



Slaan, schoppen, schelden en vechten

**Wat is het effect van psychomotorische therapie
bij LVG jongeren met agressie problematiek?**

Naam student : Frank Konneman en Jonathan Brands
Begeleidende docent : Ad van de Ven
Beoordelende docent : Lia van der Maas
Opleiding : Bewegingsagogie & Psychomotorische Therapie
Christelijke Hogeschool Windesheim, Zwolle
Datum : Juni 2012

Voorwoord

Deze afstudeeropdracht is gemaakt in het kader van de deeltijdopleiding tot psychomotorische therapeut aan de Hogeschool Windesheim te Zwolle.

Het onderzoek is uitgevoerd door Jonathan Brands en Frank Konneman. Wij zijn werkzaam binnen 's Heeren Loo, een zorgcentrum voor mensen met een verstandelijke beperking. Vanaf 2001 is Frank werkzaam op de locatie Noord Nederland te Bedum (Groningen) en Jonathan vanaf 2004 op de locatie Parkbos Schuylenburg te Apeldoorn. Binnen beide locaties vervullen wij de functie van bewegingsagoog. Daarnaast volgen we allebei de opleiding tot psychomotorische therapeut aan de Hogeschool Windesheim te Zwolle.

's Heeren Loo heeft als doelstelling de kwaliteit van het leven van mensen met een verstandelijke beperking te vergroten en vindt het belangrijk dat ook mensen met een verstandelijke beperking hun eigen keuzes kunnen maken. 's Heeren Loo streeft ernaar mensen met een verstandelijke beperking zoveel mogelijk te laten deelnemen aan de maatschappij. Samen met de cliënt wordt zorgvuldig bekeken wat iemand kan en wil. 's Heeren Loo probeert tegemoet te komen aan de wensen en vragen van haar cliënten.

Omdat geen mens hetzelfde is, bestaat ook de behandeling op 's Heeren Loo uit puur maatwerk. Alle therapieën en trainingen sluiten precies aan op die ene persoon, zijn eigen tempo, vaardigheden en beperkingen. Een op maat gesneden behandelplan voor de cliënt is dan ook van groot belang. Dit bestaat uit zowel individuele als groepsactiviteiten. 's Heeren Loo kiest bewust voor een positieve insteek.

Wij danken Ad van de Ven voor zijn werkzaamheden als scriptiebegeleider. Verder danken wij de betreffende gedragswetenschappers van de locaties Bedum en Apeldoorn voor het mede begeleiden van onze afstudeeropdracht.

Samenvatting

In deze afstudeeropdracht is onderzoek verricht naar de vraag of psychomotorische therapie kan bijdragen aan het reduceren van agressief gedrag bij jongeren met een lichte verstandelijke beperking.

In het theoretisch kader is een verdeling gemaakt tussen de algemene diagnostiek over de LVG doelgroep met agressie problematiek en het specifieke beleid omtrent dit onderwerp gerelateerd aan 's Heeren Loo en vervolgens naar de beide afdelingen PMT.

De methode is uitgevoerd middels twee vragenlijsten (BDHI-D + SBC), waarbij er een effectmeting is uitgevoerd. In acht sessies is het praktijkonderzoek verricht bij in totaal zes lvg cliënten binnen de locaties Bedum en Apeldoorn van de instelling voor mensen met een verstandelijke beperking, te weten: 's Heeren Loo. Er is een voor- en nameting gedaan bij de cliënten.

Dit met als doel om vast te stellen of het vroeg herkennen van lichaamssignalen bijdraagt aan het reduceren van agressief gedrag door de cliënten tijdens het praktijkonderzoek bewust te maken van lichaamssignalen. Gekeken is of ze in een eerder stadium (vroeg signaleren) lichaamssignalen ervaren, herkennen en hier vervolgens ook naar weten te handelen om uiteindelijk het doorschieten naar agressief gedrag bij deze doelgroep te voorkomen.

Uit de resultaten van het onderzoek is gebleken dat alle cliënten een positieve verandering hadden gescoord bij de nameting. De onderzoeksgroep voor dit onderzoek heeft dus een beter lichaamsbesef gescoord bij de SBC test en uit de BDHI-D test kwam naar voren dat hun neiging tot agressief gedrag is afgenomen.

Het onderzoek heeft op korte termijn een positieve verandering bewerkstelligd bij de onderzoeksgroep. Dit wil zeggen dat de vragenlijst in beide gevallen een positief resultaat heeft laten zien. Wel blijft nog de vraag in hoeverre de gedragsproblematiek van de onderzoeksgroep daadwerkelijk is veranderd in de praktijk. Er is namelijk geen onderzoek gedaan op langer termijn naar de veranderingen in het dagelijks leven bij de LVG jongeren met fysieke agressie problematiek.

Inhoudsopgave

Voorwoord	1
Samenvatting	2
Inhoudsopgave	3
1 Inleiding	
1.1 Aanleiding	5
1.2 Doelstelling	5
2 Licht verstandelijke beperking (LVG)	
2.1 Inleiding	7
2.2 Wanneer val je onder deze doelgroep	7
2.3 Classificerende diagnostiek	7
2.4 Hermeneutische diagnostiek	8
2.5.1 Specifieke kenmerken: Sociaal emotioneel	9
2.5.2 Specifieke kenmerken: Leren	9
2.5.3 Specifieke kenmerken: Cognitief	9
2.5.4 Specifieke kenmerken: Sociale informatieverwerking	10
2.5.5 Specifieke kenmerken: Zelfbeeld	10
2.5.6 Specifieke kenmerken in combinatie met fysieke agressie	11
2.6 Begrippen definiëring	11
3 Agressie, gedragsproblematiek en lichaamsbesef	
3.1 Resultaten eerdere onderzoeken agressie	12
3.2 Vormen van agressie	12
3.3 Agressie	13
3.4 Fysieke agressie	14
3.5 Gezondheidsklachten door agressie	14
3.6 Gedragsproblematiek	14
3.7 Lichaamsbesef	14
4 Behandeling van agressie binnen 's Heeren Loo	
4.1 Algemeen beleid van 's Heeren Loo omtrent agressie en probleemgedrag van cliënten	15
4.2 PMT in relatie tot agressieproblematiek binnen 's Heeren Loo	17
5 Methode	
5.1 Onderzoekspopulatie en onderzoeksdesign	18
5.2 Onderzoeksmethode en procedure	18
5.3 Meetinstrumenten	18
5.4 Thema's binnen de PMT module	19

6	Resultaten SBC en BDHI-D	
6.1	Resultaten SBC volledig test	21
6.2	Resultaten SBC gericht op body awareness	22
6.3	Resultaten SBC gericht op body dissociation	23
6.4	Resultaten BDHI-D totaal	24
6.5	Resultaten BDHI-D in Apeldoorn	25
6.6	Resultaten BDHI-D in Bedum	25
7	Discussie	26
8	Conclusie	28
9	Aanbevelingen	30
10	Literatuurlijst	31
11	Bijlagen	
11.1	Test Scale of Body Connection (SBC-price)	33
11.2	Test Buss-Durkee-Hostility-Inventory-Dutch (BDHI-D)	35
11.3	Spanningsmeter	37
11.4	Aangeboden PMT-module	38
12	Afbeeldingen	
12.1	Tabel 1: Resultaten testscores Scale of Body Connection	41
12.2	Tabel 2: Resultaten testscores body awareness uit de SBC-price test	41
12.3	Tabel 3: Resultaten testscores body dissociation uit de SBC-price test	42
12.4	Tabel 4: Resultaten test Buss-Durkee-Hostility-Inventory-Dutch	42
12.5	Tabel 5 – 17: Individuele resultaten BDHI-D test	43

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

Agressie is een probleem, voor iedereen! Dus niet alleen in de hulpverlening, maar ook in de maatschappij: sla een krant maar eens open. Geweld en zeker “zinloos geweld” is een “hot item”.

Binnen 's Heeren Loo worden steeds meer jongeren met een lichte verstandelijke beperking geplaatst. Veel van deze jongeren hebben bijkomende agressie problematiek. Met name de fysieke agressie zorgt bij de begeleiding voor veel problemen. Voor de LVG doelgroep zelf heeft deze fysieke agressie veelal negatieve gevolgen, bijvoorbeeld dat ze een negatief zelfbeeld gaan ontwikkelen. Fysieke agressie komt veel voor bij LVG jongeren, die binnen 's Heeren Loo woonachtig zijn. Op de afdeling Advisium waaronder de psychomotorische therapie (PMT) valt, komen veel aanvragen binnen voor jongeren met deze problematiek. Fysieke agressie kan uiteindelijk zulke verstrekkende gevolgen hebben voor de begeleiders en de jongeren zelf, dat het van groot belang is dat wordt onderzocht welke PMT interventies effect hebben wat betreft vermindering of zelfs het voorkomen van deze fysieke agressie.

Vandaar dat de onderzoeksvraag van deze afstudeeropdracht is:

Wat is het effect van psychomotorische therapie bij jongeren met een lichte verstandelijke beperking met bijkomende agressie problematiek?

De doelstelling van deze afstudeeropdracht is:

Kan PMT als therapie aantonen, dat het effectief is in het reduceren van fysieke agressie bij jongeren met een lichte verstandelijke beperking?

Van daaruit zijn de volgende deelvragen opgesteld:

Wat is een lichte verstandelijke beperking?

Welke kenmerken hebben jongeren met deze beperking?

Wat is agressie?

Wat is lichaamsbesef?

Leidt PMT ertoe dat LVG jongeren hun lichaamssignalen gaan herkennen en benoemen?

1.2 Doelstelling

Dit onderzoek geeft aan dat psychomotorische therapie de fysieke agressie van jongeren met een licht verstandelijke beperking beïnvloedt door het eerder herkennen van lichaamssignalen. Het onderzoek is een kleine stap om psychomotorische therapie meer “evidence based” te krijgen.

Dit onderzoek wil aantonen dat PMT als therapie bewezen effectief is in het reduceren van agressief gedrag bij jongeren met een lichte verstandelijke beperking

In dit onderzoek staat het leren herkennen van lichaamssignalen als basis voor deze mogelijke gedragsverandering. Het onderzoek toont aan dat door het leren herkennen van lichaamssignalen bij de jongeren de spanning niet snel hoger oploopt. Stappen kunnen eerder ondernomen worden om de spanning te laten zakken. Hierbij is een belangrijke rol voor de begeleiding van de jongeren weggelegd binnen hun woon- en werkomgeving.

2 Licht verstandelijke beperking (LVG)

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de doelgroep licht verstandelijk gehandicapten beschreven en welke kenmerken vaak aanwezig zijn.

2.2 Wanneer val je onder deze doelgroep?

Vroeger werden deze jongeren vaak gekarakteriseerd met lichte zwakzinnigheid of zwakbegaafdheid. Tegenwoordig noemen we dit de lvg jongeren, wat voluit betekent licht verstandelijk gehandicapt.

2.3 Classificerende diagnostiek

Classificatie volgens Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- Fourth Edition (DSM IV, 2001) AS II: Zwakzinnigheid;

- A. Verstandelijk duidelijk onder het gemiddelde functioneren: IQ van ongeveer 70 of lager bij een individueel toegepaste IQ-test.
- B. Gelijktijdige aanwezige tekorten in of beperkingen van het huidige aanpassingsgedrag (dat wil zeggen of de betrokkene erin slaagt te voldoen aan de standaarden die bij zijn of haar culturele achtergrond horen) op tenminste twee van de volgende terreinen: communicatie, zelfverzorging, zelfstandig kunnen wonen, sociale en relationele vaardigheden, gebruik maken van gemeenschapsvoorzieningen, zelfstandig beslissingen nemen, functionele intellectuele vaardigheden, werk, ontspanning, gezindheid en veiligheid.
- C. Begin ligt voor het achttiende levensjaar.

2.4 Hermeneutische diagnostiek

Uit de werkgroep van het Landelijk Kenniscentrum LVG die onderzoek doet naar de indicatiecriteria, is het onderstaande model als uitgangspunt gekozen:

LVG- specifieke kenmerken:	En bijkomende kenmerken / problematiek:	Komen tot uiting in:
Intelligentie: IQ 50 – 85	Leerproblemen	Ernstige gedragsproblemen
Beperkt sociaal aanpassingsvermogen	Psychiatrische stoornis, medisch-organische problemen, problemen in gezin en sociale context	Ernstige gedragsproblemen
En leiden tot: Chroniciteit / langdurige behoefte aan ondersteuning	Chroniciteit / langdurige behoefte aan ondersteuning	Chroniciteit / langdurige behoefte aan ondersteuning

Bij het model is het volgende op te merken:

IQ-score zegt niet alles:

De praktijk laat zien dat de jongeren met een lichte verstandelijke beperking zich niet alleen laten bepalen door de uitkomst van de IQ-score. Je moet daarom de IQ-score zien als een mogelijke signalering van een licht verstandelijke handicap. Wanneer er een IQ-score tussen de 50 – 70 is, dan is er zeker sprake van een licht verstandelijke handicap. Alleen bij een score tussen de 70 – 85 is het nodig om meerdere onderzoeken te doen in andere velden om zo de licht verstandelijke beperking te kunnen vaststellen.

Beperkt sociaal aanpassingsvermogen:

In sociale situaties zie je de problematiek van deze jongeren duidelijk terugkomen. Ze hebben veel moeite hebben met het sociaal aanpassingsvermogen. Zonder hulp lukt dit niet. De kern zit in de verhouding van de jongeren met een licht verstandelijke handicap en zijn of haar omgeving. Dan hebben we het over: gezin, familie, vrienden, school, partnerrelaties, werk en collega's, het openbare leven, vrije tijdsbesteding, enz.

Gedragsproblemen:

Ze hebben vaak te maken met een psychiatrische stoornis, leerproblemen, problemen in de gezinssituatie en/of een aandoening van medisch-organische aard. Het complex van factoren uit zich bij de jongeren in ernstige gedragsproblemen. De jongeren laten dat zien door in zichzelf te keren (internaliserend probleemgedrag) of juist door enorm aanwezig te zijn (externaliserend probleemgedrag). Deze jongeren laten meer antisociaal gedrag en delinquent gedrag zien, dan jongeren met een IQ hoger dan 85. Bovendien lopen deze groepen jongeren een groter risico om psychiatrische stoornissen, emotionele en gedragsproblemen en delinquent gedrag te ontwikkelen op latere leeftijd (Van Nieuwenhuijzen, Orobio de Castro, en Matthys 2006).

2.5.1 Specifieke kenmerken: Sociaal – emotioneel

Jongeren met een negatieve gemoedsstemming geven sociale signalen eerder af met een vijandige attributie. Van Nieuwenhuijzen en Elias (2001) veronderstellen dat ego-controle, impulsiviteit, aandachtspanne en emoties het verloop van sociale informatieverwerking kunnen beïnvloeden. Er wordt aangenomen dat jongeren met een licht verstandelijk handicap een grotere achterstand hebben in het sociaal-functioneren, dan in het cognitief functioneren. Met name deze doelgroep heeft moeite met het reguleren van hun emoties. Emotioneel zijn ze erg onvoorspelbaar. De stemming kan plotseling omslaan en dan kan er een emotionele uitbarsting plaatsvinden die in eerste instantie moeilijk te herleiden is.

Uit eigen praktijkervaringen, zie je veel terug dat deze jongeren moeilijk contact kunnen aangaan en onderhouden met leeftijdsgenootjes. Met name wanneer iets onverwachts gebeurt of het niet gaat zoals deze jongeren willen, zijn ze snel geprikkeld in negatieve zin.

2.5.2 Specifieke kenmerken: Leren

Deze jongeren denken concreet en kunnen moeilijk abstraheren. Het vermogen tot reflectie en kritisch oordelen is heel beperkt (Kraijer, 2006). Leren gaat daardoor beter door ervaringsleren. Door vallen en opstaan, komt men tot inzicht. Tot inzicht komen duurt dan ook vaak langer en moet vaker herhaald worden (Impuls et al., 2007). Als ze een bepaalde vaardigheid hebben opgedaan, blijkt het voor hen moeilijk om deze in andere situaties toe te passen en in de tijd vast te houden (De Koning en Collin, 2007). Tijdens het leren zijn ze bovendien extra gevoelig voor de effecten van leerprocessen tijdens interactie, zoals inadequate bekrachtiging, onjuiste bestraffing en onverwachte reacties. Jongeren met een licht verstandelijk handicap zijn zeer gevoelig voor stress en kunnen daar ook moeilijk mee omgaan; ze hebben een zwakke coping (Dekker, Douma, Ruiten & Koot, 2006; Van Der Wielen, 2006).

In de praktijk zie je dat terug, wanneer het kwaad al geschiet is. Ze kunnen van te voren niet overdenken wat de gevolgen zijn van deze ontlading. Voorbeeld daarvan is: een jongen slaat een andere jongen, omdat hij hem zat te klieren. Alleen denkt de jongen dan niet na over de gevolgen van zijn klap. De jongen denkt namelijk dat hij de klap gewoon verdiende.

2.5.3 Specifieke kenmerken: Cognitief

Bij jongeren met een licht verstandelijke handicap verlopen de cognitieve processen anders dan bij de gemiddelde mens. Kenmerken zijn voor deze jongeren zijn: impulsiviteit, motivatieproblemen, geringe aandachtsspanne en te veel gebondenheid aan het onmiddellijk voorspelbare en het hier en nu (Embregts, 2000). De snelheid van het denken ligt lager en ze hebben een minder goed werkend korte termijn geheugen (Van Der Wielen, 2006). Vooral verbale informatie kost hun veel meer moeite door het tegelijkertijd opslaan en verwerken van de informatie. Oorzaak - gevolg relaties hebben een geringe opmerkzaamheid bij deze jongeren. Tevens hebben zij een geringe neiging om bij problemen op zoek te gaan naar oorzaken en gedragsalternatieven. Overzien van de consequenties van hun eigen gedrag is ook erg moeilijk. Het vermogen tot plannen en vooruitzien is ook kleiner (Mulder, Didden, Lenderink & Enserink, 2006; Ponsioen, 2001). Bij theory – of – mind en het gebied van perspectief nemen lijkt er sprake van een achterstand (Ponsioen, 2001). Met name deze jongeren zijn enthousiast bij nieuwe dingen, dat is interessant en onbekend. Maar als dan al snel blijkt dat het nieuwe eraf is, dan verdwijnt de motivatie snel. Daarnaast bellen ze eerder af of blijven ze weg. En wanneer je ze daar op aanspreekt, dan heeft de therapeut het gedaan.

2.5.4 Specifieke kenmerken: Sociale informatieverwerking

Uit onderzoek naar sociale informatieverwerking (Van Nieuwenhuijzen, 2004), blijkt dat jongeren met een licht verstandelijk handicap wel evenveel informatie waarnemen als gemiddelde kinderen, maar hun aandacht minder op de relevante informatie richten. Ze letten meer op de letterlijke informatie en negatieve informatie. Ze komen met minder assertieve oplossingen en ze waarderen agressieve en passieve oplossingen hoger dan goede, assertieve oplossingen (Van Nieuwenhuijzen en Elias, 2006). Van Nieuwenhuijzen en Elias (2006) vermoeden dat deze jongeren niet nadenken over de mogelijke oplossingen, maar kiezen gelijk het eerste wat in hun hoofd opkomt. Door verstoorde informatieverwerking kennen ze vaak verkeerde attributies. Met het adequaat duiden van signalen hebben deze jongeren moeite, met name als het gaat om de signalen van de positieve ontlading. Het benoemen en herkennen van emoties en lichaamssignalen is ook een probleem (Ponsioen, 2001). De meest voorkomende oplossing is vaak een negatieve. Dit patroon wordt zo bestendig en kan door negatieve reacties van anderen op deze negatieve oplossingen tot een negatieve spiraal leiden (Van Der Gaag, 2007).

Bij deze jongeren merk je dat in de zaal ook. Wanneer je ze 10 complimenten geeft en 1 opmerking maakt wat misschien anders kan of moet. Dan onthouden ze die en zijn ze de 10 complimenten alweer vergeten.

2.5.5 Specifieke kenmerken: Zelfbeeld

Aan het zelfbeeld is de gevoeligheid waarschijnlijk gerelateerd. Het zelfbeeld is dubbel. Je hebt de kant waarin zij zichzelf vaak negatief zien en zichzelf onderschatten (Van Der Wielen, 2006). Waarschijnlijk heeft dit zelfbeeld te maken met eerdere negatieve ervaringen of tegenslagen. De verwachting van succes is hierdoor lager. Hierdoor heb je wel te maken met het feit dat men eerder opgeeft en zo nog minder succes behaalt. Ze gaan dan ook minder snel een nieuwe uitdaging aan. De bejegening van deze jongeren is daarom enorm belangrijk, dus dit moet op een positieve manier. Maar aan de andere kant worden door deze jongeren vaak niet hun eigen mogelijkheden en beperking realistisch ingeschat en overschat men zichzelf. Aan dit slechte en inconsistente zelfbeeld licht waarschijnlijk een slechte zelfmonitoring ten grondslag. Het vermogen om naar zichzelf te kijken ontbreekt vaak (Van Der Linde, 2007; Van Der Wielen, 2006).

Opvallend is dat deze jongeren afhankelijk zijn van derden om hun gedrag adequaat te sturen. Zij hebben niet het vermogen om zichzelf te sturen en dan hun eigen handelen te evalueren. Dit alles hangt samen met een gebrekkige meta-cognitie, kunnen nadenken over eigen functioneren en het sturen van de eigen oplossings- en leerprocessen. En het maken van een plan voor het eigen oplossingsgedrag en het achteraf evalueren. Veel van de problemen omtrent cognitieve taken bij deze jongeren worden toegeschreven door de problemen met de zelfsturing en zelfregulatie. Dit in plaats van de specifieke cognitieve functies. Ze zijn wel in staat tot plannen en strategiehantering indien zij de structuur en strategieën krijgen aangereikt (Ponsioen, 2001).

Een mooi voorbeeld hiervan is van een lvg jongen die bij ons kwam voor therapie. Hij paste zijn eigen kledingstijl aan, aan de stijl van hoe sommige collega's eruit zagen.

2.5.6 Specifieke kenmerken in combinatie met fysieke agressie

Onze onderzoeksgroep is sociaal-emotioneel erg kwetsbaar. Ze zijn snel geprikkeld, doordat deze jongeren zich door anderen niet begrepen of gehoord voelen. Hierdoor verliezen deze jongeren sneller hun controle en kan zich dat uiten in fysieke agressie. In de ogen van deze jongeren ligt het altijd vaak aan de ander en niet aan hun zelf. Doordat ze vaak heel impulsief reageren, overzien ze vaak de gevolgen hiervan niet. Hun aandacht is vaak gericht op de negatieve informatie die binnenkomt. Vaak zijn ze heel selectief in het ontvangen van informatie. Hierdoor missen ze vaak de positieve boodschappen die gezegd worden, maar juist die ene wanklank horen ze wel waardoor ze weer snel geprikkeld zijn. Ook een groot probleem bij deze jongeren is ook dat ze geen reëel zelfbeeld hebben. Dit zijn vaak uitersten en kan vervolgens heel negatief zijn, door zichzelf te onderschatten of te overschatten. Het probleem is dan vaak dat deze situaties niet zo verlopen als dat de jongeren in gedachten hebben. Waardoor ze weer een negatieve ervaring op doen, die zich uiteindelijk kan opbouwen tot fysieke agressie. In hoofdstuk 3 (Agressie, gedragsproblematiek & lichaamsbesef) wordt mede het begrip agressie nader toegelicht.

2.6 Begrippen definiëring:

Lichaamsbesef.

Lichaamsbesef wordt gedefinieerd als: “Het bewust zijn van het eigen lichaam, de grenzen van het eigen lichaam, de positie van eigen ledematen en lichamelijke sensaties” (Emck et al., 2007). In de module gaat het om het leren voelen, herkennen en differentiëren van lichamelijke sensaties, en om de subjectieve, gevoelsmatige ervaring van het eigen lichaam (Emck et al., 2007).

Gedragsproblemen.

Wanneer iemand vaak gedrag laat zien wat niet gewenst is en storend is voor anderen, dan spreekt men van gedragsproblemen. Deze vorm van gedragsproblemen wordt ook wel externaliserend probleemgedrag genoemd. Onder externaliserend probleemgedrag wordt ook agressief gedrag verstaan of woedeaanvallen en driftbuien. Wat dan ook weer kan doorslaan naar delinquent gedrag. Het gaat dus om gedrag dat zichtbaar naar buiten is gekeerd. (Junger. Mesman. Meeus, 2003) (Ploeg, van der 2007).

Wanneer langer dan zes maanden deze gedragsproblemen zichtbaar zijn, dan wordt het een gedragsstoornis. Maar dan moeten deze symptomen ook in combinatie voorkomen zoals deze in de DSM-IV beschreven staan (Junger, Mesman, & Meeus, 2003).

De begrippen agressie en fysieke agressie worden uitgelegd in hoofdstuk 3 Agressie.

3. Agressie, gedragsproblematiek & lichaamsbesef

3.1 Resultaten eerdere onderzoeken agressie

Dosen (2005) stelt dat bij mensen met een verstandelijke beperking, agressief gedrag veel vaker voorkomt dan bij de gewone populatie. Dekker & Koot (2003) kwamen naar aanleiding van hun onderzoek tot de conclusie, dat het drie tot vier maal vaker voorkomt. Het behandelen van agressief gedrag valt onder de moeilijkste te behandelen categorieën beweert Van Maanen (2003). Uit eerder onderzoek van Van Maanen, is naar voren gekomen dat agressief gedrag vaak het gevolg is van tekorten in de informatieverwerking van sociale probleemsituaties. Deze jongeren nemen een sociale situatie vaak niet goed waar. Ze beoordelen een probleemsituatie vaak negatief vanuit hun oogpunt. En vanuit daar creëren ze voor zichzelf eerst een gevoel van dreiging, onrecht, onbegrip of vijandigheid, waarop ze dan snel agressief reageren. Het is voor deze jongeren erg belangrijk dat ze gehoord en gezien worden door anderen, waarbij het belangrijk is dat je let op hoe en wat je zegt.

3.2 Vormen van agressie

Er zijn drie veel voorkomende typen van agressieproblematiek, Klomp (1995) onderscheidt deze:

- Instrumenteel, behoefte aan macht/erkenning: je zin krijgen, de baas spelen,
- Geringe frustratietolerantie, onzekerheid en angst: under-controllers, van je af slaan,
- Negatief zelfbeeld externe toelating of control: over-controllers, opkroppen en ontploffen.

Vaak staat één van deze types op de voorgrond, maar het is niet eenvoudig om aan te duiden welk type.

De typering van agressie verwijst naar het gedrag, de uitingvorm en de manier waarop de cliënten omgaan met agressie. De under-controllers nemen summier, selectief of vervormd waar. Hierdoor kunnen wel eenzijdige interpretaties gemaakt worden. De interpretatie voor hun is dan snel agressieprovocerend. In hun ogen valt hun gedrag wel mee, terwijl de omgeving het zwaarder interpreteert. Gedrag van een ander wordt altijd als zwaarder gezien. De over-controllers is het vergroten van het probleemoplossend vermogen. Voor beide is het vergroten en gevoeliger maken van de waarnemingen (Lochman, White en Wayland, 1991). In de literatuur wordt er onderscheid gemaakt tussen directe en indirecte agressie. Onder directe agressie wordt verstaan het externaliseren van het probleem, bijvoorbeeld slaan of schoppen. Indirecte agressie is internaliseren van het probleem, dus niet direct fysiek contact. Voorbeelden hiervan zijn: schelden of het buitensluiten van iemand (Card, Stucky, Sawalani & Little, 2008)

Binnen dit onderzoek hebben deze jongeren de hulpvraag om te leren omgaan met hun boosheid. Ze uiten hun agressie op verschillende manieren, dit kan verbaal (schelden, bedreigen of manipuleren) of op een fysieke manier (slaan, schoppen of vernielen van spullen).

3.3 Agressie

Er zijn verschillende opvattingen over wat agressie betekent. Een gangbare definitie die aanhang vindt zegt dat agressie het vermogen is van de mens om zich te verhouden tot anderen, om zichzelf en anderen te verdedigen bij aanvallen, om zelf aan te vallen en om voedsel te verzamelen. De mens gebruikt agressie om zijn positie in zijn relaties tot anderen te zekeren. Dit alles staat in dienst van zijn grote levensdoel: de voortplanting en de bevestiging van zichzelf in het leven, weg van de dood (Darwin, 1859). Een andere definitie die vooral veel aanhang geniet is dat agressief gedrag, die vorm van gedrag is, die er bewust op gericht is anderen schade te berokkenen (Doremalen & Vervoort, 2005). Agressie heeft volgens Darwin, Doremalen & Vervoort twee kanten. Aan de ene kant heeft agressie een constructieve kant: het is namelijk noodzakelijk om te kunnen overleven. Aan de andere kant heeft het ook een destructieve kant: agressie kan schadelijk zijn voor jezelf en voor de andere.

Agressie wordt opgevat als het schade toebrengen aan een ander, de ander aanvallen of bedreigen met psychisch of fysiek geweld. Agressie kan er op vele manieren uitzien, het kan fysiek (slaan, schoppen), verbaal (schelden), direct (schelden, slaan) en/of indirect (stoken) zijn (Van Der Ploeg, 1997).

Boerhout en Van Der Weele (2008) deelt de bovenstaande definitie in onder destructieve agressie. Met name emoties die onderdrukt zijn komen hier naar voren: woede, wanhoop, wrok of cynisme, kunnen hierbij de kop opsteken. Hier tegenover staat de constructieve agressie. Deze is nodig om ergens op af te gaan en om eigenheid te verwerven of zich te kunnen verbinden of begrenzen (Boerhout en Van Der Weele, 2008).

De definitie van agressie volgens de Arbowet luidt als volgt: “Agressie is iedere vorm van gedrag, dat gericht is op het ontladen van gevoelens van frustratie dan wel op het te weeg brengen van angst of onlustgevoelens bij de ander of op het doelbewust toebrengen van materiële of immateriële schade”.

Volgens Novaco, (Wiepkema & Hooff, 1977) hebben agressieve uitingen een functie:

- Het is een manier van zelfverdediging.
- Het is een manier om invloed uit te oefenen.
- Het is een manier om uitdrukking te geven aan negatieve gevoelens ten aanzien van anderen.

Agressie kan volgens van Geest (2010) onderverdeeld worden in drie soorten:

- Instrumentele agressie

Is agressie die doelbewust door de cliënt wordt ingezet om iets voor elkaar te krijgen.

- Frustratie-agressie

Deze vorm van agressie ontstaat door emoties zoals frustratie, boosheid, angst of wanhoop. Deze emoties lopen zo hoog op dat ze op een gegeven moment de overhand nemen. Als een druppel die de emmer doet overlopen. Het is daarom vaak een goede strategie om met veel begrip en ruimte voor die onderliggende emotie te reageren.

- Psychopathologische agressie

Deze vorm van agressie ontstaat door drugs of alcohol gebruik of door psychisch verward zijn, zoals bijvoorbeeld bij een psychose of bij een verkeerde medicatie.

Er bestaan, zoals hierboven staat beschreven, verschillende soorten van agressie. De onderzoeksgroep, die is ingezet voor deze afstudeeropdracht, vertoont vooral frustratie agressie. De doelgroep die is meegenomen voor deze scriptie heeft niet de vaardigheden om bijvoorbeeld in een vroeg stadium lichaamssignalen te herkennen die het voorteken kunnen zijn van opbouwende spanning. Met als gevolg dat frustratie, boosheid, angst of wanhoop zich zover opstapelt dat het gedrag uiteindelijk uitmond in fysieke agressie. Deze fysieke agressie richt zich voornamelijk op begeleiders en mede cliënten.

3.4 Fysieke agressie

Onder fysieke agressie wordt verstaan het uitoefenen van enig feitelijk geweld op het lichaam van een ander. Dus ook de goedbedoelde tik kan hieronder worden verstaan.

Het ministerie van Sociale zaken en Werkgelegenheid komt met de volgende definitie voor fysieke agressie: “schoppen, duwen, slaan, spugen, vernielen of beroven. Bij gewelddadige situaties kan fysieke agressie zelfs nog extremere vormen aannemen”.

3.5 Gezondheidsklachten door agressie

Verbale agressie op het werk komt vaker voor dan fysieke agressie, maar is niet minder schadelijk. Naast de daadwerkelijke pijn kunnen fysieke en verbale agressie op het werk ook leiden tot psychische pijn en andere gezondheidsklachten zoals:

- Angstgevoelens
- Slaapstoornissen
- Maagpijn
- Psychosomatische klachten

Het spreekt voor zich dat al deze klachten kunnen leiden tot een hoger ziekteverzuim. Uit de Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden (2008) blijkt dat 2% van alle werknemers jaarlijks één of meerdere verzuimt als gevolg van agressie op het werk. Eén derde daarvan is zelfs langer dan vier weken uit de ‘running’.

3.6 Gedragsproblematiek

Wanneer iemand vaak gedrag laat zien wat niet gewenst is en storend is voor anderen, dan spreekt men van gedragsproblemen. Deze vorm van gedragsproblemen wordt ook wel externaliserend probleemgedrag genoemd. Onder externaliserend probleemgedrag wordt ook agressief gedrag verstaan of woedeaanvallen en driftbuien. Wat dan ook weer kan doorslaan naar delinquent gedrag. Het gaat dus om gedrag dat zichtbaar naar buiten is gekeerd. (Junger, Mesman, Meeus, 2003) (Ploeg, van der 2007).

Wanneer langer dan zes maanden deze gedragsproblemen zichtbaar zijn, dan wordt het een gedragsstoornis. Maar dan moeten deze symptomen ook in combinatie voorkomen zoals deze in de DSM-IV beschreven staan (Junger, Mesman, & Meeus, 2003).

3.7 Lichaamsbesef

Lichaamsbesef wordt gedefinieerd als: “Het bewust zijn van het eigen lichaam, de grenzen van het eigen lichaam, de positie van eigen ledematen en lichamelijke sensaties” (Emck et al., 2007). In de module gaat het om het leren voelen, herkennen en differentiëren van lichamelijke sensaties, en om de subjectieve, gevoelsmatige ervaring van het eigen lichaam (Emck et al., 2007).

4 Behandeling van agressie binnen 's Heeren Loo

4.1 Algemeen beleid van 's Heeren Loo omtrent agressie en probleemgedrag van cliënten

Zoals eerder aangegeven is, zie je dat deze doelgroep de laatste enorm tijd is toegenomen binnen de verstandelijk gehandicapten zorg en ook binnen 's Heeren Loo. Er kwamen speciale woningen voor deze jongeren. Er kwam ook meer zicht op de problematiek van deze jongeren in de maatschappij. Met name veel agressie kwam er naar voren. Van daaruit kwamen er steeds meer aanvragen binnen bij Advisum voor PMT.

Binnen 's Heeren Loo zijn zo de laatste jaren verschillende protocollen ontwikkeld om professioneler met deze problematiek omtrent het probleemgedrag van jongeren met een verstandelijke beperking om te gaan. Er is sinds februari 2012 een landelijk protocol ontwikkeld waarbinnen alle richtlijnen vallen die betrekking hebben op het probleemgedrag van cliënten. Dit protocol heeft de naam “samen veilig” (Save, 2012). Hierin staat: “Bij 's Heeren Loo zijn cliënten in zorg van wie het gedrag een risico kan zijn voor hun omgeving en/of zichzelf. Het is in het belang van zowel deze cliënten als van hun medecliënten en ook de begeleiding, dat dit risicovolle gedrag zoveel mogelijk voorkomen en teruggebracht wordt.

Het inschatten van risicovol gedrag en ermee omgaan gebeurt al, door begeleiders in het leven van alledag en door gedragsdeskundigen. Het systematisch in kaart brengen van risicovol gedrag heeft als doel te zorgen voor een goede bejegening en het bieden van de juiste begeleidingscontext. Zo wordt de kans op het risicovolle gedrag kleiner en het welzijn van de cliënt vergroot. Ook kunnen dan duidelijke afspraken gemaakt worden met betrekking tot risico's die voor alle betrokkenen aanvaardbaar zijn. Het is uitdrukkelijk niet de bedoeling van risicomangement om zorg te weigeren of vrijheid beperkende maatregelen in te zetten of te legitimeren.

Verder is het streven van 's Heeren Loo om elke cliënt die valt onder de diagnose probleemgedrag te voorzien van een signaleringsplan. In dit signaleringsplan wordt het volledige gedrag van de betreffende cliënten omschreven in vijf fasen die zijn verdeeld van de ontspannen fase tot aan agressief gedrag.

Dit signaleringsplan wordt aangestuurd door de gedragsdeskundigen in samenwerking met de betreffende cliënt, de persoonlijke begeleider van de cliënt en of ouders/wettelijke vertegenwoordigers. In dit signaleringsplan wordt het totale gedrag de cliënt omschreven en de bijbehorende grondhouding vanuit de begeleiding. Het signaleringsplan is oorspronkelijk opgezet in 7 verschillende fasen en met name veelvuldig gebruikt in de psychiatrie (Van de Werf, e.a.,1998). Zowel het protocol als het signaleringsplan worden concreet uitgewerkt en vervolgens opgenomen in het persoonlijk van de cliënt.

De volgende disciplines houden zich binnen 's Heeren Loo bezig met het probleemgedrag van cliënten.

Psychomotorische therapie.

De definitie van psychomotorische therapie, volgens de Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie (NVPMT) is:

“De intentionele, methodische geplande beïnvloeding van mensen, gericht op verandering ten aanzien van psychosociale problematiek van deze mensen, waarbij het bewegen en de lichamelijke centrale thema's van omgang zijn”

BOPZ commissie.

Deze commissie bewaakt de wet en regelgeving die gelden bij een instelling voor mensen met een verstandelijke beperking. Het doel van de wet BOPZ is het waarborgen van de rechtspositie van de cliënt en slechts na zorgvuldige afweging en professionele besluitvorming onder bepaalde condities over te gaan tot het toepassen van Middelen en Maatregelen.

Agressie regulatie team.

Tijdens trainingen leer je via de 'boosheidcontroleketen' controle over je boosheid te houden. Er wordt getracht zoveel mogelijk terug te koppelen naar situaties uit de dagelijkse praktijk. We praten samen, maar we leren vooral door te doen via rollenspelen. Dit alles gaat samen met het oefenen van de sociale vaardigheden die nodig zijn om de moeilijke situaties weer op te kunnen lossen. Door middel van de agressie regulatie training kun je leren je woedeaanvallen onder controle te houden (Bosman, 2010). Dit lukt niet van de één op de andere dag, maar zal een intensief te volgen traject zijn.

Weerbaarheidstraining.

In deze training worden begeleiders vanuit wonen en dagbesteding geschoold om op een adequate wijze om te gaan met het probleemgedrag van cliënten. Ook het signaleringsplan is verweven in deze training. Verder staat deze training stil bij herkennen van signalen die de cliënten afgeven die ten grondslag kunnen liggen om probleemgedrag op te bouwen.

Het doel van de weerbaarheidstrainingen is om de cliënten met agressie problematiek beter te kunnen begeleiden om vervolgens agressief gedrag te reduceren. Tevens worden vrijheid beperkende maatregelen aangeleerd. Wanneer het gedrag van de cliënten op wat voor wijze dan ook escaleert, worden er technieken aangeboden. Hiermee zijn de begeleiders in staat om middels fixatie het externaliserende probleemgedrag te controleren.

Gedragsdeskundigen.

Onder de gedragsdeskundigen binnen 's Heeren Loo vallen de orthopedagogen en de GZ-en of klinische psychologen. De gedragsdeskundigen houden zich bezig met diagnostiek en behandeling van de cliënt en geven zorginhoudelijke adviezen aan de begeleiders ten aanzien van het gedrag van de cliënten.

4.2) PMT in relatie tot agressieproblematiek binnen 's Heeren Loo.

Psychomotorische therapie maakt onderdeel uit van Advisium. Advisium is een onderdeel van de organisatie waar alle vak therapeuten onder vallen, zoals:

- AVG artsen
- GZ-psychologen
- Orthopedagogen
- Fysiotherapeuten
- Ergotherapeuten
- Logopedisten
- Speltherapeuten
- Muziektherapeuten

Aanvragen voor PMT lopen via de gedragsdeskundigen en de persoonlijk begeleiders. Vanuit deze aanvraag wordt een contract opgesteld waarin de afspraken en de doelen worden omschreven.

5 Methode

5.1 Onderzoekspopulatie en onderzoeksdesign

Dit onderzoek is uitgevoerd bij zes LVG jongeren in de leeftijd van veertien tot vierentwintig jaar die allen woonachtig zijn binnen 's Heeren Loo. De cliënten kregen ieder acht sessies psychomotorische therapie aangeboden. Uiteindelijk heeft één cliënt alle PMT sessies gevolgd. De overige vijf cliënten hebben om diverse redenen, eenmalig, afgezien van een therapie sessie.

Alle betreffende cliënten waren van het mannelijke geslacht. In dit praktijkonderzoek is een effectmeting uitgevoerd. Waarbij er voor aanvang van de eerste therapie een nul-meting is afgenomen. Bij deze metingen is gebruik gemaakt van de BHDI-D en SBC-price vragenlijst. Na de laatste therapiesessie is er weer dezelfde meting geweest bij alle cliënten.

5.2 Onderzoeksmethode en procedure

Dit onderzoek is een experimenteel onderzoek. De cliënten krijgen individueel 8 therapie sessies van 60 minuten. Binnen de sessies lag de nadruk op het herkennen en verbeteren van het lichaamsbesef. Er hebben twee meetmomenten plaatsgevonden. De eerste was voor aanvang van de 1^e therapie sessie en de 2^e vond plaats na de achtste therapie.

5.3 Meetinstrumenten

Er is gebruik gemaakt van twee meetinstrumenten, te weten: de Scale of Body Connection (SBC) en de Buss-Durkee Hostility Inventory Dutch (BDHI-D)

- De Scale of Body Connection (SBC) is een test die het lichaamsbewustzijn meet (Price & Thompson, 2007). Deze SBC - vragenlijst bestaat uit 20 items over hoe iemand zich bewust is van zijn/haar lichaam en hoe iemand reageert op dat bewustzijn. De SBC bestaat uit 2 subdomeinen: de “body awareness” (12 vragen) en de “body dissociation” (8 vragen). Body awareness omvat het ervaren van interne lichaamssensaties en de emotionele toestand van het lichaam. Body dissociatie karakteriseert het vermijden van interne sensaties en emoties. Via de 5-punts Likertschaal worden de antwoorden gescoord, waarbij 1 voor helemaal niet staat en 5 altijd betekent. Een hoge score op “body awareness” duidt op een groter lichaamsbewustzijn; een hogere score op “body dissociation” duidt op een lager lichaamsbewustzijn.

Uit onderzoek bij Amerikaanse studenten blijkt dat de Engelstalige versie een goede constructvaliditeit en interne betrouwbaarheid kent (Price & Thompson, 2007). De interne betrouwbaarheid van de Nederlandstalige versie is goed bevonden op de subschaal “body awareness” en zwak tot voldoende op de subschaal “body dissociation”. Beide subschalen kennen een goede test-her-test betrouwbaarheid (Van der Maas, z.d.). Over de validiteit van de Nederlandstalige versie zijn nog geen gegevens bekend.

- De Buss-Durkee Hostility Inventory (BDHI) is in de Verenigde Staten het meest gebruikte zelfrapportage-instrument voor het vaststellen van iemands hostiliteit en neiging tot agressief gedrag. De BDHI-D (Buss & Durkee, 1997) is een Nederlandse bewerking van de Amerikaanse BDHI.

De BDHI-D is een test die met name veel wordt gebruikt binnen de psychiatrie, maar voor dit onderzoek ook goed bruikbaar. Het is een praktisch hulpmiddel om de risico's voor de werknemers die werken met mensen met gedragsproblemen inzichtelijk te krijgen. In dit onderzoek dus de jongeren met een licht verstandelijke beperking.

Deze test laat goed het effect zien wat het resultaat is van 8 weken therapie bij jongeren met een licht verstandelijke beperking binnen de 's Heeren Loo, locaties Bedum en Apeldoorn. Deze jongeren leerden in de therapie bewuster te kijken naar de lichaamssignalen die worden afgegeven bij bijvoorbeeld spanning.

Het voordeel van de BDHI-D is: dat het relatief een goedkope test is, die snel een indruk van de jongeren weergeeft. Een nadeel van deze zelfrapportage is of de jongeren niet geneigd zijn om antwoorden te geven die niet overeenkomen met de sociale norm en antwoorden te vermijden die niet overeenkomen met wat als sociaal acceptabel wordt gezien. De BDHI-D is daarom, zoals we zullen aantonen, voorzien van 'check' op een dergelijke manier van sociaal wenselijke manier van invullen.

De BDHI-D bestaat uit veertig uitspraken. Bij elke uitspraak geeft de jongere aan door middel van een kruisje te zetten in het betreffende vakje of deze voor hem/haar 'waar' of 'onwaar' is. Aan de lijst gaat een duidelijke schriftelijke instructie vooraf, waardoor de test zowel individueel als groepsgewijs kan worden afgenomen. De resultaten van de BDHI-D test worden verwerkt via de officiële website (testweb.nl) van de uitgever van de vragenlijst, Bohn Staffleu en Van Loghum. Deze vragenlijst is op papier afgenomen en zijn vervolgens verwerkt op test web.

5.4 Thema's binnen de PMT module

De therapeut begint in de eerste therapie sessie uit te leggen wat agressie is door middel van een beeldvorming. Meestal wordt dit zo verpakt, dat de cliënt erkenning krijgt en hierdoor een beetje vertrouwen gaat ontwikkelen. Er kan bijvoorbeeld gezegd worden dat agressie een goede manier is op iets op te lossen. Alleen heeft dit vaak wel negatieve gevolgen. Deze negatieve gevolgen wil je niet. Je moet dus op zoek naar andere oplossingen.

Thema waarneming krijgt veel aandacht, zowel bij de cliënt zelf als bij zijn of haar omgeving. Verder is een belangrijke graadmeter, het signaleren van lichaamssignalen bij oplopende spanning. En is het belangrijk om assertief te reageren in plaats van agressief. De cliënt wordt geleerd om tijdig om hulp te vragen bij het herkennen van lichaamssignalen waarbij de spanning oploopt of om uit de situatie te stappen. Door middel van de spanningsthermometer kan de cliënt goed leren hoe hij/zij zit qua spanning in zijn/haar lichaam (Uijting, 2000). Het gaat uiteindelijk om, dat de cliënten inzicht krijgen hoe ze met agressie omgaan of willen

omgaan. De kosten-batenanalyse kan hierbij mooi worden gebruikt, want je kunt zo de baten van nieuw gedrag duidelijk zichtbaar maken voor de cliënt (Uijting, 2000).

Tijdig aangeven van hun grenzen is een veel voorkomend thema, met als doel om de irritaties niet teveel te laten oplopen. Kuin (2000) noemt dit het kernbegrip in de behandeling van impulscontroleproblemen. Het gaat erom dat cliënten geleerd wordt impulsief gedrag voor te blijven of voortijdig te kunnen stoppen om zodoende te voorkomen dat jongeren doorschieten naar fysieke agressie.

In de therapie bouwt de therapeut de spanning zo hoog op, dat er bijna bij de cliënt controleverlies dreigt. Dat is het moment dat de cliënt lichaamssignalen moeten gaan herkennen en weten met welke mogelijkheden ze de spanning weer kunnen laten zakken. Succeservaringen en positieve feedback zijn enorm belangrijk binnen de therapie, dit vergroot het zelfvertrouwen van de cliënt. Hierdoor ontwikkelen ze meer vertrouwen in eigen competenties en oplossingen ontwikkelen. Goede communicatie tussen de verschillende betrokken disciplines rondom de cliënt is enorm belangrijk en dat iedereen dezelfde aanpak hanteert. Hierdoor zullen de transfers ook makkelijker en soepeler verlopen voor de cliënt.

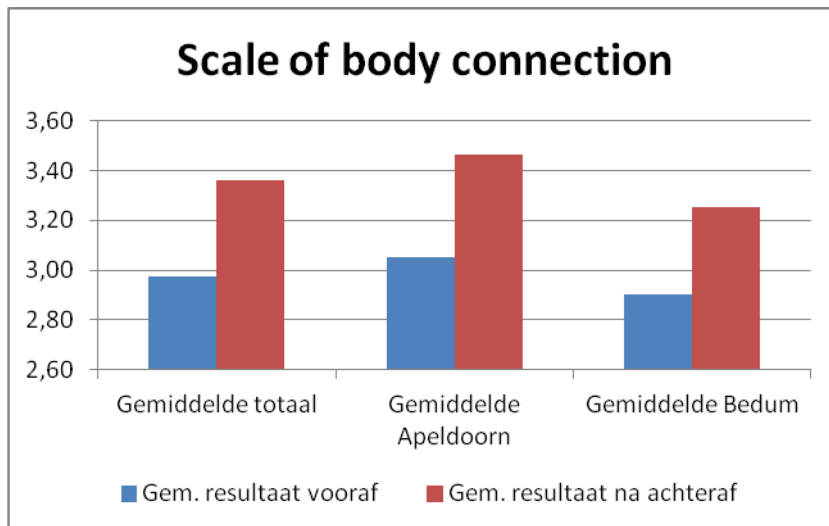
Binnen het praktijkonderzoek is er met verschillende thema's gewerkt. Waarbij het doel was dat de jongeren hun lichaamsbesef gingen verbeteren, maar ook eerder lichaamssignalen zouden gaan herkennen. De thema's waarmee gewerkt, zijn:

- Benaderingsoefeningen;
- Sport- en spelvormen met elkaar en tegen elkaar;
- Waarnemingsoefeningen;
- Duelleren;
- Leren eigen kracht inschatten;
- Aanspreken van lichaamssignalen;
- Contact maken in de sociale context;
- Verschillende emoties herkennen met bijbehorende lichaamssignalen.

Deze thema's worden verder toegelicht in de bijlage 11.4

6 Resultaten SBC en BDHI-D

6.1 Resultaten Scale of Body Connection



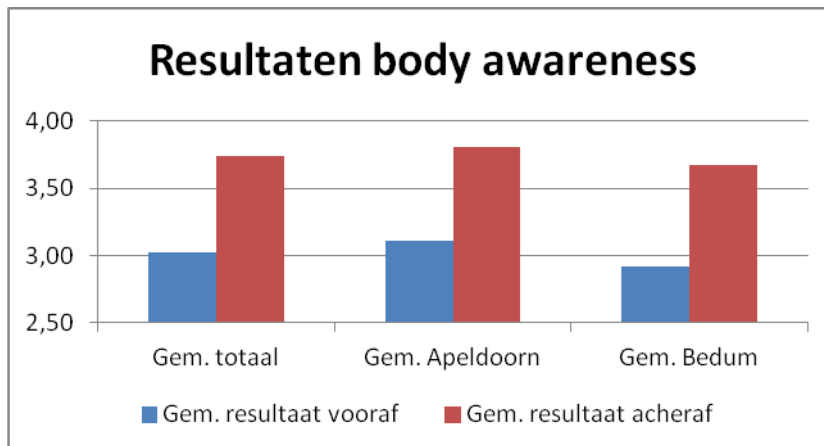
Grafiek 1: Scale of body connection

In grafiek 1 zijn de resultaten te zien van de hele test, waarbij er is gekeken naar de verschillen tussen beide plaatsen. Met name het verschil tussen de voor- en nameting valt direct op. Het verschil tussen de voor- en nameting totaal is 0.38.

Voor Apeldoorn alleen was dat 0.42 en voor Bedum 0.35. Wat er op duidt, dat jongeren in Apeldoorn de meeste progressie hebben geboekt.

Als er gekeken wordt naar de individuele scores die in tabel 1 staan in de bijlage, dan valt op dat alle cliënten individueel positiever uit de test zijn gekomen met betrekking tot het herkennen van lichaamssignalen.

6.2 Totaal scores body awareness



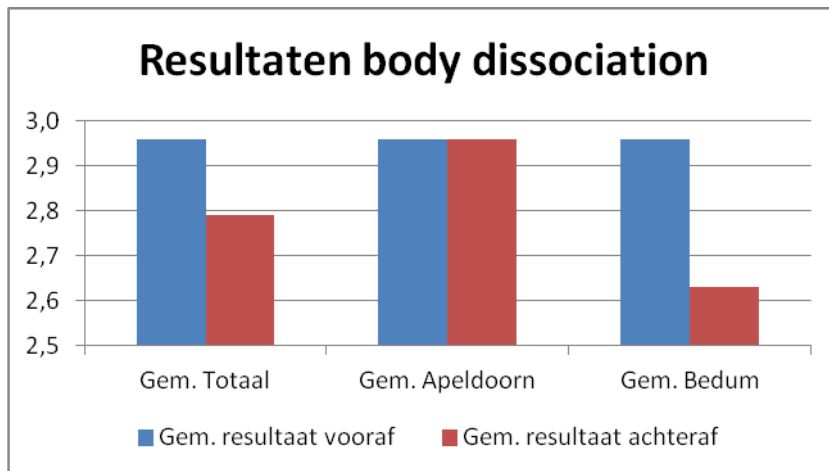
Grafiek 2: Scores body awareness uit de SBC

In grafiek 2 zijn de resultaten te zien van de body awareness, waarbij er is gekeken naar de verschillen tussen beide plaatsen. Met name het verschil tussen de voor- en nameting valt direct op. De groei bij gemiddeld totaal was 0.72, waarbij Apeldoorn een groei liet zien 0.70 en Bedum 0.75.

Ook hier is het verschil tussen beide plaatsen duidelijk zichtbaar. Apeldoorn scoort wel beter in de test, maar in Bedum is de grootste groei te zien totaal.

Twee cliënten uit Bedum laten echter individueel ook de grootste progressie zien. Dit is te herleiden uit de resultaten in tabel 2, zie bijlage. De resultaten duiden erop dat alle cliënten een bewustere aandacht voor het lichaam hebben gekregen.

6.3 Totaal scores body dissociation

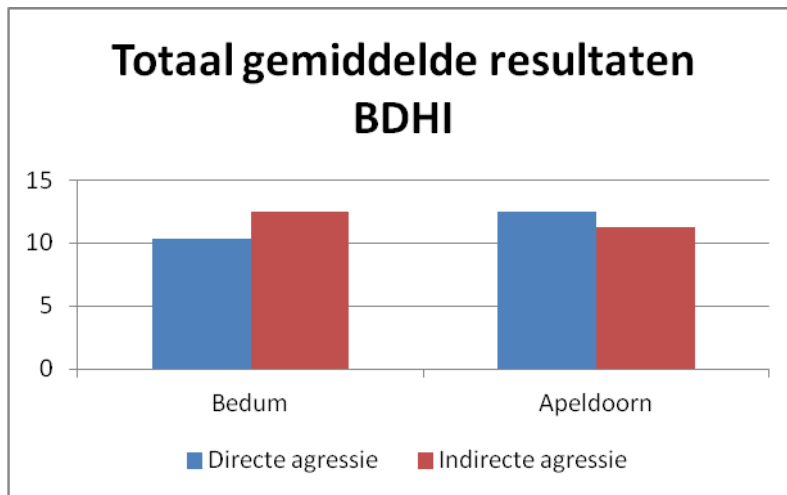


Grafiek 3: Scores body of dissociation uit de SBC.

De resultaten van het onderdeel body dissociation laten een heel andere grafiek zien. Totaal is er minder distantie van het lichaam en de emoties. In Apeldoorn is het gemiddeld gelijk gebleven, terwijl er in Bedum een daling te zien is. Deze daling is positief, want de jongeren hebben een beter lichaamsbesef gekregen.

Als er gekeken wordt naar de individuele resultaten, dan laten de cliënten in Apeldoorn zien: dat de ene cliënt iets beter scoort, de ander weer iets minder. Bij één cliënt is geen verandering te herleiden uit de resultaten. Bij alle cliënten uit Bedum is een daling te zien, want een positieve verbetering is.

6.4 Totaal resultaten Buss – Durkee – Hostility Inventory

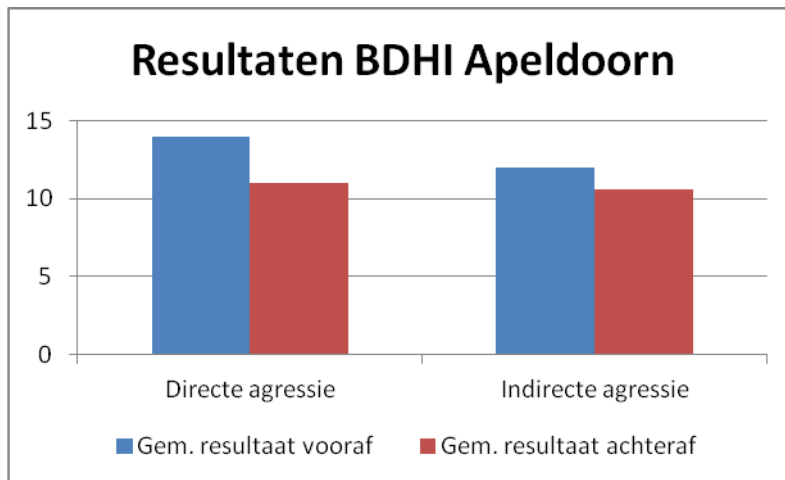


Grafiek 4: totaal gemiddelde resultaten van locaties: Bedum en Apeldoorn.

In grafiek 4 zijn de gemiddelde resultaten en de verschillen te zien met betrekking tot indirecte en directe agressie van de verschillende locaties Bedum en Apeldoorn. Dit betekent dat in deze gemiddelde resultaten zowel de voor als de nameting van BDHI-D is verwerkt.

Er valt te lezen dat de directe agressie bij de drie cliënten in Bedum lager is gescoord dan de directe agressie van de drie cliënten in Apeldoorn. Voor de indirecte agressie valt te lezen dat Bedum juist hoger scoort dan Apeldoorn. Bedum scoort op directe agressie gemiddeld 10,3 terwijl dit gemiddelde in Apeldoorn 12,5 is. Voor indirecte agressie ligt het gemiddelde in Bedum op 12,5 terwijl dit in Apeldoorn 11,3 is.

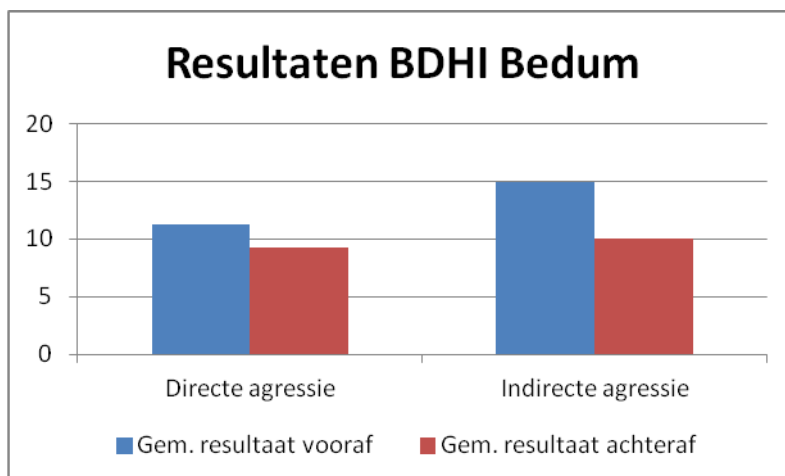
6.5 Resultaten Buss – Durkee – Hostility Inventory in Apeldoorn



Grafiek 5: resultaten voor en na meting (BDHI-D) van de locatie Apeldoorn.

In grafiek 5 is het verschil in de voor en de nameting van de onderzoeksgroep in Apeldoorn te lezen. Zowel bij de directe als bij de indirecte agressie in de score van de nameting lager uitgevallen de score van de voormeting. De gemiddelde score van de directe agressie is bij de voormeting 14 en bij de nameting 11. De gemiddelde score van de indirecte agressie is bij de voormeting 12 en bij de nameting 10,6. Dit duidt op een afname van de neiging tot zowel directe als indirecte agressie na de PMT interventies die is uitgevoerd voor deze afstudeeropdracht.

6.6 Resultaten Buss – Durkee – Hostility Inventory in Bedum



Grafiek 6: resultaten voor en na meting (BDHI-D) van de locatie Bedum.

In grafiek 6 is het verschil in de voor en nameting van de onderzoeksgroep in Bedum te lezen. Hier is te zien dat de vooraf gemeten resultaten zowel bij de directe als bij de indirecte agressie hoger zijn in vergelijking met de nameting. De gemiddelde score van de directe agressie is bij de voormeting 11,3 en bij de nameting 9,3. De gemiddelde score van de

indirecte agressie bij de voormeting is 15 en bij de nameting 10. Dit duidt op een afname van de neiging tot zowel directe als indirecte agressie die is uitgevoerd voor deze afstudeeropdracht.

7 Discussie

Het psychomotorisch therapeutisch aanbod voor de licht verstandelijk gehandicapte jongeren is vooral gericht op sociale problematiek, gedrag(s)- en agressieproblematiek, hechtingsproblematiek en seksuele problematiek/misbruik. Uit vorige onderzoeken is naar voren gekomen dat een vorm van actiegerichte non-verbale therapie zoals PMT direct aansluit bij de bewegingswereld van jongeren met een licht verstandelijke handicap. Er is wel degelijk kennis omtrent de problematiek en wat daarmee te doen middels PMT, maar er is nauwelijks (wetenschappelijk) onderzoek gedaan naar de meest voorkomende problematiek(en) binnen de LVG jongeren sector. Daarom is er gekozen voor een kwantitatieve onderzoeksopzet waarin de vraagstelling is beantwoord. Er is nog veel diversiteit wat betreft interventies met betrekking tot agressie problematiek. Dit maakt het lastig om diverse programma's met elkaar te vergelijken. Dit biedt wellicht mogelijkheden voor de psychomotorische therapie om in te voegen.

Meet instrument

Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van een tweetal meet instrumenten. De Buss-Durkee Hostility Inventory – Dutch (BDHI-D) checklist en de Scale of Body Connection (SBC). Beide meetinstrumenten zijn nog weinig toegepast binnen de LVG doelgroep. Uit de onderzoek is gebleken dat de BDHI-D goed toepasbaar is bij de LVG doelgroep. De vragen bleken goed te begrijpen en te beantwoorden door de betreffende onderzoeksgroep. Echter bleek de SBC in deze uitvoering lastig te beantwoorden door de onderzoeksgroep want, de vragen die gesteld werden waren te moeilijk beschreven. Sommige woorden werden niet begrepen door de cliënten. Het is dan ook ons advies om bij een vergelijkbaar onderzoek een aangepaste versie van de SBC vragenlijst samen te stellen. Aan te raden is om dan een SBC vragenlijst samen te stellen op het niveau van de LVG cliënten. Dus met woorden die door deze cliënten meteen worden begrepen.

Resultaten

De uitkomsten van de meet instrumenten lieten zowel binnen Bedum dan wel Apeldoorn een positieve verandering zien. Dit betekent dat volgens de SBC vragenlijst het lichaamsbesef van de onderzoeksgroep na de interventies is toegenomen. De cliënten hebben geleerd signalen van het lichaam te interpreteren en niet zoals daarvoor te negeren.

De BDHI-D vragenlijst heeft als resultaat laten zien dat de neiging tot agressief gedrag (fysieke agressie) is afgenomen. Wel dienen deze resultaten met voorzichtigheid te worden betracht, aangezien niet is onderzocht wat de effecten zijn binnen de algemene dagelijkse leefomstandigheden van de onderzoeksgroep.

Groepsgrootte

De onderzoekspopulatie in dit onderzoek bestaat uit een zestal LVG jongeren die allen

woonachtig zijn binnen de locatie Bedum en Apeldoorn van 's Heeren Loo. Om dit onderzoek in de toekomst wetenschappelijk meer 'body' te geven, zal er van een grotere onderzoekspopulatie gebruik gemaakt moeten worden.

Intensiteit van de interventie

De interventie is niet gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek. Deze interventies worden veel toegepast binnen de VGZ in relatie tot de LVG jongeren met gedragsproblematiek. In dit onderzoek is het accent gelegd op het verbeteren van het lichaamsbesef van de onderzoeksgroep. De interventies zijn binnen het praktijkonderzoek op dit thema toegespitst.

Afname/invulling vragenlijsten

Na de testafnames bleek dat de resultaten van zowel de SBC als de BDHI-D vragenlijst een positief effect op korte termijn hebben gerealiseerd. Wel dienen deze resultaten met de nodige voorzichtigheid te worden betracht. Er kan worden getwijfeld aan de betrouwbaarheid van de antwoorden van de onderzoeksgroep. Deze twijfel is ontstaan omdat een deel van de populatie aangaf te hopen op een positief resultaat van de afname. Het kan dus zijn dat de vragen van de nameting bewust positief zijn beantwoord. Verder kan er gezien het cognitieve vermogen van de onderzoeksgroep een discussie ontstaan of de vragen wel op de juiste wijze zijn begrepen.

Controle groep

Er is in dit onderzoek geen gebruik gemaakt van een controle groep. Deze keuze is gemaakt, omdat er geen mogelijkheden waren vanuit 's Heeren Loo om extra tijd te krijgen om van een controle groep gebruik te maken. Het is wel raadzaam om in het vervolg onderzoek een controle groep te benutten. Zodoende kan er ook een vergelijking gemaakt worden van een onderzoeksgroep die geen PMT interventies heeft genoten.

Concluderend:

Veel ervaringen van eerdere PMT onderzoeken worden vaak als positief bestempeld, maar onbekend is of ervaringen in de zaal ook daadwerkelijk gegeneraliseerd worden naar het leven van alle dag. Onbekend zijn de effecten op langer termijn. Er is geen zicht op de manier waarop het resultaat wordt geborgd en op welke wijze de transfer vanuit de zaal naar de leefomgeving van de jongere gaat.

8 Conclusie

Kijkend naar de uitgangspunten van de PMT (Hopman & Schellekens, 2007) blijkt dat bewegen een belangrijke manier van contact maken is. Door bewegen kan een leerproces ontstaan in het contact met anderen (Fahrenfort, 1987). Ook zegt het iets over hoe de persoon zich op dat moment voelt en gedraagt. Door middel van ervaringen die opgedaan worden in activiteiten, kan men in gesprek gaan. Zo ontstaat een therapeutisch proces. Ook kan het zelfvertrouwen en de mate van zelfwaardering bij de cliënt groeien, door de nadruk op het gezonde deel van de mens.

De kwaliteiten van de PMT blijken goed aan te sluiten bij mensen met een lichte verstandelijke beperking. Vaak ligt bij deze doelgroep het performante intelligentie hoger dan de verbale intelligentie. Ook in het werkgeheugen zijn er problemen met het verwerken en opslaan van met name verbale informatie. Doordat de PMT tot een therapeutisch proces komt door een combinatie van het opdoen van ervaringen én het voeren van gesprekken, is de doelgroep hier sterk bij gebaat.

Zowel NVPA (2007) als Fahrenfort (1987) beschrijven de bijzondere manier van contact maken tijdens en door middel van bewegen. PMT maakt gebruik van bewegingssituaties en ervaringen, waardoor het contact maken met de cliënt makkelijker zal gaan. Ook zal er door het bewegen ruimte ontstaan voor een leerproces in het sociaal functioneren.

Ook uit eerdere onderzoeken is gebleken dat er bij mensen met een lichte verstandelijke beperking vaak de sterke en positieve kanten benadrukt moet worden (Koning & Collin, 2007). Een van de werkzame interventies van PMT blijkt het verhogen van het zelfvertrouwen, door bewegingsactiviteiten en lichamelijke prestaties te zijn (Fahrenfort, 1987).

Uit dit onderzoek is gebleken dat er positieve resultaten zijn bereikt op korte termijn. De neiging tot fysieke agressie is op beide locaties afgenomen. Deze resultaten hebben we aangetoond middels de vragenlijst Buss – Durkee Hostility Inventory – Dutch (BDHI-D).

Wel moet er worden afgevraagd in hoeverre de onderzoeksgroep de vragenlijst naar eer en geweten heeft beantwoord. Zo gaf, in het onderzoek bekend als cliënt 1, voor aanvang van de nameting van de Buss – Durkee Hostility Inventory – Dutch (BDHI-D) aan dat hij niet weer een negatieve beoordeling wilde hebben. De eigenwaarde van deze cliënt is gezien negatieve ervaringen in het verleden zo laag, dat hij waarschijnlijk de vragenlijst niet naar eer en geweten heeft beantwoord, om zodoende een positieve ontwikkeling te bewerkstelligen. De resultaten wijzen deze enorme positieve verandering in gedrag op korte termijn dan ook uit.

In dit onderzoek is antwoord gezocht op de volgende deelvraag:

Kunnen jongeren met een lichte verstandelijke beperking bij zichzelf lichaamssignalen herkennen bij oplopende spanning voorafgaande aan gedragsproblemen nadat ze PMT hebben gehad?

De lichaamssignalen zijn getest doormiddel van de volgende vragenlijst: Scale of Body Connection (SBC). Ook hieruit kun je concluderen dat er op korte termijn voor de gehele onderzoeksgroep (6 cliënten) een positieve ontwikkeling is gekomen. Hierbij moet er geconcludeerd worden dat eigenlijk de gehele onderzoeksgroep tot aan ons onderzoek weinig tot niet is aangesproken op het ervaren van lichaamssignalen. Het is dan ook voor de onderzoeksgroep de eerste kennismaking geweest met het ervaren van lichaamssignalen. Er is een methode ontwikkeld die te allen tijde het accent legt op het aanspreken van lichaamssignalen van de onderzoeksgroep. Bijvoorbeeld bewust letten op lichaamssignalen tijdens het schommelen. Lichaamssignalen worden nu wel herkend door de cliënten, door bijvoorbeeld kriebels in de buik. Hieruit kan opgemaakt worden dat de lichaamssignalen tot aan het onderzoek onbewust werden gesignaleerd. Zodoende is de onderzoeksgroep beter in staat om in een vroeg stadium lichaamssignalen te herkennen en vervolgens aan te geven. Dit om te voorkomen dat hun gedrag doorschiet naar agressief gedrag.

Uit de resultaten van SBC test, kwam naar voren dat alle cliënten uiteindelijk een bewustere aandacht voor het lichaam scoorden. Hieruit kun je concluderen dat de cliënten bewuster omgaan met de signalen die het lichaam afgeeft. Voordat de cliënten hierop geattendeerd werden, ervoeren ze deze lichaamssignalen niet.

In de praktijk blijkt dat een gemiddelde PMT behandeling bij jongeren met een lichte verstandelijke beperking ongeveer twee tot drie maanden duurt. Dit omdat het cognitieve vermogen van de cliënten laag ligt. Er is door middel van dit onderzoek een verandering in herkenning van lichaamssignalen bij de onderzoeksgroep ontstaat. Wat de gevolgen hiervan op lange termijn zijn, zal nader moeten worden onderzocht.

Een ander onderzoek op lange termijn en met een grotere onderzoeksgroep zal uiteindelijk pas kunnen uitwijzen in hoeverre de onderzoeksgroep in staat zal zijn om het herkennen van lichaamssignalen in de praktijk te toepassen. Dit is niet aangetoond in dit onderzoek. Het advies is dan ook om verder te gaan met psychomotorische therapie om zodoende te kunnen onderzoeken wat de resultaten op langere termijn zullen zijn.

Kortom, dit onderzoek heeft aangetoond dat PMT kan bijdragen in het reduceren van agressief gedrag bij jongeren met een lichte verstandelijke beperking, ook al is het een klein onderdeel in het hele proces.

9 Aanbevelingen

Psychomotorische therapie kan een bijdrage leveren in het reduceren van fysieke agressie bij LVG jongeren. Het aanbrengen van meer lichaamsbesef is hierin een werkzame methode. Echter zijn er een aantal aanbevelingen die het effect van de interventie mogelijk kunnen vergroten.

- Om beter en steviger zicht te krijgen, of psychomotorische therapie effect heeft bij LVG jongeren met fysieke agressie, is het raadzaam om een vervolg onderzoek groter op te zetten. Bijvoorbeeld door de onderzoeksgroep op de locaties Apeldoorn en Bedum uit minimaal 20 personen te laten bestaan.
- Verder is het aan te raden meerdere controlegroepen te gebruiken. Je moet hierbij denken aan jongeren die 8 -16 - 24 - 32 PMT sessie krijgen aangeboden. Nadat iedereen de nul meting heeft gedaan, om vervolgens na de 8 sessies weer een meting te doen bij alle jongeren die meedoen aan het onderzoek. Omdat er dan 4 controle groepen zijn, zullen sommige alleen de 1^e periode PMT krijgen en anderen de totale 32 sessies. Doordat er op deze wijze grote verschillen zijn in het aantal aangeboden PMT sessies, kun je goed in beeld brengen wat het effect is als cliënten meer PMT interventies hebben genoten ten opzichte van cliënten die minder PMT interventies hebben gehad.
- Ook een onderzoek doen in een controle groep die geen therapie krijgt. Op deze wijze is er een vergelijking met een onderzoeksgroep die geen PMT interventies heeft gehad.
- Begeleiders en verzorgers nog meer betrekken binnen de therapie van de doelgroep, voor de zo belangrijke transfer naar de algemene dagelijkse leefomstandigheden. De begeleiding kan de jongeren confronteren en begeleiden op dezelfde wijze als in PMT module voor dit onderzoek is uitgevoerd.
- Dit onderzoek is uitgevoerd op twee verschillende locaties van 's Heeren Loo en zodoende ook door twee verschillende psychomotorische therapeuten. Aangezien beide therapeuten hun eigen stijl van werken hebben, mag er worden aangenomen dat er een significant is in het aanbieden van de PMT interventies. Het is te adviseren om een vervolgonderzoek niet door verschillende PMT-er te laten uitvoeren en afnemen. Dit zal de betrouwbaarheid van het onderzoek ten goede komen.

10 Literatuurlijst

Aggression During Childhood and Adolescence: A Meta-Analytic Review of Gender Differences, Intercorrelations, and Relations to Maladjustment. *Child Development*, 79, 1185-1229.

Buss, A. H. (1961). *The psychology of aggression*. New York: Wiley.

Card, N.A., Stucky, B.D., Sawalani, G.M., & Little T.D. (2008). Direct and Indirect

Damasio A.R. (2000). Het zelfgevoel: lichaam en emoties bij de vorming van het bewustzijn. Amsterdam: Wereldbibliotheek

Didden, R. (Red.) (2006) *In perspectief, gedragsproblemen, psychiatrische stoornissen en lichte verstandelijke beperking*. (1e druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

DSM – IV – TR (2001), ISBN: 9026517777

Elias, C.L., & Van Nieuwenhuijzen, M. (2001). *Competentiebeleving en sociale informatieverwerking bij licht verstandelijk gehandicapte kinderen*. Tijdschrift voor Orthopedagogiek, 40, 611-619.

Junger, M., Mesman, J., Meeus, J. (2003). 'Psychosociale problemen bij adolescenten : prevalentie, risicofactoren en preventie'. Assen: Van Gorcum

Landelijk Kenniscentrum LVG (2005). *Zorg voor mensen met een licht verstandelijke handicap met meervoudige problematiek*. Utrecht. www.lvgnet.nl

De Lange, A. E.A. (2004). *Handleiding, verantwoordelijkheid en normering van de Nederlandse Buss – Durkee – agressievragenlijst*. Houten: Bohn, Stafleu, Van Loghum. ISBN: 9031344354

Van Maanen, T. (2001) *Zelfcontrole. Een sociaal- cognitief interventieprogramma voor kinderen met agressief en oppositioneel gedrag*. Houten/Diegem: Bohn, Stafleu, van Loghum.

Van Nieuwenhuijzen, M. van, Orobio de Castro, B. & Matthys, W.C.H.J. (2006). *LVG jeugdigen: Specifieke problematiek en behandeling*. Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVG. www.lvgnet.nl

NVPMT, Website van de Nederlandse Vereniging Psychomotorische Therapie (2010). <http://www.nvpmt.nl>

Ploeg, J.D. van der (2007). *'Gedragsproblemen : ontwikkelingen en risico's'*. Rotterdam: Lemniscaat

Ponsioen, A., Vermeulen, T., Jansen, M., Feltzer, F. (2007) *LVG: Een lichte verstandelijke handicap met zware gevolgen*.

Price, C.J. & Thompson, E.A. (2007). *Measuring dimensions of body connection; body awareness and bodily dissociation (elektronische versie)*. The Journal of alternative and complementary medicine, 13(9), 945-953

Slot N.W. & Spanjaard H.J.M. (2009). *Competentievergroting in de residentiële jeugdzorg*. (2^e druk) Amersfoort: Thiememeulenhoff Bv

Uijting, M (2000) *Behandeling van agressieproblemen. Probleemgedrag bij jongeren met een Licht Verstandelijke Handicap*. www.pmtinfosite.nl/gast.aut/uijting090301.doc

Weerman A. (2006). *Zes psychologische stromingen één cliënt*. (1e druk). Soest: Nelissen.

11 Bijlagen

11.1 Test Scale of Body Connection (SBC-price)

Instructie: Deze vragenlijst bevat vragen over hoe bewust u zich bent van uw lichaam en hoe u reageert op dat bewustzijn. Omcirkel het cijfer dat het best weergeeft hoe u zich over het algemeen voelt. Er zijn geen juiste antwoorden, antwoord zo eerlijk mogelijk.

Twee vragen hebben betrekking op seksuele activiteit; daaronder vallen alle vormen van seksuele activiteit, dus ook zelfbevrediging. Als u op geen enkele wijze seksueel actief bent, hoeft u deze vragen niet te beantwoorden.

Uw antwoord moet betrekking hebben op de afgelopen twee maanden.

1. Als er spanning in mijn lichaam is, ben ik me bewust van deze spanning

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

2. Ik kan mijn emoties moeilijk herkennen

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

3. Ik merk dat mijn ademhaling oppervlakkig wordt wanneer ik nerveus ben

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

4. Ik ben bewust van mijn emotionele reactie wanneer iemand mij op een zorgzame manier aanraakt

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

5. Mijn lichaam voelt tijdens ongemakkelijke situaties verstijfd aan, alsof het verdoofd is

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

6. Ik merk hoe mijn lichaam verandert als ik boos ben

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

7. Ik heb het idee alsof ik van buitenaf naar mijn lichaam kijk

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

8. Tijdens seksuele activiteit ben ik me bewust van wat ik daarbij voel

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

9. Ik kan mijn adem door mijn lichaam voelen stromen als ik diep uitadem

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

10. Ik voel me niet verbonden met mijn lichaam

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

11. Het is moeilijk voor mij om bepaalde emoties te uiten

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

12. Om te begrijpen hoe ik me voel maak ik gebruik van wat ik in mijn lichaam waarneem

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

13. Wanneer ik mij lichamelijk ongemakkelijk voel, ga ik na wat de oorzaak van het ongemak zou kunnen zijn

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

14. Ik luister naar informatie van mijn lichaam over mijn emotionele toestand

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

15. Wanneer ik gestrest ben, ben ik me bewust van deze stress in mijn lichaam

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	Altijd
1	2	3	4	5

16. Ik leid mezelf af van gevoelens van lichamelijk ongemak

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

17. Wanneer ik gespannen ben, let ik erop waar in mijn lichaam de spanning zich bevindt

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

18. Ik merk dat mijn lichaam anders aanvoelt na een rustgevende ervaring

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

19. Ik voel me niet verbonden met mijn lichaam tijdens seksuele activiteit

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

20. Het is moeilijk voor mij om aandacht te besteden aan mijn emoties

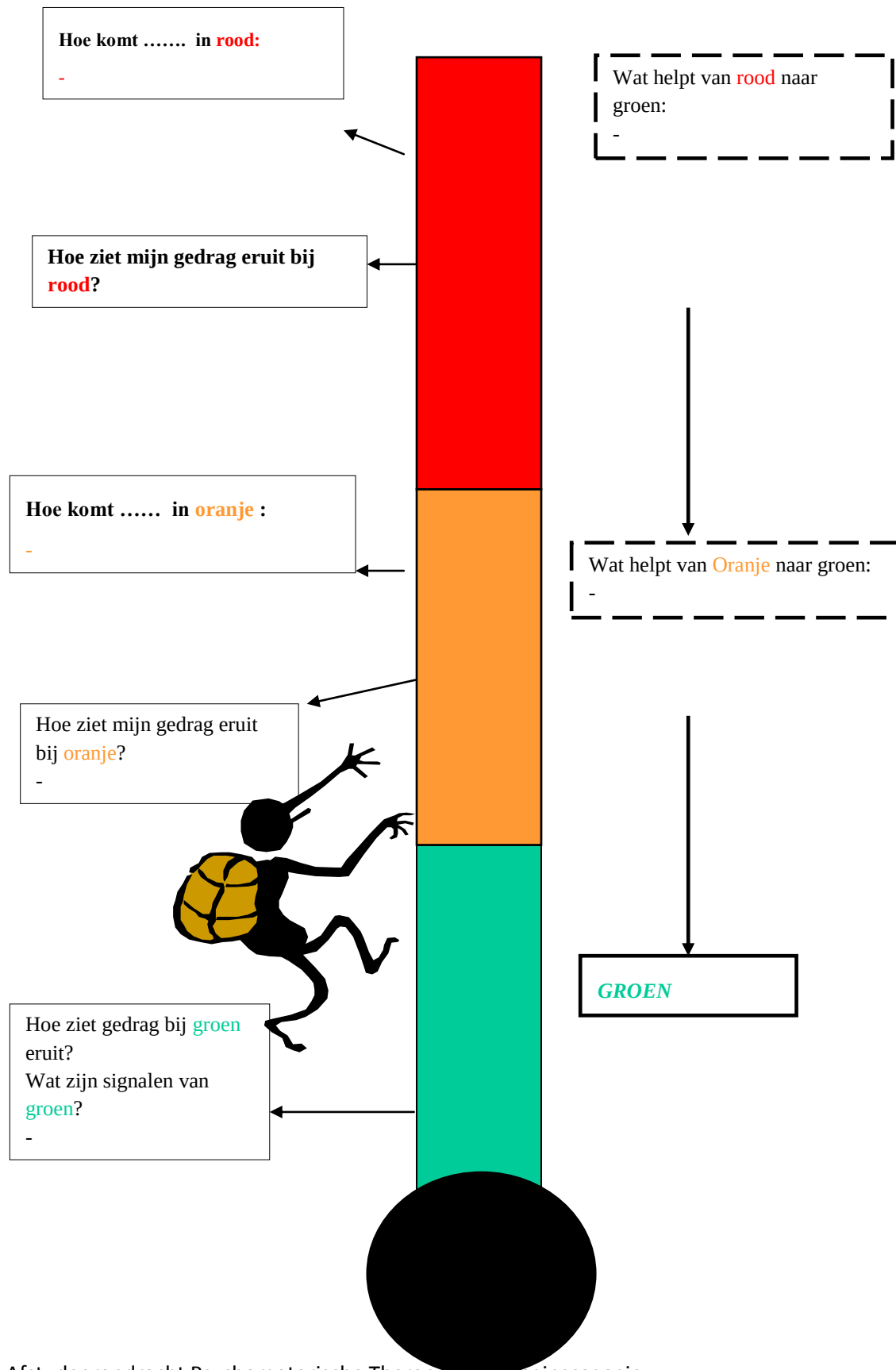
helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

11.2 Test Buss – Durkee – Hostility Inventory – Dutch (BDHI-D)

- 1 Ik sla haast nooit terug, zelfs niet als een ander de eerste klap geeft. ☐ waar ☒ onwaar
- 2 Ik word gemakkelijk kwaad, maar ben er snel overheen. ☐ waar ☐ onwaar
- 3 Op de een of andere manier lijkt het alsof de dingen die me eigenlijk toekomen net aan mijn neus voorbijgaan. ☐ waar ☐ onwaar
- 4 Ik weet dat de mensen de neiging hebben om achter mijn rug over me te praten. ☐ waar ☐ onwaar
- 5 Ik hou ervan om soms te roddelen. ☐ waar ☐ onwaar
- 6 Ik word nooit zo woest dat ik met spullen ga gooien. ☐ waar ☐ onwaar
- 7 Van sommige mensen heb ik al last als ze alleen maar in de buurt zijn. ☐ waar ☐ onwaar
- 8 Het lijkt net alsof andere mensen altijd mazzel hebben. ☐ waar ☐ onwaar
- 9 Ik zou geen enkele reden kunnen bedenken om ooit iemand te slaan. ☐ waar ☐ onwaar
- 10 Ik ben veel vaker geïrriteerd dan de mensen weten. ☐ waar ☐ onwaar
- 11 Ik heb nog nooit een intense hekel gehad aan iemand. ☐ waar ☐ onwaar
- 12 Er is een aantal mensen dat erg de pest aan me lijkt te hebben. ☐ waar ☐ onwaar
- 13 Het is voorgekomen dat ik iemand benadeelde. ☐ waar ☐ onwaar
- 14 Als iemand me begint te slaan, geef ik hem ervan langs. ☐ waar ☐ onwaar
- 15 Als ik kwaad ben, sla ik soms met deuren. ☐ waar ☐ onwaar
- 16 Ik heb altijd geduld met een ander. ☐ waar ☐ onwaar
- 17 Als ik terugkijk op wat er met mij gebeurd is, voel ik me vanzelf een beetje teleurgesteld en kwaad. ☐ waar ☐ onwaar
- 18 Mijn bloed gaat koken als iemand me voor gek zet. ☐ waar ☐ onwaar
- 19 Soms heb ik het gevoel dat mensen me uitlachen. ☐ waar ☐ onwaar
- 20 Zelfs als mijn woede is opgewekt, zal ik nooit grof in de mond worden. ☐ waar ☐ onwaar
- 21 Soms ga ik zitten pruilen als ik mijn zin niet krijg. ☐ waar ☐ onwaar
- 22 Vaak voel ik me alsof ik een vat buskruit ben dat op exploderen staat. ☐ waar ☐ onwaar
- 23 Ook al kun je het niet aan me merken, soms word ik verteerd door jaloezie. ☐ waar ☐ onwaar
- 24 Als mensen tegen me schreeuwen, schreeuw ik terug. ☐ waar ☐ onwaar
- 25 Als ik echt boos word, ben ik in staat iemand op zijn gezicht te slaan. ☐ waar ☐ onwaar

- 26 Sinds mijn tiende heb ik nooit meer een uitbarsting van woede gehad. ☐ waar ☐ onwaar
- 27 Als ik kwaad word, ga ik gemene dingen zeggen. ☐ waar ☐ onwaar
- 28 Soms kan ik door het minste of geringste uit mijn humeur raken. ☐ waar ☐ onwaar
- 29 Ik voel me wel eens wrokkig als ik mijn zin niet krijg. ☐ waar ☐ onwaar
- 30 Als ik de mensen echt zou laten zien hoe ik me voel, dan zouden ze me een moeilijk mens vinden om mee om te gaan. ☐ waar ☐ onwaar
- 31 Ik heb wel eens alles op alles gezet om mijn zin te krijgen. ☐ waar ☐ onwaar
- 32 Ik vraag me gewoonlijk af wat voor verborgen reden iemand kan hebben om iets aardigs voor mij te doen. ☐ waar ☐ onwaar
- 33 Ik kan me herinneren dat ik ooit zo boos was, dat ik zomaar iets pakte wat in de buurt stond en dat kapot maakte. ☐ waar ☐ onwaar
- 34 Bij tijd en wijle voel ik dat het leven me slecht behandelt. ☐ waar ☐ onwaar
- 35 Ik dacht vroeger altijd dat de mensen de waarheid vertelden, maar nu weet ik beter. ☐ waar ☐ onwaar
- 36 Als ik tot lichamelijk geweld moet overgaan om mijn rechten te verdedigen, dan doe ik dat. ☐ waar ☐ onwaar
- 37 Ik heb mensen gekend, die mij zo ver wisten te krijgen, dat we op de vuist gingen. ☐ waar ☐ onwaar
- 38 Ik laat niet toe dat veel onbelangrijke dingen me irriteren. ☐ waar ☐ onwaar
- 39 De laatste tijd ben ik wat knorrig. ☐ waar ☐ onwaar
- 40 Soms laat ik mijn boosheid merken door op de tafel te slaan. ☐ waar ☐ onwaar

11.3 Spanningsthermometer, instrument gebruikt binnen 's Heeren Loo.



11.4 Aangeboden PMT-module

De therapeut begint met tijdens de PMT sessies met beeldvorming uit te leggen omtrent agressie. Meestal wordt dit zo verpakt, dat de cliënt erkenning krijgt en hierdoor een beetje vertrouwen in de therapeut gaat ontwikkelen. Er kan bijvoorbeeld gezegd worden dat agressie een goede manier is op iets op te lossen, alleen heeft dit vaak wel negatieve gevolgen. Deze negatieve gevolgen willen we eigenlijk niet hebben en moeten we dus op zoek naar een andere oplossing.

Thema waarneming krijgt veel aandacht, zowel bij de cliënt zelf dan wel bij zijn of haar omgeving. Verder is een belangrijke graadmeter, het signaleren van lichaamssignalen bij oplopende spanning. En is het belangrijk om assertief te reageren in plaats van agressief. De cliënt wordt geleerd om tijdig hulp te vragen bij het herkennen lichaamssignalen waarbij de spanning oploopt of om uit de situatie te stappen.

Doormiddel van de spanningsthermometer kan cliënt goed leren hoe hij zit qua spanning in zijn lichaam (Uijting, 2000). Het gaat er uiteindelijk om dat cliënten zicht krijgen hoe ze met agressie omgaan of willen omgaan. De kosten-batenanalyse kan hierbij mooi worden gebruikt, want je kunt zo de baten van nieuw gedrag duidelijk zichtbaar maken voor de cliënt (Uijting, 2000).

Tijdig aangeven van hun grenzen is een veel voorkomend thema, met als doel om de irritaties niet teveel te laten oplopen. Kuin (2000) noemt dit het kernbegrip in de behandeling van impulscontroleproblemen. Het gaat erom dat cliënten geleerd wordt impulsief gedrag voor te blijven of voortijdig te kunnen stoppen om zodoende te voorkomen dat jongeren doorschieten naar fysieke agressie.

In de therapie bouwt de therapeut de spanning zo hoog op, dat er bijna bij de cliënt controleverlies dreigt. Dat is het moment dat de cliënt lichaamssignalen moet gaan herkennen en dan weten wat de mogelijkheden zijn om de spanning weer te laten zakken. Succeservaringen en positieve feedback zijn enorm belangrijk binnen de therapie, dit vergroot het zelfvertrouwen van de cliënt. Hierdoor ontwikkelen ze meer vertrouwen in eigen competenties en oplossingen ontwikkelen. Goede communicatie tussen de verschillende betrokken disciplines rondom de cliënt is enorm belangrijk, met name dat iedereen dezelfde aanpak hanteert. Hierdoor zullen de transfers ook makkelijker en soepeler verlopen voor de cliënt.

In het kader van dit onderzoek is deze specifieke PMT-module toegepast:

1. benaderingsoefeningen:

Eigen grenzen bepalen door een ander naar je toe te laten lopen en deze te laten stoppen op jouw teken. In deze oefening leren de cliënten tijdig hun grenzen aan te geven, zodat iemand niet te dichtbij komt waardoor de spanning/irritatie niet kan oplopen. En wordt zichtbaar hoe de cliënt zijn grens aangeeft, dit kan bijvoorbeeld zijn gevoel zijn of angst. Maar ook cognitief of dat het sociaal wenselijk is.

2. Sport- en spelvormen met elkaar en tegen elkaar:

Hier worden regels en afspraken gemaakt, omtrent de individuele grenzen van de betreffende cliënten, waaraan iedereen zich ook moet houden. De cliënt zal merken wanneer er niet aan deze regels en afspraken wordt gehouden, dat de irritatie kan oplopen. Er wordt hierbij gebruik gemaakt van oplossingsstrategieën. De transfer naar de ADL is goed te maken bij deze oefeningen.

3. Waarnemingsoefeningen:

Een stok dient als verbindingsmiddel tussen cliënt en therapeut. Deze oefening doe je waarbij 1 van de 2 geblinddoekt is. Je kunt de cliënt bijvoorbeeld vragen om goed te laten op de expressie van de therapeut als die geblinddoekt is. In deze oefeningen zal er zeker spanning gevoeld worden in het lichaam. Met name wanneer je sneller gaat lopen of de hoogte in gaat.

4. Duelleren:

Deze oefeningen zijn vaak een extra trigger voor deze cliënten die over-control reageren. Want je kunt mekaar fysiek raken zeer doen in stoei- of boks vormen. Het gaat erom bij deze oefeningen dat men zich leert beheersen en rekening houdt met de ander. Maar ook dat ze tijdig hun grenzen aangeven. Navragen of er veranderingen moeten plaats vinden. En misschien zelfs uit de situatie durven te stappen (Uijting, 2000).

5. Leren eigen kracht inschatten:

Deze volgende oefening gebruiken we veel bij LVG cliënten met gedragsproblematiek. Het is een oefening waar we met boksen op een boks zak de cliënten aanleren hoeveel kracht ze hebben en op welke verschillende stadia ze deze kracht kunnen inzetten en leren herkennen. We maken gebruik van een thermometer die ingedeeld is op een schaal van 1 tot 10. Vervolgens geeft de therapeut opdrachten om bijvoorbeeld op schaal 7 tegen de boks zak te slaan. Uiteindelijk krijgen ze een opdracht waarin ze vanaf schaal 1, kracht dienen op te bouwen tot en met schaal 10 en ook heel belangrijk weer af te bouwen. Uiteraard pleegt de therapeut verschillende interventies om het lichaamsbesef van de cliënt aan te leren herkennen in een vroeg stadium.

6. Aanspreken van lichaamssignalen.

Tijdens deze sessies hebben we de onderzoeksgroep in verschillende situaties gebracht waarin ze verschillende lichaamssignalen zouden kunnen ervaren. Zo hebben we de cliënten in een schommel liggend heel hoog laten schommelen, dit om lichaamssignalen te ervaren. Verder hebben we gewerkt met hoogtes. Ook dienden de cliënten op een turn kast te staan die op de wielen stond. De therapeuten hebben de kast door de zaal gereden. Wanneer er met geopende ogen geen lichaamssignalen werden waargenomen dan kon de oefening met gesloten ogen of zelf geblinddoekt uitgevoerd worden.

7. contact maken in de sociale context.

Een van de problemen die veel voorkomend zijn binnen de doelgroep LVG zijn de sociale interacties met zowel de begeleiding dan wel de mede cliënten. Tijdens de PMT sessies hebben we de onderzoeksgroep op verschillende manieren van interactie getest en door middel van interventie bewust laten worden deze interactie als gevolg heeft op de lichaamssignalen.

8. Verschillende emoties herkennen met bijbehorende lichaamssignalen.

Ervaren en naspelen van de vier basis emoties (Damasio, 2000). Te weten Boosheid, Blijdschap, Bedroefd en Bang. In rollenspellen bootsten de psychomotorische therapeuten en de onderzoeksgroep deze vier basis emoties uit. De interventies van de therapeuten waren gericht op de verschillen in lichaamsbesef die deze verschillende wijzen van reageren met zich mee brengen.

12 Afbeeldingen in de tekst

12.1 Tabel 1: Resultaten testscores Scale of Body Connection

	Gem. resultaten vooraf	Gem. resultaten achteraf
Cliënt R. Apeldoorn	3.00	3.40
Cliënt W. Apeldoorn	3.05	3.60
Cliënt J. Apeldoorn	3.10	3.40
Cliënt A. Bedum	2.65	3.11
Cliënt R. Bedum	2.85	3.25
Cliënt D. Bedum	3.20	3.40
Gemiddelde totaal	2.98	3.36
Gemiddelde Apeldoorn	3.05	3.47
Gemiddelde Bedum	2.90	3.25

Tabel 1: Resultaten test Scale of Body Connection

12.2 Tabel 2: Resultaten testscores body awareness uit SBC-price test

	Gem. resultaten vooraf	Gem. resultaten achteraf
Cliënt R. Apeldoorn	3.00	3.75
Cliënt W. Apeldoorn	2.92	3.75
Cliënt J. Apeldoorn	3.42	3.92
Cliënt A. Bedum	2.33	3.27
Cliënt R. Bedum	2.75	3.58
Cliënt D. Bedum	3.67	4.17
Gemiddelde totaal	3.02	3.74
Gemiddelde Apeldoorn	3.11	3.81
Gemiddelde Bedum	2.92	3.67

Tabel 2: Scores body awareness uit de SBC-price test

12.3 Tabel 3: Resultaten scores body dissociation uit de SBC-price test

	Gem. resultaten vooraf	Gem. resultaten achteraf
Cliënt R. Apeldoorn	3.00	2.88
Cliënt W. Apeldoorn	3.25	3.38
Cliënt J. Apeldoorn	2.63	2.63
Cliënt A. Bedum	3.38	2.88
Cliënt R. Bedum	3.00	2.75
Cliënt D. Bedum	2.50	2.25
Gemiddelde totaal	2.96	2.79
Gemiddelde Apeldoorn	2.96	2.96
Gemiddelde Bedum	2.96	2.63

Tabel 3: Scores body dissociation uit de SBC-price test

12.4 Tabel 4: Resultaten test Buss-Durkee Hostility Inventory-dutch

Id	Cliënt	Directe Agressie	Indirecte Agressie
47136	Cl. 1 Bedum	12	13
47137	Cl. 1. Bedum	7	4
47134	Cl. 2 Bedum	8	17
47135	Cl. 2 Bedum	6	16
47117	Cl. 3 Bedum	14	15
47118	Cl. 3 Bedum	15	10
47138	Cl. 1 A'doorn	13	11
47139	Cl. 1 A'doorn	13	8
47140	Cl. 2 A'doorn	14	10
47141	Cl. 2 A'doorn	12	10
47142	Cl. 3 A'doorn	15	15
47143	Cl. 3 A'doorn	8	14

Tabel 4: Resultaten test Buss-Durkee Hostility Inventory-dutch

12.5 Tabel 5 – 17: Individuele resultaten BDHI-D test

Cliënt 1 Bedum:

Schaal	Ruwe score	Interpretatie
directe agressie	12	hoog
indirecte agressie	13	hoog

Schaal	Ruwe score	Interpretatie
directe agressie	7	laag
indirecte agressie	4	zeer laag

Cliënt 2 Bedum:

Schaal	Ruwe score	Interpretatie
directe agressie	8	gemiddeld
indirecte agressie	17	zeer hoog
Schaal	Ruwe score	Interpretatie
directe agressie	6	gemiddeld
indirecte agressie	16	zeer hoog

Cliënt 3 Bedum:

Schaal	Ruwe score	Interpretatie
directe agressie	15	zeer hoog
indirecte agressie	10	gemiddeld

Schaal	Ruwe score	Interpretatie
directe agressie	14	zeer hoog
indirecte agressie	15	hoog

Cliënt 1 Apeldoorn:

Schaal	Ruwe score	Interpretatie
directe agressie	13	zeer hoog
indirecte agressie	11	gemiddeld

Schaal	Ruwe score	Interpretatie
directe agressie	13	zeer hoog
indirecte agressie	8	laag

Cliënt 2 Apeldoorn:

Schaal	Ruwe score	Interpretatie
directe agressie	12	zeer hoog
indirecte agressie	10	gemiddeld

Schaal	Ruwe score	Interpretatie
directe agressie	14	zeer hoog
indirecte agressie	10	gemiddeld

Cliënt 3 Apeldoorn:

Schaal	Ruwe score	Interpretatie
directe agressie	8	gemiddeld
indirecte agressie	14	hoog

Schaal	Ruwe score	Interpretatie
directe agressie	15	zeer hoog
indirecte agressie	15	zeer hoog