van het agressie-gen*. Amsterdam: Vrij Nederland
- Jansen, L. M. C. (1999). *Impaired stress processing in autistic-like disorders and schizophrenia*. Enschede: FEBODRUK BV.
- Lange, A. (2005). *BDHI: Buss-Durkee-Hostility-Inventory Dutch Handleiding*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Langstraat, E. (2010). Een pilot studie naar effecten van psychomotorische therapie bij behandeling van agressief gedrag. *Zwolle: VU Windesheim*
- Lovallo, W.R. (1997). *Stress and health biological psychological interactions*. London: Sage Publications
- McWha, J.L., Pachana N.A. & Alpass, F. (2003). "Exploring the therapeutic environment for older women with late-life depression: an examination of the benefits of an activity group for older people suffering from depression." *Australian Occupational Therapy Journal*. 50(3):158-169.
- Olk, R. (1998). *Oorzaken & gevolgen van stress*. Verkregen op 16 mei, 2012 van <http://www.heartwise.nl/pdf/files/stresscursus%20website.pdf>
- Porges, S.W. (2003). Social engagement and attachment: A phylogenetic perspective. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1008, 31 – 47.

- Renshof, A.A.H. (2009) Stressreactie en coping: Het verschil tussen mensen met een lichte – matige verstandelijke beperking met en zonder hechtingsproblemen. *Utrecht: Universiteit Utrecht*. Verkregen op 2 mei, 2012 van <http://igitur-archive.library.uu.nl/student-theses/2009-0805-200208/Masterthesis%20Renshof%2c%20AAH-0433276.pdf>
- Rentema, M. (1996). "Groepsbehandeling vermindert spanningsklachten migranten: samen oefenen doorbreekt isolement van Turkse vrouwen." *FysioPraxis*, 5(1):29-30.
- Rigter, H., Mierlo, F. van & Meijer, S. (2010). Wat is forensische psychiatrie? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM. Verkregen op 10 april, 2012 van <http://www.nationaalkompas.nl/zorg/geestelijke-gezondheidszorg/forensische-psychiatrie/wat-is-forensische-psychiatrie/>
- Schreurs, P.J.G., Willige, G. van de, Brosschot, J.F., Tellegen, B., & Graus G.M.H. (1993). *De Utrechtse Coping Lijst: UCL. Omgaan met problemen en gebeurtenissen. Herziene handleiding*. Lisse: Swets & Zeitlinger B.V.
- Schore, A. N. (2001). The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22, 201 – 269.
- Smeijsters, H. (2007). *Agressieregulatie door vaktherapieën in de forensische psychiatrie. Verslag van een onderzoek naar het gebruik van vaktherapieën bij agressieregulatie in de forensische psychiatrie*.
- Smit, E. (2008). Persoonlijkheidsstoornissen. Landelijk zorgprogramma voor forensisch psychiatrische patiënten met persoonlijkheidsstoornissen. *Expertisecentrum Forensische Psychiatrie*.
- Spilak, C.L. (1999). "Incorporating occupational therapy group treatment in long-term care." *Topics in Geriatric Rehabilitation*. 15(2):48-55.
- Tervoort, M. (2009) *Forensische psychiatrie. Tussen dwang en vrijblijvendheid*. Gorcum: Koninklijke van Gorkum b.v.
- Trento, M. et al. (2001). "Group visits improve metabolic control in type 2 diabetes." *Diabetes Care*. 24(6):995-1000.
- Walker, R. & Rodgers, J. (2004). "How to make a success of group education." *Journal of Diabetes Nursing*. 8(3):92-96.
- Weerman, A. (2006). *Zes psychologische stromingen & één patiënt*. Soest: Uitgeverij Nelissen.
- Wissen, D. van (2005). *Groepsbehandeling in de ergotherapie & ergotherapie in de groepsbehandeling*. Rotterdam: Hogeschool Rotterdam.