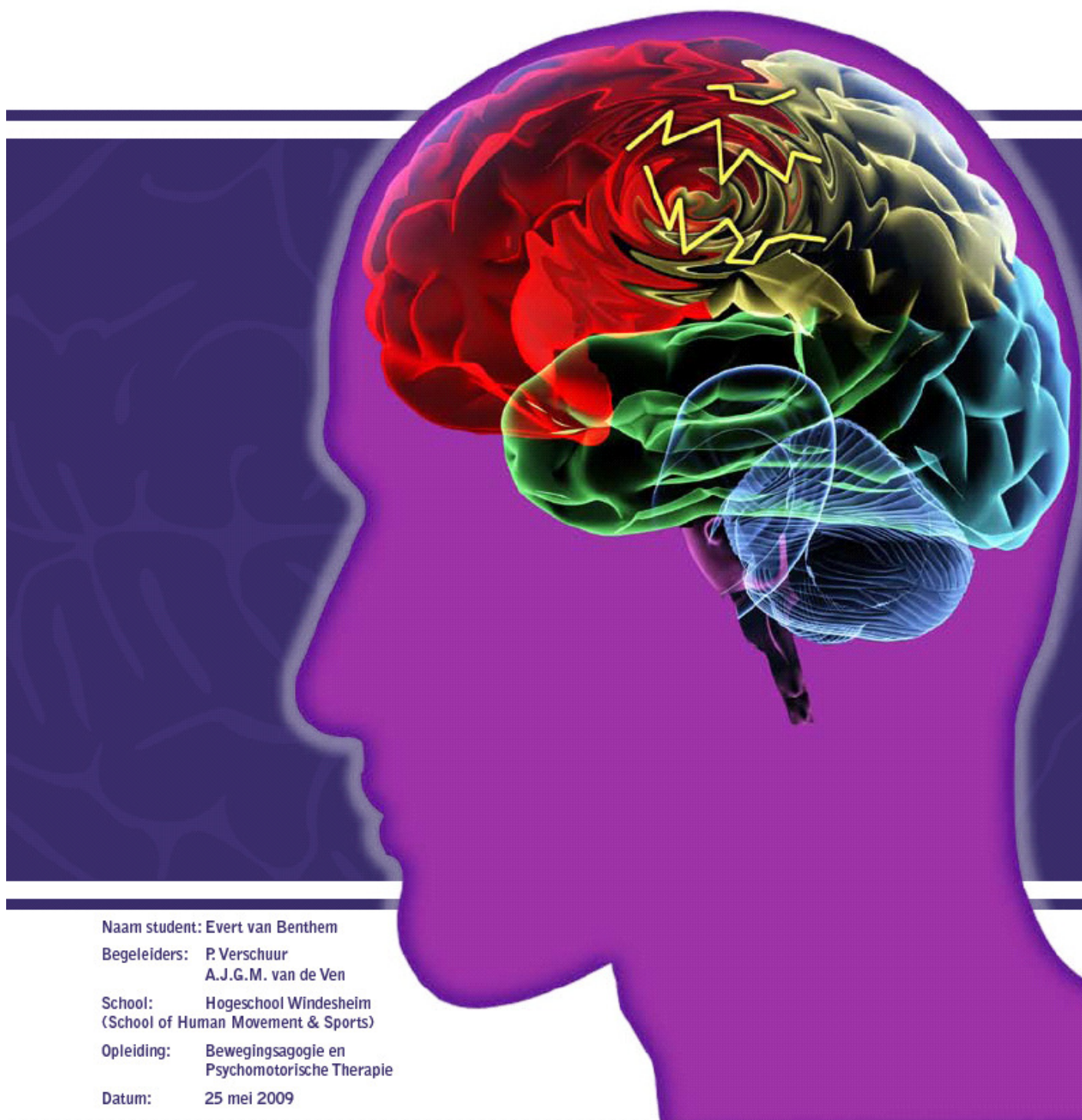


NIET AANGEBOREN HERSENLETSEL EN AGRESSIE

Hoe kan er binnen PMT gewerkt worden
met deze revalidanten / cliënten?



Naam student: Evert van Benthem

Begeleiders: P. Verschuur
A.J.G.M. van de Ven

School: Hogeschool Windesheim
(School of Human Movement & Sports)

Opleiding: Bewegingsagogie en
Psychomotorische Therapie

Datum: 25 mei 2009

Inhoudsopgave

1.	Voorwoord	Pag. 3
2.	Samenvatting	Pag. 4
3.	Inleiding	Pag. 5
4.	Deel 1: Casuïstiek	Pag. 6, 7
4.1	Classificerende diagnostiek aan de hand van het ICF model	
4.2	Hermeneutische diagnostiek	
5.	Deel 2: Algemene informatie	Pag. 8 - 13
5.1	Wat is PMT?	
5.2	PMT Strategieën	
5.3	Wat is Agressie?	
5.4	Theoretische verklaring van agressie	
5.5	De relationele betekenis van agressie binnen psychomotorische therapie	
5.6	Wat is een Niet Aangeboren Hersenletsel (NAH)?	
5.7	Agressie en agitatie gericht op NAH	
6.	Deel 3: Invloeden op agressief gedrag	Pag. 14 - 16
6.1	De invloed van (gebruikte) medicatie op agressie bij NAH	
6.2	De invloed van NAH op agressie	
7.	Deel 4: Niet-medicamenteuze behandeling	Pag. 17 - 19
7.1	Omgevingsbeïnvloeding en gedragsmodificatie	
7.2	Referentiekader F. Kuin	
7.3	Module impulscontrole	
8.	Deel 5: Conclusies	Pag. 20
8.1	Theorie koppelen naar praktijk	
8.2	Antwoord op de vraagstelling	
9.	Deel 6: Discussie en Aanbevelingen	Pag. 21
10.	Literatuurlijst	Pag. 22
11.	Bijlage	Pag. 23 - 29
	- Stroomschema	
	- Structuur en opbouw van de therapiesessies van F. Kuin	
	- Agressiehantering: Penninx	
	- Module agressieregulatie: (CKP) Boerhout & v.d. Weele	

1. Voorwoord

Deze scriptie is geschreven door Evert van Benthem, 4^e jaars student Psychomotorische Therapie en Bewegingsagogie aan Hogeschool Windesheim te Zwolle. In dit 4^e jaar heb ik mijn eindstage gelopen bij Revalidatie Friesland te Beetsterzwaag. Deze scriptie is tot stand gekomen in het kader van mijn eindstage met betrekking tot een casestudie. Een revalidant met niet aangeboren hersenletsel vertoonde opvallend gedrag (agressief) waardoor de aandacht al snel uitging naar de problematiek van deze meneer. Daarnaast vond ik het interessant om erachter te komen hoe dit gedrag is ontstaan. Er was veel informatie te vinden over dit onderwerp en daarom was het een moeilijke opgave. Ik ben dan ook zeer tevreden met de steun die ik van een aantal personen kreeg.

Ten eerste wil ik mijn scriptie begeleider, Paul Verschuur, bedanken voor de steun die hij gaf om deze casestudie tot een goed einde te brengen.

Verder wil ik met name Kim Voorhorst bedanken. Zij was mijn stagebegeleidster en gaf mij tips en adviezen bij het maken van deze casestudie. Daarnaast wil ik mijn andere collega's binnen Revalidatie Friesland ook bedanken. Door hun kritische kijk en brede invalshoeken werd ik aangemoedigd om kritisch na te denken, zo werd mijn casestudie een kwalitatief werk.

Ook wil ik Wouter Oonk bedanken voor zijn tijd en informatie. Hij is werkzaam bij revalidatie centrum de Vogellanden in Zwolle en is daar een groep gestart gericht op niet aangeboren hersenletsel en agressie. Ik mocht hier meekijken en achteraf vragen stellen over deze groep.

Tenslotte wil ik ook mijn familie, vrienden en medestudenten bedanken voor de steun tijdens het maken van deze casestudie.

2. Samenvatting

Mijn vraagstelling is tot stand gekomen tijdens mijn eindstage bij Revalidatie Friesland te Beetsterzwaag. Één van de revalidanten vertoonde agressief gedrag en kreeg daarom veel aandacht. Ook mijn aandacht ging uit naar deze meneer maar dan om te onderzoeken waar dit gedrag vandaan komt en hoe hieraan gewerkt kan worden. Daarom ben ik tot de volgende vraagstelling gekomen:

Op welke wijze kan er binnen PMT gewerkt worden aan/met agressief gedrag bij cliënten met een niet aangeboren hersenletsel?

Het eerste wat ik in mijn casestudy beschrijf is mijn casuspersoon. Elke Niet Aangeboren Hersenletsel (NAH) revalidant is weer anders, ik wil mij richten op deze casus en daarom zal deze persoon als een rode draad door mijn casestudy heen lopen.

De vraagstelling is gericht op, of en hoe er gewerkt kan worden met NAH revalidanten. Daarom beschrijf ik in de eerste hoofdstukken duidelijk wat NAH, Agressie en Psychomotorische Therapie inhoudt. Om vervolgens te kijken naar de invloeden van NAH op gedrag en de invloed van medicatie op gedrag.

Uiteindelijk kom ik uit op de methode van F. Kuin. Deze methode wordt momenteel al gebruikt in de PMT setting en ook bij NAH revalidanten. Kuin noemt een aantal referentiekaders maar geeft aan dat de cognitieve gedragstherapie voor hem bepalend is. Kuin is dus veel beïnvloed door de cognitieve gedragstherapie. Cognitieve gedragstherapie is een samensmelting van twee vormen van psychotherapie: cognitieve therapie en gedragstherapie. Cognitieve therapie gaat vooral uit van de invloed van het denken en het voelen. Gedragstherapie richt zich met name op het verband tussen het gevoel en het gedrag. Cognitieve gedragstherapie brengt die twee invalshoeken samen en probeert het verband te zoeken tussen het denken, het voelen en het handelen van mensen. Het pakt de gedragspatronen én de negatieve gedachten die de problemen in stand houden aan. Kern van CGT is de veronderstelling dat irrationele cognities zorgen voor disfunctioneel gedrag, zoals vermijdingsgedrag of agressie. Voor PMT betekent dit dat zij zich richten op het veranderen van de inhoud van deze irrationele cognities. Daarnaast wordt gewerkt met technieken uit de klassieke gedragstherapie. Echter worden deze technieken nu gebruikt om cognities te veranderen en niet om een prikkel te koppelen aan nieuw (constructiever) gedrag.

Of en hoe dit mogelijk is bij mijn casuspersoon leest u in dit verslag. Uiteindelijk geef ik handvatten voor collega's binnen de revalidatie die aan de slag willen met dit gedrag bij deze doelgroep.

3. Inleiding

Als laatstejaarsstudent Psychomotorische therapie en Bewegingsagogie aan Hogeschool Windesheim, heb ik een casestudie gemaakt. Deze casestudie is gericht op niet aangeboren hersenletsel en agressie. Hierbij heb ik mij de volgende vraag gesteld:

Op welke wijze kan er binnen PMT gewerkt worden aan/met agressief gedrag bij cliënten met een niet aangeboren hersenletsel?

Bij deze vraag horen een aantal deelvragen om een duidelijk antwoord te krijgen op bovenstaande vraagstelling. Deze deelvragen heb ik hieronder voor u op een rijtje gezet;

- *Wat is Agressie?*
- *Wat is een Niet Aangeboren Hersenletsel (NAH)?*
- *Wat is de invloed van (gebruikte) medicatie op agressie bij NAH?*
- *Wat is de invloed van een NAH op agressie?*

Het doel van mijn casestudie is om antwoord te krijgen op bovenstaande vragen. Daarnaast wil ik handvatten aanreiken voor aankomend PMT'ers om met deze mensen aan de slag te gaan.

In dit verslag zal ik beginnen met het beschrijven van mijn casus persoon. Deze casus bespreek ik aan de hand van het ICF model (veel gebruikt in de revalidatie) en vanuit de hermeneutische diagnostiek.

Daarna zal er worden ingegaan op een stuk algemene informatie en theorie. Hier word een helder beeld geschetst van wat PMT, Agressie en Niet Aangeboren Hersenletsel inhoud.

Vervolgens ga ik het hebben over de invloeden op agressie. Ik probeer u uitleg te geven van wat de invloeden zijn van medicatie en hersenletsel op het gedrag van de revalidant. Hierdoor komen we steeds dichterbij de conclusie van mijn casestudie. In deze conclusie geef ik antwoord op mijn vraagstelling.

Als laatste zal ik de discussie aangaan en aanbevelingen doen!

Ik wens u alvast veel leesplezier!

4. Deel 1: Casuïstiek

4.1 Classificerende diagnostiek aan de hand van het ICF model

Diagnose

Status na schedelhersenletsel na val van trap d.d. 21-07-2008

Funcities /anatomische eigenschappen

- Bifrontale Contusiehaarden (hersenkneuzingen)
- Schedelfractuur waarbij schedel is geopend door het uitnemen van botlap.
- Dysfagie (slikproblemen)
- Transcorticale afasie (verstoord taalbegrip)
- Cognitieve stoornissen
- Bradyfrenie (traagheid van denken)
- Woordvindingsproblemen
- Hese stem

Activiteiten

- Snel geïrriteerd/ontremd gedrag
- Geen geduld om 10 minuten te fietsen op hometrainer
- Verminderd reactievermogen
- Tijdens activiteiten impulsief en begint snel met spreken of handelen

Participatie

- Communicatieproblemen
- Maakt geen plan van aanpak
- Geen structuur in handelen
- Ziektewet
- Ouders zijn gescheiden
- Moeite met scheiding eerste partner
- Nieuwe partner (2 kinderen van haar)
- Kan momenteel niet varen met zijn boot op de Friese meren

Externe Factoren

- Weinig vrienden na scheiding
- Prikkelarm begeleiden
- Duidelijk communiceren
- Kan functioneren wat betreft zelfinhibitie, flexibiliteit en inzicht doordat de situatie erop afgestemd wordt (omgeving beïnvloeden door hulp en structuur te bieden).

Persoonlijke Factoren

- 47 jarige man
- Keurmeester & storingsmonteur
- Ongeduldig & onrustig
- Agressief gedrag na letsel
- Hekel aan mensen die Fries praten om hem heen

4.2 Hermeneutische diagnostiek

Wat is eigenlijk een hermeneutische invalshoek?

Vanuit de hermeneutische invalshoek probeert de diagnosticus zicht te krijgen op de aard van de verstoring van de interactie, de dialoog van de deelnemer met zijn omgeving. Die omgeving kan zowel sociaal (medemensen) als materieel (dingen) van aard zijn. De wijze waarop de deelnemer en de omgeving met elkaar omgaan is niet meer adequaat. Vanuit deze invalshoek ziet men in een probleemsituatie niet alleen de deelnemer. De diagnosticus probeert het mislukte interactiepatroon van de deelnemer te begrijpen vanuit de wijze waarop de deelnemer zich verhoudt tot de hem omringende wereld als ook omgekeerd; wat betekent dit mislukken voor de wijze waarop de deelnemer zijn omgeving en zichzelf begrijpt? De diagnosticus probeert de deelnemer te begrijpen in zijn verstoorde dialoog.

De hermeneutische invalshoek speelt een belangrijke rol in de diagnostiek, vooral daar waar er duidelijkheid dient te ontstaan over het gedrag t.o.v. het probleemgedrag van de deelnemer. Vanuit de hermeneutische invalshoek worden het mislukken, de klacht van de deelnemer gezien in de context van de deelnemer. De hermeneutische invalshoek is een procesgeoriënteerde benadering. In feite vallen de diagnostische fase en de behandelphase (voor een deel) samen. (Diagnostiek, indicatie en behandeling G041, L. Sietsma)

Vanuit deze invalshoek kan ik zeggen dat meerdere disciplines met deze meneer en zijn vriendin een soort van intakegesprek hebben gehad. We hebben hem daarbij zijn verhaal laten doen.

Voor het ongeval

Uit zijn kindertijd heb ik weinig informatie maar ik kan wel een beeld geven van de laatste paar jaar. Hij was een bezige bij en kon alles zelf in en om het huis. Hij had een dubbele baan, namelijk keurmeester en storingsmonteur, waar hij 40 a 50 uur aan energie in stak. Hij houdt van gezelschap maar heeft weinig vrienden. Hij was meestal rustig en opgewekt maar uitte weinig emotie. In zijn vrije tijd ging hij vaak varen op zijn eigen boot. Hij schoot wel is uit zijn slof maar kon de laatste tijd meer over zijn problemen praten. Zijn ouders zijn, toen hij nog jong was, gescheiden en ook hijzelf is gescheiden en woont sinds 2 jaar weer samen met zijn nieuwe vriendin. Hij en zijn ex-vrouw hebben samen één kind en de vrouw waar hij nu mee samenwoont heeft twee kinderen uit haar vorige relatie.

Na het ongeval

Na het ongeval is hij motorisch en cognitief erg onrustig geworden. Hij heeft weinig geduld en word soms agressief door middel van slaan. Door zijn ongeval kan hij zijn werk niet meer uitvoeren en zal hij niet meer aan de slag kunnen met zijn boot. Daarnaast is het nog de vraag of zijn huidige vriendin zo wel met hem verder wil maar hierover is geen informatie.

Verklaren en begrijpen

Voorop het sociale vlak komt deze meneer nogal wat problemen tegen. De scheiding van zijn ouders, zijn eigen scheiding en het niet hebben van vrienden zijn opvallend.

Ik kan mij voorstellen dat de scheiding van zijn ouders nog niet is verwerkt. Daarnaast is hij zelf ook gescheiden en heeft het hier erg moeilijk mee (gehad). Beide gebeurtenissen leveren emoties en problemen op die hij heeft weggedrukt om hier geen last van te hebben.

Het niet aangeboren hersenletsel wat hij heeft opgelopen heeft invloed op het gedrag wat hij vertoond. Vroeger kon hij alles zelf doen en nu is hij afhankelijk van anderen. Ook weet hij niet of hij alle functies weer terug zal krijgen. Tenslotte heeft hij nooit geleerd om zijn problemen bespreekbaar te maken en om zijn emoties te uiten, laat staan er mee om te gaan.

5. Deel 2: Algemene informatie

5.1 Wat is PMT?

Voor wie is psychomotorische therapie / psychomotore therapie bedoeld?

Psychomotorische therapie is bedoeld voor mensen met psychische problemen. Psychomotorische therapie is geschikt voor alle leeftijdscategorieën: kinderen, adolescenten, volwassenen en ouderen. Het doel van de behandeling is het wegnemen of in ieder geval verminderen van de problematiek waarvan de cliënt last heeft.

Is psychomotorische therapie hetzelfde als psychotherapie?

Het werkterrein van de psychomotorisch therapeut ligt op hetzelfde gebied als dat van een psycholoog. Een psychomotorisch therapeut is een professional die mensen met psychische problemen behandelt. Het verschil met een psycholoog is dat die alleen praat met mensen, terwijl een psychomotorisch therapeut een deel van de tijd dingen doet met mensen. Die dingen liggen op het gebied van beweging en lichaamservaring. Bij beweging kun je denken aan oefensituaties uit de sport en het bewegingsonderwijs, bij lichaamservaring gaat het om het concentreren op de ervaring en beleving van het eigen lichaam, en daarbij kun je onder anderen denken aan ontspanningsoefeningen, ademhalingsoefeningen, sensory-awareness, bio-energetica etc. Binnen een psychomotorische therapie wordt gekeken hoe men met zichzelf, met anderen, met de opdrachten en met het materiaal omgaat. Het doel van de psychomotorische therapie, zoals die geformuleerd is door de Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie (NVPMT), luidt:

"Het tot stand brengen van een gedragsverandering of tenminste een bijdrage te leveren daaraan en daarmee psychosociale of psychiatrische problematiek weg te nemen of te verminderen".

De psychomotorische therapie biedt een veilige plek om te experimenteren met ander gedrag. Ook kunnen nieuwe ervaringen op het gebied van voelen en denken opgedaan worden. Tijdens de psychomotorische therapie "krijgt men de gelegenheid om leerervaringen en correctieve emotionele belevingen op te doen".

Waar werkt de psychomotorisch therapeut?

Er zijn tussen de 500 tot 600 psychomotorisch therapeuten werkzaam in Nederland. Enkele werkelden zijn: psychiatrie (psychiatrische ziekenhuizen, dagbehandelingscentra, kinder- en jeugdpsychiatrie etc), verstandelijk gehandicaptenzorg, psychogeriatric (ouderen), revalidatie, forensische psychiatrie (binnen gevangenissen) en verslavingszorg. Een aantal psychomotorisch therapeuten is vrijgevestigd en heeft een eigen praktijk.

5.2 PMT Strategieën

Deze strategieën spelen een belangrijke rol binnen de psychomotorische therapie en komen tijdens de behandeling vaak terug. Daarom een omschrijving van deze strategieën.

Oefenen

Bij deze strategie reikt de psychomotorisch therapeut duidelijke structuren aan, waarbinnen de cliënt oefenend geconfronteerd wordt met lichaamservarings- en bewegingssituaties. Al oefenend werkt de cliënt aan het vergroten van het waarnemings-, belevingsvermogen en het gedragsrepertoire van de cliënt. De aangeboden activiteiten hebben zowel een (bewegings-)technisch als ook een belevingsaspect. Centraal doel van deze strategie is dat de cliënt contact krijgt en in contact blijft met zijn omgeving en/of zijn lichaam. Dit gebeurt binnen de door de psychomotorisch therapeut aangeboden structuren. Zo leert de cliënt om te gaan met psychiatrische of psychosociale problematiek.

Ervaren

Bij deze strategie leert de cliënt experimenteren met gedragsalternatieven en effecten van deze alternatieven op zijn gedrag, in relatie tot zijn omgeving. Deze alternatieven hebben aspecten van het denken, voelen en handelen van de cliënt in zich. Zij moeten niet gezien worden als losstaande aspecten, maar zijn altijd onderling verweven.

De cliënt leert met zijn gedrag experimenteren binnen de door de psychomotorisch therapeut globaal aangegeven structuren. Gaandeweg dient de cliënt zelf te leren structureren, zodat hij niet afhankelijk blijft van de aangeboden structuur. Dit zelfstructurerende gedrag moet de cliënt ontwikkelen in de therapiesituaties, om het vervolgens ook in zijn leven buiten de therapiesituatie te leren ontwikkelen en toepassen. Het is taak van de psychomotorisch therapeut veiligheid en uitdaging te scheppen. Zodoende zal de cliënt ruimte krijgen om met zijn gedrag te experimenteren. Eveneens dient hij het gedrag van de cliënt, zijn eigen gedrag en de situatie, zodanig te structureren dat de cliënt zicht krijgt op zijn eigen gedrag in relatie tot zijn omgeving.

Ontdekken

Bij de ontdekkende strategie staan onverwerkte, verdrongen herinneringen, emoties en intrapsychische conflicten centraal die verwijzen naar traumata. Deze conflicten kunnen het huidige leven van de cliënt zodanig negatief beïnvloeden, dat het zijn functioneren in sociale verbanden beperkt of zelfs onmogelijk maakt. De cliënt krijgt de gelegenheid deze conflicten te ontdekken. Hij moet deze conflicten kunnen uiten en benoemen in actuele effecten op zijn bestaan. Naast het ontdekken, uiten en benoemen, behoren deze conflicten een geïntegreerde plaats te krijgen in het bestaan van de cliënt.

Het is de taak van de psychomotorisch therapeut de cliënt te helpen bij het bewustmaken van zijn afweer en/of zijn overlevingsstrategieën in zijn sociale verbanden. De therapeut moet hem bewustmaken van zijn langzaam gegroeide inadequate gedrag in sociale verbanden. Hij geeft de cliënt de gelegenheid zijn conflicten te uiten en deze op een geïntegreerde manier op te nemen in zijn huidige bestaan. Dit op een voor hem en zijn sociale verbanden adequate wijze van doen. (Sietsma 2006)

5.3 Wat is Agressie?

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

Binnen de biologie en psychologie heeft agressie daarom een minder negatieve betekenis, je noemt het wel, ter onderscheiding, *agressiviteit*.

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

5.4 Theoretische verklaring van agressie

Er zijn verschillende verklaringstheorieën over agressief gedrag. Ik zal drie theorieën bespreken. Klomp (1995) beschrijft drie theorieën.

1. Drifttheorie

Vanuit de instinct theorie wordt agressie gezien als een aangeboren drift, die bij iedereen aanwezig is. Deze drift streeft naar ontlading. De ene persoon bezit meer van deze drift dan de andere persoon. Deze drift wordt gezien als een vorm van energie, die ook voor vele sociaal geaccepteerde activiteiten kan dienen. De ontwikkeling van de agressie is te beïnvloeden en kan in goede banen geleid worden. Problemen in de controle van deze agressie zien zij als oorzaak van agressief gedrag. In de behandeling wordt er naar een opbouw of versterking van dit controlesysteem gestreefd.

2. Frustratie-agressiemodel

Het frustratie-agressiemodel verklaart agressief gedrag als een reactie van iemand op frustraties. Mensen streven in hun leven doelen na. Worden deze doelen niet behaald, dan levert dit frustraties bij die personen op. Deze frustraties worden afgereageerd in de vorm van agressie. De agressie hoeft echter niet altijd gericht te zijn op de oorzaak van de frustraties. De agressie kan ook op andere personen of op zichzelf gericht zijn. (depressie, suïcide.) In de behandeling zal men proberen om het aantal frustrerende ervaringen te beperken en de cliënt te leren om op een meer effectievere manier met frustraties om te gaan.

3. Leertheorieën

De leertheorie ziet agressief gedrag als aangeleerd gedrag. In de eerste levensfasen zullen kinderen het gedrag van ouders overnemen. Wanneer de ouders het agressieve gedrag op een bepaalde manier belonen, dan zal het kind dit gedrag zich eigen maken. In de behandeling zal men het agressieve gedrag bij de cliënt willen afleren en effectievere gedragingen aanleren.

Naar mijn idee zit er in al deze drie theorieën een kern van waarheid. Ik zie agressie als een vorm van energie. Deze energie heb je nodig voor alle dagelijkse dingen in het leven. Agressie is dus niet alleen maar negatief. Je kunt het ook gebruiken voor sociaal geaccepteerde activiteiten (drift-theorie, zie ook hoofdstuk 5.4). Bij alle bewegingen die je doet heb je energie en dus agressie nodig. Sommige mensen bezitten meer van deze energie dan anderen. Deze personen worden gezien als mensen met temperament. Situaties kunnen een grote hoeveelheid (extra) agressie of energie bij iemand oproepen. Dit kan zijn wanneer je boos wordt van iemand of iets, maar ook wanneer je een succeservaring beleefd. Op beide momenten voel je energie in je lichaam stromen, die jou aanzet tot bewegen. Bijv: Als je kwaad wordt, wil je schreeuwen of harder praten. Als je blij bent, wil je gaan juichen.

In de anale levensfase leer je dat jouw mening mee gaat tellen. Je gaat vaker 'nee' zeggen. Op momenten dat je je zin niet krijgt, wordt je boos. Als ouder is het belangrijk dat je in deze levensfase consequent blijft naar het kind. Hij moet leren dat hij wel boos mag zijn. Hij moet echter niet beloond worden met zijn boze gedrag, door alsnog zijn zin te krijgen. Wanneer dit herhaaldelijk gebeurd is het mogelijk dat het kind zich aanleert om zich agressief (krijzen/schreeuwen) wanneer hij zijn zin niet krijgt. Op latere leeftijd kan dit steeds ergere vormen van agressie gaan aannemen. De methode van Kuin gaat vooral uit van de drift-theorie. Zijn behandeling is vooral gericht op het versterken van het controlesysteem. De methode zal ik in hoofdstuk 7.2 toelichten.

5.5 De relationele betekenis van agressie binnen psychomotorische therapie

Agressie is te beschouwen als gedrag dat voortkomt uit een samenspel van overlevingsdrang, emoties als boosheid en angst, (ver)oordelende cognities en biologische prikkels. Agressie kan op verschillende manieren omschreven worden. Binnen de psychomotorische therapie van het CKP maakten ze het onderscheid tussen *destructieve* en *constructieve* agressie (Kuipers e.a., 1999; Mettrop-Wurster, 1987; Sturkenboom, 1986).

Agressie noemen we *destructief* als het leidt tot mentaal of fysiek geweld: het met opzet schade toebrengen aan zichzelf, de ander, dieren of dingen. Onderdrukte emoties, zoals woede, wanhoop, wrok of cynisme, kunnen dan de kop opsteken. Op cognitief niveau kan er sprake zijn van een gering normbesef, intellectueel tekort, gebrekkig inschattingsvermogen, te weinig sociale vaardigheden. Op biologisch niveau is een organisch defect mogelijk, zoals bij een psychose of middelengebruik. Agressie heeft daarnaast een *constructieve* waarde: agressie is nodig om eigenheid te verwerven, ergens op af te gaan, zich te kunnen verbinden én begrenzen. Zo blijkt uit onderzoek dat 'agressieve coping' een effectieve strategie is onder stressvolle condities, zolang het niet de antisociale vorm aanneemt van 'onbehouden individualisme' (Monnier e.a., 1998). Boosheid en kritiek zijn dan op tijd en gedoseerd naar voren gebracht in woord en gebaar. De agressie wordt niet óf onderdrukt óf voortdurend geuit ('gebonden' agressie), maar is 'vrij' beschikbaar: "Over vrije agressie beschikt iemand die, al naar gelang de situatie dat vraagt, zich afwachtend, vertrouwend, vriendelijk, boos of strijdend kan opstellen." (Van Dijk, 1984, p. 218). Dat agressie ook een positieve uitwerking kan hebben, is vaak een openbaring voor de cliënten. Educatie hierover kan helpen een taboe op agressie te doorbreken.

Voor een positieve betekenisverlening is het belangrijk agressieregulatie niet op te vatten als het 'ontladen' van energie door catharsis. Een dergelijke opvatting, die past bij een mechanistisch, *substantieel* lichaamsbeeld (Tamboer, 1985) is theoretisch onhoudbaar en klinisch onverantwoord (Blom & Bosscher, 1983; De Groot en De Doncker, 2006; Glas e.a., 1980; Russelman, 1983; 1985; Sturkenboom, 1986). Uit onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat je agressie niet 'kwijt' raakt, maar verder opgefokt raakt door het afreageren op een boksak (Bushman e.a., 1999). Daaruit moet echter niet geconcludeerd worden, dat de boksak als therapeutisch medium heeft afgedaan. De conclusie moet zijn dat het uitlokken van kwaadheid geen einddoel op zich mag zijn, maar professioneel opgepakt dient te worden in de behandelrelatie. Agressie beschouwen als 'an-in-relation-to-phenomenon' is een voorwaarde voor het leren hanteren van agressie (Roffman, 2004). Deze opvatting past bij een *relationeel* lichaamsbeeld (Tamboer, 1985). Hierbij gaan we er niet van uit dat iemand agressie 'heeft' (en dus 'kwijt' zou kunnen raken), maar agressief 'handelt' binnen een netwerk van betekenisrelaties.

De non-verbale oefenvormen binnen psychomotorische therapie doen recht aan de lichamelijke drang tot handelen die vanaf de vroege ontwikkeling bij agressie hoort (Sturkenboom, 1986). Tegelijk kunnen die vormen het verbaliseren van verborgen behoeftes en inzichten op gang brengen. De oefenzaal is beschikbaar als 'laboratorium' voor gedragsexperimenten, als territorium voor het leren omgaan met agressie.

Voor een PMT'er is het belangrijk om te weten dat agressie ook een positieve werking kan hebben in plaats van negatief daarom deze korte toelichting. Zoals werd aangegeven kan het een effectieve strategie zijn bij stressvolle situaties maar ook om eigenheid te verwerven. Wel is het belangrijk om de cliënt zijn gedrag te laten verkennen, herkennen en erkennen zodat hij hier betekenis aan kan geven en doelen kan stellen.

5.6 Wat is een niet aangeboren hersenletsel (NAH)?

Definitie NAH

Het is een verzamelnaam voor alle letsels aan de hersenen die ontstaan zijn na de geboorte. Vaak heeft een persoon dan al een goede, normale ontwikkeling laten zien en ontstaat er vrij plotseling een afwijking door verschillende oorzaken, waardoor een of meerdere functies van de hersenen wegvallen of slechter worden.

Oorzaken NAH

De oorzaken van niet-aangeboren hersenletsel zijn zeer gevarieerd en omvatten onder andere:

Niet-traumatische oorzaken:

- Zuurstofgebrek van de hersenen (bijvoorbeeld bij verdrinking of verstikking)
- Stoornis in de bloedtoevoer naar de hersenen (bijvoorbeeld bij een hersenbloeding of bij een hartstilstand)
- Stofwisselingsstoornis (bijvoorbeeld door een stofwisselingsziekte, of bij chronisch alcoholgebruik waardoor hersenafwijkingen ontstaan die de ziekte van Korsakov genoemd worden)
- Ziekte van Parkinson, Alzheimer, multiple sclerose, epilepsie, diabetes mellitus
- Infectie van het hersenweefsel

Traumatische oorzaken:

- Een (verkeers)ongeluk met als gevolg hersenletsel (**Zie casus**)
- Een klap op het hoofd met een zwaar voorwerp
- schietpartij (kogel in het hoofd)

Gevolgen

Ook de uitingen van niet-aangeboren hersenletsel zijn zeer gevarieerd. Mogelijke klachten en symptomen zijn:

- Coma of een verminderd bewustzijnsniveau
- Krachtsverlies of uitval van de spieren
- Halfzijdige verlamming
- Afwijkingen van het horen, zien, proeven, voelen of ruiken
- Verminderd denkvermogen
- Problemen met het korte- en/of het langetermijngeheugen
- Veranderingen in het karakter van een persoon
- Contusio cerebri

Behandeling *Voorkómen of beperken van de hersenschade*

Niet-aangeboren hersenletsel moet natuurlijk zoveel mogelijk voorkómen worden. Het zo snel mogelijk wegnemen van de oorzaak van hersenletsel (bijvoorbeeld door zuurstofgebrek op te heffen, de bloedtoevoer naar de hersenen te herstellen of het alcoholgebruik te stoppen) moet de mate van de toekomstige problemen verminderen. Bij sommige oorzaken van hersenschade kan vlak na de gebeurtenis medicatie en/of hypothermie toegepast worden om de totale schade aan de hersenen te verminderen.

Revalidatie

Wanneer de hersenschade eenmaal opgetreden is, is het nog onmogelijk om deze weer ongedaan te maken, hoewel in de maanden na de gebeurtenis vaak nog enig spontaan herstel gezien wordt. Door het stimuleren van de hersenen (door het doen van oefeningen) kan dit herstel aangemoedigd worden. Verder moet revalidatie ervoor zorgen dat iemand zo goed mogelijk in staat is om met het niet-aangeboren hersenletsel te leven. Vooral voor partners en kinderen is begeleiding gewenst om hun voor te bereiden op de problemen die de patiënt kan ervaren in zijn of haar functioneren.

Evenals familie en vrienden van de patiënt is daar vaak ook informatie en in sommige gevallen begeleiding noodzakelijk, om te leren omgaan met de plotseling veranderde situatie.

Medicatie

Een deel van de mensen die NAH hebben krijgen geen middelen om externe prikkels te onderdrukken maar juist oppeppers, de veronderstelling tot nu toe was dat mensen door eerder verstrekte middelen zich beter gingen voelen omdat ze wat rustiger zouden worden. Een deel van de groep mensen die oppeppende middelen krijgt kan vaak de problemen beter aan. Het grote voordeel daarvan is onder andere ook dat zij weer actiever deel kunnen nemen aan activiteiten en begeleide sporten enzovoorts.

5.7 Agressie en agitatie gericht op NAH

Agressie en impulsiviteit zijn zeer frequent voorkomende symptomen bij NAH (Kant 1998). Juist deze problematiek is voor familieleden en verdere omgeving erg belastend en leidt tot sociaal disfunctioneren. Het weegt veel zwaarder dan bijvoorbeeld geheugenproblemen of fysieke beperkingen (Azouvi 1999). Agressie wordt vaak in een symptoomcluster gezien tezamen met symptomen als impulsiviteit en agitatie. De diverse begrippen worden in de literatuur niet altijd duidelijk onderscheiden. Er is een grote overlap tussen de begrippen agressie en agitatie of, zo men wil, liggen beide begrippen in elkaars verlengde.

Agressie is niet per definitie een abnormale gedragsvorm. Het kan gezien worden als een component van het fight-flight mechanisme waarbij het een intentionele handeling betreft, welke lichamelijke of mentale schade toebrengt aan anderen (Filley 2001). Hersenletsel kan de drempel naar agressie verlagen, maar het hoeft zeker niet de enige oorzaak te zijn. In geval van neurocognitieve stoornissen is het risico van het ontstaan van agressief gedrag wel groter (Filley 2001).

Acute fase

In de acute fase na hersenletsel is er vaak sprake van motorische onrust en agitatie bij een verlaagd bewustzijn. De acute fase heeft hier betrekking op de prehospital fase, de spoedeisende eerste hulp fase en de eerste 24 uur na opname op een afdeling IC of MC. Deze indeling is uiteraard nogal arbitrair.

Niet acute en chronische fase (zie casus)

Voor de behandeling van agitatie en agressie is in de richtlijn een stroomdiagram (zie bijlage) opgenomen. Volgens dit stroomdiagram is de niet-medicamenteuze interventie een belangrijke eerste stap. Dit diagram is dus ook gemaakt voor PMT'ers die met deze problematiek te maken krijgen. Algemene maatregelen ter voorkoming/behandeling agressie in de acute fase van NAH zonder medicatie. Prikkelarm verplegen, duidelijke communicatie, het aanwezig zijn van bekenden voor de patiënt (eventueel ook tijdens het verrichten van aanvullend onderzoek) en het reduceren van geluid en licht zijn algemene maatregelen die onrust kunnen verminderen (Fowler 1995, Plylar 1989).

6. Deel 3: Invloeden op agressief gedrag

6.1 De invloed van (gebruikte) medicatie op agressie bij NAH?

Gebruikte medicatie en functie:

- | | | |
|---|--|--|
| - | <i>Haldol (5mg 3x dd.)</i> | <i>i.v.m. cognitieve onrust</i> |
| - | <i>Nitrazepam (5mg 1x dd.)</i> | <i>bevorderen nachtrust</i> |
| - | <i>Lactulose (15ml 3x dd.)</i> | <i>ondersteuning stoelgang</i> |
| - | <i>Esomeprazol (40mg 1x dd.)</i> | <i>bescherming maag bij NSAID (pijnstillers) gebruik</i> |
| - | <i>Paracetamol (500mg 3x dd.)</i> | <i>pijnstillers</i> |
| - | <i>Pantozol (20mg 1x dd.)</i> | <i>bescherming maag bij NSAID (pijnstillers) gebruik</i> |
| - | <i>Importal (10gr. sachets 1x dd.)</i> | <i>ondersteuning stoelgang</i> |

Bij de keuze voor medicatie tegen agressie kan men zich laten leiden door de meest prominente bijkomende gedragsverschijnselen. Bij afwezigheid van psychotische kenmerken, of een duidelijke stemmings- of angststoornis wordt aanbevolen te starten met een anti-epilepticum of een SSRI.

Eigen gedachten over deze medicatie

De medicatie die deze meneer heeft gekregen heeft vooral geholpen tegen lichamelijke klachten.

Bijvoorbeeld het verbeteren van maag/darm klachten en zijn slaapritme.

Met het medicijn Haldol is geprobeerd om zijn stemming en gedrag te beïnvloeden. Toch bleef hij na deze medicatie ontremt gedrag vertonen en kon je nauwelijks iets van emotie ontdekken behalve wanneer hij agressief werd. Daarnaast was hij soms erg suf tijdens activiteiten die ik met hem deed.

Medicamenteuze behandeling bij NAH

De klinische praktijk wordt tot op dit moment gekenmerkt door een uiteenlopend voorschrijfgedrag voor de verschillende psychiatrische symptomen en gedragingen ten gevolge van hersenletsel.

Eenduidige en evidence-based richtlijnen zijn niet voorhanden en 'NAH-specifieke' medicatie ontbreekt. Een deel van dit probleem komt voort uit het feit dat NAH geen ziekte is, maar een verzamelnaam voor verschillende syndromen. Waar de ene specialist goede ervaringen heeft met een anti-psychoticum in de behandeling van agitatie of ontremming, daar schrijft een ander een stemmingsstabilisator voor.

Door het ontbreken van specifieke richtlijnen voor psychofarmaca bij NAH, zal de arts zich laten leiden door de algemeen gangbare richtlijnen voor medicamenteuze behandeling van psychiatrische stoornissen zoals deze opgesteld zijn door beroepsverenigingen of bekend zijn uit de literatuur. Gezien het feit dat patiënten met NAH vaak aanmerkelijk gevoeliger zijn voor bijwerkingen, is het algemeen aan te bevelen te starten met de laagst aanbevolen dosis en langzamer te starten dan gebruikelijk ('start low, go slow') en tijdig af te bouwen. Niettemin moet ervoor gewaakt worden dat er niet ondergedoseerd wordt bij uitblijven van bijwerkingen en effect. Bij de keuze kan men zich verder laten leiden door de aard van de bijwerkingen. Psychofarmaca met sederende en anti-cholinerge bijwerkingen of met bekende nadelige bijwerkingen op het cognitief of motorisch functioneren moeten, indien mogelijk, liever niet worden voorgeschreven bij patiënten met NAH. Ook is extra alertheid gevraagd bij medicatie waarvan bekend is dat ze stemming negatief kunnen beïnvloeden (bijvoorbeeld depressie bij gebruik van bètablokkers). Tenslotte kan worden opgemerkt dat vrijwel alle medicatie toegepast bij de behandeling van neuropsychiatrische gevolgen van NAH niet geregistreerd is specifiek voor deze toepassing ("off label"). Bijvoorbeeld een anti-epilepticum als stemmingsstabilisator of methylphenidaat bij apathie. Dit vraagt specifieke uitleg aan betrokkenen. Juist omdat er zo weinig bekend is over de effecten van psychofarmaca bij de behandeling van neuropsychiatrische gevolgen van NAH is het nauwgezet registreren van behandel-effecten en bijwerkingen van groot belang.

Meest voorkomende middelen van agressie en agitatie bij NAH zijn:

- Benzodiazepines
- Antipsychotica
- Haloperidol-lorazepam-midazolam
- Droperidol en lorazepam en haloperidol en diphenhydramine
- Olanzapine en Lorazepam
- Droperidol en Midazolam
- Propofol

Zoals je kunt zien is het een hele lijst met middelen. Het is moeilijk aan te geven welke medicatie nou het beste werkt bij de meneer uit mijn casus. Vandaar ook dat de arts waarschijnlijk meerdere medicatie gaat proberen om te kijken wat het effect hiervan zal zijn. Voor een PMT'er is het vooral belangrijk om te weten wat de bijwerkingen zijn van de gebruikte medicatie zodat ze een bruikbare observatie kunnen maken van het gedrag wat deze meneer vertoont en hierop de behandeling kunnen afstemmen. Hieronder de bijwerkingen van het medicijn Haldol:

Bepaalde bewegingsstoornissen (o.a. parkinsonisme); Droge mond; Duizeligheid, vooral in het begin; Emotionele afvlakking; Gezichtsstoornissen (= visusstoornissen); Hoofdpijn, vooral in het begin; Initiatief, verlies van ; Opwindings (= agitatie), vooral in het begin ; Reactie- en concentratievermogen, verminderd; Slaperigheid, vooral in het begin; Sufheid, vooral in het begin; Urine-ophoping (= urineretentie); Verstopping (= obstipatie); Verwardheid, vooral in het begin

6.2 De invloed van Niet Aangeboren Hersenletsel op agressie

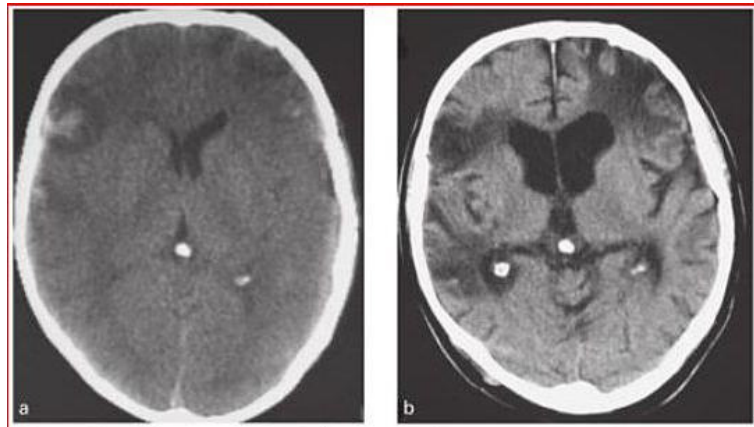
Bij een hersenschudding raakt het hersenweefsel niet beschadigd, wat wél het geval is bij een hersenkneuzing, oftewel een *contusio cerebri*. Afhankelijk van de plaats van de beschadiging in de hersenen en de ernst van de kneuzing kunnen neurologische stoornissen zoals verlammingen optreden.

Factoren waarvan de persoonslijkeheidsverandering afhankelijk kan zijn

- De persoonlijkheid en het cognitief functioneren van het individu vóór het letsel
- De plaats en de ernst van het letsel
- De hoeveelheid tijd die verstrijkt na het letsel
- De psychologische reactie op het letsel door het individu en/of zijn omgeving
- De mate van steun die men van de (directe) omgeving krijgt

Zoals ik heb beschreven in mijn casus gaat het om een hersenletsel met bifrontale hersenkneuzingen (contusiehaarden) met een moeilijk woord *Contusio Cerebri*. In hoofdstuk 5.6 heb ik aangegeven dat wij het hier hebben over een traumatisch letsel. In dit hoofdstuk wil ik een helder beeld geven van de functies van de hersenen en dan met name gericht op het frontale deel van de hersenen. Ik probeer hierin een koppeling naar mijn casus te maken om te laten zien wat de invloed is geweest van zijn letsel op het gedrag wat hij vertoont.

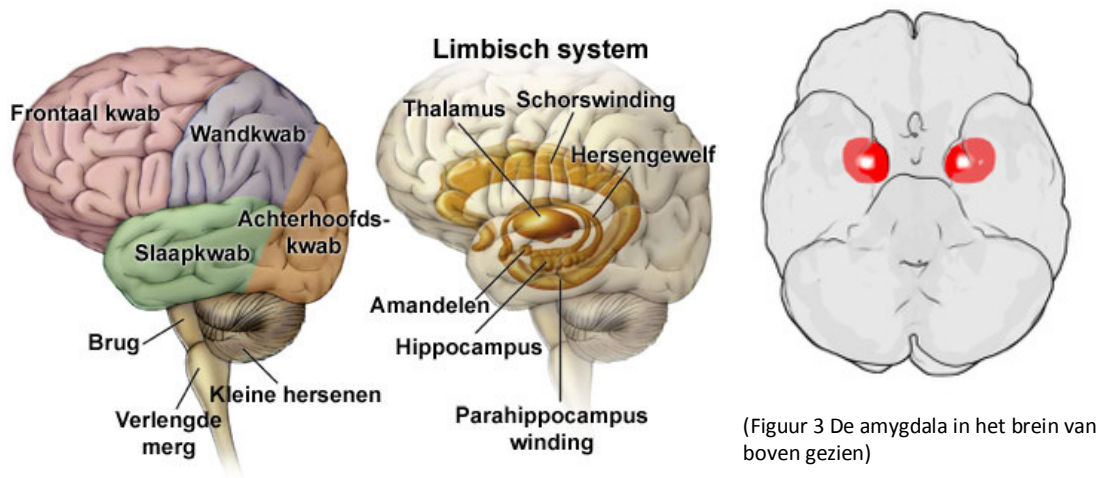
(Figuur1: dit is een ct scan van iemand anders die is gevallen en ook een bifrontale contusiehaard heeft opgelopen. Afbeelding a. laat acute haarden zien, zwelling van vooral de rechter hemisfeer. Afbeelding b. laat ernstige atrofie zien in de haarden van destijds.)



De *frontale kwab* (net achter het voorhoofd, zie figuur 2) staat in voor de motorische vaardigheden en cognitieve activiteiten zoals abstract en logisch redeneren, probleemoplossend denken, organiseren, beslissen, persoonlijkheid, motivatie en controle van impulsen. Het speelt tevens een rol in de controle van emoties, sociale vaardigheden, en expressieve taal.

Daarnaast legt de *amygdala* verbanden tussen informatie die van verschillende zintuigen afkomstig zijn en koppelt deze aan emoties. Bij iedere nieuwe situatie bepaalt het individu welke emotionele reactie het meest zinvol is. Met name de rol bij angstreacties is bekend, maar de amygdala lijkt ook betrokken te zijn bij andere emoties. Het gaat dan om gebieden als angst, **agressie**, seksueel gedrag en conditionering.

Anatomie van de hersenen



(Figuur 2 de hersenkwabben)

(Figuur 3 De amygdala in het brein van boven gezien)

Het is erg moeilijk te voorspellen welke symptomen men gaat vertonen na een hersenletsel. Elk individu is uniek. Sommige letsels zijn matig, met symptomen die na een tijd verdwijnen mits de nodige zorgen. Andere letsels zijn ernstiger en kunnen een permanente inperking tot gevolg hebben. De effecten van hersenletsel kunnen posttraumatische en zelfs levenslange behandeling tot gevolg hebben.

Zoals we hierboven kunnen zien en lezen kan een hersenletsel dus wel degelijk invloed hebben op het impulsieve en agressieve gedrag van de beschreven casuspersoon. Alle hersendelen staan in verbinding met elkaar en kunnen niet zonder elkaar. Het is een complex gebeuren en daarom is het moeilijk om aan te wijzen waar het in de hersenen fout is gegaan bij deze meneer.

7. Deel 4: Niet-medicamenteuze behandeling

7.1 Omgevingsbeïnvloeding en gedragsmodificatie

Omgevingsbeïnvloeding. Bij de inrichting en opzet van een verblijfs- of behandelafdeling voor NAH-patiënten in zorginstellingen, zal in de regel moeten worden gekozen voor een relatief prikkelarme omgeving met een vaste en regelmatige dagstructuur. Bijzondere aandacht verdient een goed evenwicht tussen ontspanning en inspanning gegeven het sterk deraillerende effect dat vermoeidheid heeft op het gedrag bij de hersenbeschadigde patiënt. De bejegening door het behandelend en verplegend personeel is over het algemeen directief en sturend (Yody 2000, Schaub 2000, Wood 2001, Worthington 2001). Een toegespitste scholing in de gevolgen van hersenletsel op gedrag en cognitie is altijd wenselijk. Dit geldt zowel voor mantelzorgers als voor verzorgenden. De klinische ervaring leert dat met relatief eenvoudige omgevingsveranderingen of door het begeleiden en instrueren van mantelzorgers vaak grote invloed kan worden uitgeoefend op het reduceren of stoppen van probleemgedrag. In dat licht is het opmerkelijk vast te moeten stellen dat hierover in de onderzoeksliteratuur maar heel beperkt is gepubliceerd in de vorm van systematische effectonderzoeken.

Gedragsmodificatie. Met regelmaat verschijnen in de literatuur beschrijvingen van gedragstherapeutische interventies bij patiënten met NAH en gedragsproblemen. Hierbij gaat het vaak over behandeling van geagiteerde en agressieve gedragingen van fysieke en niet fysieke aard. Dit is weinig verwonderlijk, omdat agressie door zowel de naasten van een patiënt, als ook door verzorgenden en medepatiënten altijd als zeer belastend wordt ervaren. De patiënt/personeel ratio is meestal hoog: 2:1 of zelfs 1:1 zijn geen uitzonderingen. Gegeven de intensieve observaties en metingen die nodig zijn en de arbeidsintensiviteit van de interventie zelf, is dit vaak ook nodig. Van de behandelaren, meestal het verplegend personeel, wordt een zeer consistente en consequente aanpak gevraagd. De behandeling duurt bovendien vaak lang en gaat in de regel 7 dagen per week door. Het is duidelijk dat een dergelijke personele inzet, gegeven de krappe kwantitatieve en kwalitatieve bezettingen in de huidige zorginstellingen, maar mondjesmaat kan worden gerealiseerd.

Wetenschappelijke status

Pas sinds korte tijd is er bijzondere aandacht is voor de diagnostiek en behandeling van neuropsychiatrische gevolgen van hersenletsel. Mede hierdoor is de hoeveelheid onderzoeksliteratuur tot nu toe beperkt en bovendien van matige kwaliteit. Behandelstudies zijn meestal klein van opzet en vaak ontbreken controlegroepen. Wel zijn er relatief veel gevalsstudies.

Onderzoek naar effectiviteit van niet-medicamenteuze behandeling in deze patiëntengroep is om verschillende redenen lastig. Het is moeilijk om een substantiële 'homogene' patiëntengroep samen te stellen in aard en omvang van hersenletsel alsmede van symptomatologie. Daarvoor is gebruikmaking van meerdere settingen zeker nodig, hetgeen weer een bedreiging vormt voor de standaardisatie van behandelingen en meting van effecten. Verschillende problemen (bijvoorbeeld agressie, depressiviteit en cognitieve stoornissen) zijn vaak gelijktijdig aanwezig en zijn bovendien ook niet onafhankelijk van elkaar. Het uitsluitend behandelen van één type probleemgedrag is dan niet goed mogelijk. Ook in de beschrijving van het probleemgedrag zijn er de nodige problemen. Onderzoekers gebruiken verschillende definities en meetinstrumenten voor hetzelfde gedrag, waardoor behandelstudies onderling moeilijk vergeleken kunnen worden. Ook is er veelal sprake van conceptuele overlap, denk bijvoorbeeld aan het niet altijd heldere onderscheid tussen agitatie en agressie.

Het is tegenwoordig belangrijk om evidence based aan het werk te zijn en daarom word er veel onderzoek gedaan. Zoals u hierboven kunt lezen is er weinig informatie bekend over de werking van therapie bij NAH en agressie. Wel is er een module impulscontrole geschreven, gericht op NAH, voor PMT'ers. Deze ligt ik toe in hoofdstuk 7.3.

Zelf ben ik voor informatie bij de Vogellanden in Zwolle geweest. Zij hebben een groep opgericht voor revalidanten met Niet Aangeboren Hersenletsel gericht op impulscontrole. Ik heb een afspraak gemaakt en heb uitleg gekregen over de behandeling van deze revalidanten. Zij gebruiken een bestaande module die uit gaat van een lichaamsgerichte gedragstherapeutische benadering. Deze benadering, die overigens afgeleid is van F. Kuin, sprak mij erg aan. Om deze methode te begrijpen volgt eerst een uitleg over de visie en het kader van Kuin. Daarna beschrijf ik de module zodat er handvatten zijn om hiermee aan het werk te gaan.

7.2 Referentiekader F. Kuin

Kuin(2000) beschrijft in zijn Module Behandeling Impulscontrole Problematiek voor Psychomotorisch Therapeuten dat hij zich niet wil beperken tot één referentiekader. In zijn module wil hij elementen in voeren die volgens zijn ervaringen ook daadwerkelijk tot resultaat leiden. Dat maakt het moeilijk om zijn werkwijze onder te brengen in één specifieke stroming binnen de psychologie.

Toch noemt Kuin (2000) een paar referentiekaders. De gedragstherapie is daarvan de belangrijkste. Vanuit de gedragstherapie wil men ongewenst gedrag verminderen, door de prikkel aan de basis van dit gedrag te koppelen aan ander, constructiever gedrag. Responspreventie en exposure zijn technieken afkomstig van de gedragstherapie, die ook belangrijke ingrediënten zijn in de training van Kuin.

Als tweede noemt Kuin de Directieve Therapie. De directieve therapie is een belangrijke stroming (geweest) binnen de psychotherapie. Het is ontstaan in de jaren '70 van de twintigste eeuw als een reactie op de onbruikbaarheid van de toen heersende therapiestromingen (nog vooral psycho-analytisch en client-centered van inslag) voor de grote groepen mensen met psychische en psychiatrische klachten. Veel van de attitudes, technieken, werkwijzen en ideeën zijn overgenomen en geïntegreerd geraakt in de cognitieve gedragstherapie. Afleiding, herformuleren van het probleem, zelfcontroletechnieken vinden hier hun oorsprong. In de methode van Kuin wordt ook van deze technieken gebruik gemaakt.

Daarnaast noemt Kuin RET als een belangrijke inspiratiebron. Hierbij doelt hij op disfunctionele cognities die in de Rationele – Emotieve therapie het uitgangspunt van de behandeling vormen. Rationeel-Emotieve Therapie of Rationeel-Emotieve Gedragstherapie (RET/REGT) is een vorm van psychotherapie waarbij zowel het verstand als het gevoel een belangrijke rol spelen. De R.E.T. gaat ervan uit dat het vaak niet de situaties zijn die stressgevoelens en niet-effectief gedrag veroorzaken, maar de gedachten over die situaties. Binnen dit kader heeft de PMT tot doel om cliënten van verkeerde gedachten bewust te maken. RET is een vorm van cognitieve gedragstherapie (CGT).

Kuin is dus veel beïnvloed door de cognitieve gedragstherapie. Cognitieve gedragstherapie is een samensmelting van twee vormen van psychotherapie: cognitieve therapie en gedragstherapie. Cognitieve therapie gaat vooral uit van de invloed van het denken en het voelen. Gedragstherapie richt zich met name op het verband tussen het gevoel en het gedrag. Cognitieve gedragstherapie brengt die twee invalshoeken samen en probeert het verband te zoeken tussen het denken, het voelen en het handelen van mensen. Het pakt de gedragspatronen én de negatieve gedachten die de problemen in stand houden aan. Kern van CGT is de veronderstelling dat irrationele cognities zorgen voor disfunctioneel gedrag, zoals vermijdingsgedrag of agressie. Voor PMT betekent dit dat zij zich richten op het veranderen van de inhoud van deze irrationele cognities. Daarnaast wordt gewerkt met technieken uit de klassieke gedragstherapie. Echter worden deze technieken nu gebruikt om cognities te veranderen en niet om een prikkel te koppelen aan nieuw (constructiever) gedrag.

7.3 Module Impulscontrole

Mensen ervaren verlies van controle over eigen handelen wat kan leiden tot grensoverschrijdend gedrag en tot schade aan anderen. Mensen die zich aanmelden voor deze behandeling ervaren hier last van. Meestal worden ze door de reacties van de partner, van slachtoffers of anderen er toe gebracht om zich aan te melden voor behandeling. In deze module gaan we uit van het beheersen van een impuls en het aanleren van ander gedrag. Ook hierbij is het handig om het schema te gebruiken die te vinden is in de bijlage. Het gaat niet alleen om het agressieve gedrag wat iemand vertoont want het uiten van deze impuls kan op verschillende manieren plaatsvinden. Een centraal thema is: het weer baas worden over eigen handelen en het verminderen van impulsdoorbraken. Uitgangspunt van deze module is leren door doen, ervaren en reflecteren/evalueren en opnieuw doen. Het verlies van controle gebeurt vaak in interactie met anderen. Dit is de reden dat de module groepsgewijs wordt aangeboden. Hierbij is het van elkaar kunnen leren een belangrijke invalshoek, groepsgenoten kunnen elkaar aanspreken en alternatieve strategieën aanreiken. Het aan de lijve ervaren speelt een belangrijke rol binnen deze module. Psychomotorische therapie, is zoals eerder vermeld, een non verbale therapievorm waarbij het ervaren, oefenen en experimenteren centraal staat. Een veel gehoorde overtuiging van mensen is dat een impulsdoorbraak vanuit het niets komt. De module is gebaseerd op de overtuiging dat het oplopen van spanning en emoties voorafgaat aan een impulsdoorbraak. Door hier bewust van te worden kunnen revalidanten nog voor hun impulsdoorbraak leren om anders te reageren dan ze zich nu aangeleerd hebben. Ik probeer de revalidanten stil te laten staan bij hun lijf en lichaamsbeleving en in een veilige omgeving te oefenen met ander gedrag.

Algemeen doel: de revalidant leren om zijn 'schadelijke' impuls te controleren

Specifieke doelen:

- Stressoren leren herkennen en voorspellen
- Impulsief gedrag (inadequate actie strategieën) voortduren of voortijdig kunnen stoppen
- Alternatieve strategieën ontwikkelen en deze leren inzetten
- Hulpnetwerk opbouwen en leren gebruiken
- Alternatieve manieren van ontladen ontwikkelen en leren inzetten

Indicaties: Revalidanten die hun impuls in specifieke situaties niet onder controle hebben. Revalidanten hebben zelf last van verliezen van controle in situaties.

Contra indicaties:

- Revalidanten die extreem gewelddadig zijn; Ernstige psychiatrische stoornissen; Zeer onstabiele thuissituatie

Werkwijze: Belangrijk is om gedrag op te roepen, hierbij stil te staan en te ervaren. Dan terugkijken en evalueren. Een volgende stap is nieuwe strategieën aanreiken en deze aan te leren. Hierbij worden opdrachten gegeven binnen de therapie en elke sessie wordt afgesloten met het geven van huiswerk voor buiten de therapie. De sportzaal wordt opgedeeld in twee werkruimtes. Één deel om te praten en te evalueren, een ander deel als werk-/oefenruimte. De groepsgrootte, duur, frequentie, randvoorwaarden, de uitstroom en evaluatie criteria spelen hierin ook nog een rol maar deze zal ik niet verder toelichten.

8. Deel 5: Conclusies

8.1 Theorie koppelen naar praktijk

Zoals u hebt kunnen lezen is er veel informatie te vinden over agressieregulatie, ook wel impulscontroleproblematiek binnen de pmt, maar ook veel informatie over de invloeden van NAH en medicatie op agressie. In feite heb ik alle theorie al gekoppeld binnen de hoofdstukken maar ik zal ze nog één keer op een rij zetten.

Invloed van medicatie op agressie

Het is moeilijk aan te geven wanneer medicatie agressief gedrag versterkt of juist verminderd bij de meneer uit mijn casus. Vandaar ook dat de arts waarschijnlijk meerdere medicatie gaat proberen om te kijken wat het effect hiervan zal zijn.

Invloed van NAH op agressie

Een hersenletsel heeft wel degelijk invloed op het impulsieve en agressieve gedrag van de beschreven casuspersoon. Alle hersendelen staan in verbinding met elkaar en kunnen niet zonder elkaar. Het is een complex gebeuren en daarom is het moeilijk om aan te wijzen waar het in de hersenen fout is gegaan bij deze meneer. Wel weet ik dat hij dit gedrag voor zijn letsel niet heeft laten zien. Daarom ben ik er zeker van dat de val wel degelijk voor problemen heeft gezorgd in de hersenen en dan met name de delen die ik in hoofdstuk 6.2 heb beschreven.

8.2 Antwoord op de vraagstelling

Op welke wijze kan er binnen PMT gewerkt worden aan/met agressief gedrag bij cliënten met een niet aangeboren hersenletsel?

Zoals u hebt gelezen zit er in iedereen een vorm van agressie. Wanneer dit gedrag niet tot uiting komt zal er minder snel aandacht aan worden besteed en word het niet gezien als een probleem. Bij mijn casuspersoon is dit gedrag wel degelijk zichtbaar.

Het hersenletsel speelt een grote rol van betekenis maar ook de medicatie heeft invloed op het gedrag van de cliënt. Toch blijft het erg onduidelijk welke rol deze twee vervullen maar desondanks kan er alsnog worden gewerkt met deze cliënten.

Wel is het **noodzakelijk** dat de cliënt dit gedrag herkent en het als een probleem ziet anders is hij of zij niet leerbaar. Daarnaast moet er gekeken worden naar de contra indicaties. De persoon uit mijn casus herkent zijn probleem niet. Dit betekent dat hij zelf aangeeft geen last te hebben van zijn agressie terwijl zijn omgeving aangeeft last te ondervinden.

Verder word er wel degelijk gewerkt aan agressief gedrag bij mensen met een niet aangeboren hersenletsel. Het bewijs hiervan is de theorie die Kuin hieraan koppelt en de module die word gegeven bij de Vogellanden.

9. Deel 6: Discussie en Aanbevelingen

De manier waarop ik deze scriptie aan heb gepakt is me goed bevallen. Ik had niet verwacht dat ik dit allemaal op papier kon zetten. Ik had weinig voorkennis waardoor ik veel heb moeten lezen en navragen. Daarnaast wist ik op voorhand dat ik een ingewikkelde casus had gekozen omdat collega's er vrijwel geen raad mee wisten. Persoonlijk had ik graag gewerkt aan het gedrag van deze revalidant maar uiteindelijk kon ik mij er bij neerleggen en denk ik dat er een mooi verslag is ontstaan.

Wat ik ter discussie wil stellen is het effect van deze vorm van therapie geven. Dit komt vooral omdat geen enkele NAH revalidant gelijk is maar ook omdat er te weinig onderzoeksliteratuur over te vinden is. In hoofdstuk 7 kunt u meer lezen over de wetenschappelijk status van niet medicamenteuze behandelingen. De beschreven module is niet evidence based waardoor het maar de vraag is of het effect heeft. Zelf denk ik dat de module een positief effect kan hebben wanneer de revalidant daadwerkelijk gemotiveerd is om aan zijn probleem te werken.

Daarnaast bent u afhankelijk van de cliënt. Hiermee wil ik zeggen dat het niet voor elke NAH revalidant met agressie een therapie is die aansluit. Dit kan zijn door de invloeden van medicatie en de ernst van het letsel. Zoals ik in de conclusie al zei kan er alleen aan een probleem worden gewerkt wanneer deze herkend wordt en de cliënt er iets mee wil.

Er zijn nog andere vormen van agressieregulatie of impulscontrole modules waarmee een therapeut aan het werk kan. Deze kun je vinden in de bijlage waar ook de module van Kuin terugkomt in de therapiesetting.

Het is belangrijk voor ons als PMT'ers om zoveel mogelijk informatie op te doen met deze module en dan gericht op NAH cliënten met agressie. Deze informatie zal zo veel mogelijk beschreven moeten worden om uiteindelijk het effect ervan te kunnen bewijzen. Daarom wil ik iedereen die werkt met deze doelgroep en module aanbevelen om de informatie te delen met collega's.

10. Literatuurlijst

Boeken:

Kuin, F.M.B. (2005). Op tijd stoppen. Behandeling van impulscontroleproblematiek bij cluster B-persoonlijkheidsstoornissen en dissociatieve stoornissen. In: J. de Lange & R.J. Bosscher (red). *Psychomotorische therapie in de praktijk*. Nijmegen: Cure & Care Publishers.

Kuin, F.M.B. (2000). *Impulscontroleproblematiek. Psychomotorische therapie module*. Oosterbeek: NVPMT.

Kuin, F.M.B. (1996). Voorspelbaar boksen. *Bewegen & Hulpverlening*

Els, H. van (1998). *Weer greep op eigen handelen*. Een praktische benadering voor mensen met impulsproblemen

Pieters, G & Gerits, P (). *De gedragstherapeutische behandeling van agressief gedrag*.

Klomp, M. (1995). *Residentiële behandeling van jongeren met agressief gedrag*. In tijdschrift voor Orthopedagogiek 34, 1995

Artikelen:

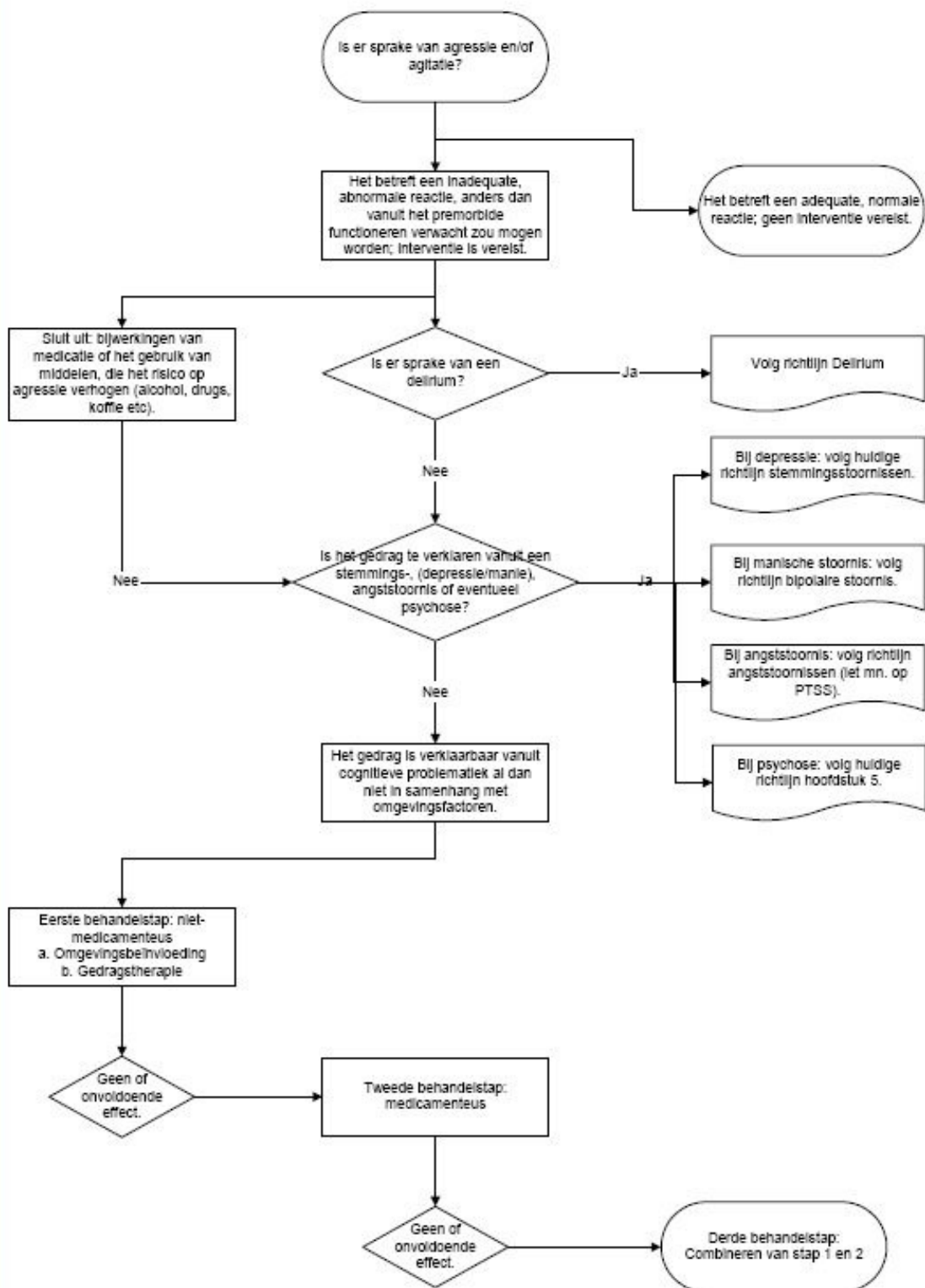
- Artikel van L.W. Sietsma. Kader voor diagnostiek: een aanzet
- Diagnostiek, indicatie en behandeling G041, L. W. Sietsma
- Pilot onderzoek door Cees Boerhout en Karin van der Weele: Psychomotorische therapie en agressieregulatie

Internet:

- <http://nl.wikipedia.org/wiki>
- www.pmtinfosite.nl
- www.idee-pmc.nl
- www.neurologie.nl
- www.vandale.nl
- <http://www.opentherapeuticum.be/OTL-jeugd/NietAangeborenHersenletsel.htm>

11. Bijlage

Stroomschema behandeling agressie en agitatie



Structuur en opbouw van de therapiesessies van F. Kuin

Huiswerk doornemen

Aan het begin van de sessie wordt eerst het huiswerk doorgenomen. In combinatie met de bevindingen uit het tweede deel van de sessie wordt later het nieuwe huiswerk afgesproken. Gangbaar is dat het huiswerk al meteen aangrijpingspunten oplevert voor de sessie zelf.

Spanningsniveau opvoeren: (evt. slaan op de boksak)

De therapeut kan – als tussenstap- de cliënt vragen een aantal keren tegen de boksak te slaan. Hij stopt de cliënt echter wanneer deze in de werkruimte wil stappen. ‘Hoe hoog is de spanning bij het idee van gaan slaan?’ Er wordt dus nog niet geslagen! De cliënt slaat vervolgens op de boksak (na enige instructies over de techniek van het slaan). Zo nodig wordt bijtijds gevraagd te stoppen. De cliënt wordt opnieuw gevraagd hoe hoog de spanning nu is.

De spanning omlaag brengen

Met de cliënt worden actiestrategieën geoefend om de spanning weer omlaag te brengen. De cliënt stapt uit de werkruimte en probeert met behulp van de therapeut technieken uit die de spanning kunnen laten dalen. Meestal volstaat afleiding door een observatieadvies; tellen, praten over de spanning, aan iets prettigs denken.

Werken naar de kritische grens

Wanneer de cliënt tegen de boksak slaat en de therapeut dit laat gaan, dan zal de spanning vanzelf een ‘kritische grens’ bereiken; het moment waarop controleverlies dreigt. Dit schommelt meestal rond een spanningsniveau van 80. Tussen 70 en 90 bevindt zich het ‘werkgebied’ waarbinnen gedragsexperimenten gaan plaatsvinden.

Een nieuwe ronde

De cliënt begint aan een nieuwe ronde tegen de boksak slaan. Hierbij wordt gelet op wat er gebeurt wanneer de kritische grens wordt benaderd; wat zijn de gedachten, gevoelens en vooral de interoceptieve stimuli zoals trillen; steen in de buik; tintelende handen en vingers; duizelen; vaag zien; druk op de borst. De cliënt wordt dan gevraagd te stoppen, uit de werkruimte te stappen en het spanningsverloop te evalueren. Zo wordt geoefend volgens het principe van responspreventie; de keten van stimulusrespons (spanning wordt hoger – controleverlies volgt) wordt doorbroken door te leren voortijdig te stoppen. Zo nodig worden activiteiten gedaan om de spanning te laten dalen. De stimuli worden op het bord vastgelegd. Deze moeten goed herkend gaan worden als de voorboden van controleverlies en dus als signaal om te stoppen. De cliënt herkent deze meestal wel uit het dagelijks leven.

Het formuleren van het nieuwe huiswerk

Het huiswerk bestaat meestal uit monitoringopdrachten en gedragsexperimenten.

Het opvoeren van het spanningsniveau

In latere sessies leert de cliënt zijn incasseringsvermogen vergroten. Hierbij is de kans op het opduiken van traumatische situaties reëel. Daarom gebeurt dit systematisch en geleidelijk met een sterk appel op de realiteit.

Leren de spanning te laten zakken

Naarmate de spanning wordt verhoogd, leert de cliënt de spanning steeds effectiever te laten afnemen. Door observatieopdrachten te geven wordt de aandacht van (her-)beleving, beelden en lichamelijke sensaties verplaatst naar de realiteit buiten het lichaam. Soms hebben cliënten een prettige situatie die hen ontspant door er aan te denken. Het leren actief te visualiseren neemt enige tijd en moet beoefend blijven.

Een ander bruikbare techniek is des-identificeren; vanuit de neutrale ruimte laat de therapeut de cliënt naar zichzelf kijken zoals deze daar zojuist stond te slaan. 'Ik' wordt 'hij' of 'zij'. Vooral als de angst fors is toegenomen is dit een zeer geschikte manier om de angst weer hanteerbaar te maken. Bovendien geeft het op een niet bedreigende manier inzicht in 'wat er fout ging' c.q. 'wat 'hij' fout deed'.

Toch over de grens gaan

Het kan therapeutisch nuttig zijn de cliënt een keer over de kritische grens te laten gaan om de 'zinloosheid' ervan te ervaren en te benadrukken. Dit kan nodig zijn wanneer de cliënt toch blijft hangen aan het idee dat verwerking nodig is. Het zal duidelijk zijn dat fysieke en emotionele veiligheid altijd een absolute voorwaarde blijft bij een dergelijk gedragsexperiment.

Het gebruik van variaties

Er zijn vele uitbreidingen en variaties denkbaar om het leereffect te maximaliseren of aan te passen. Zo is het maken van geluid bij het slaan voor de cliënt vaak bijzonder bedreigend. Er staan ons vanuit de psychomotorische therapie diverse technieken ter beschikking om dit gemakkelijker te maken. Wij kunnen ook de motorische activiteit veranderen of intensiveren. Het doel is: het uitbereiden en effectiever maken van iemand zijn copingsstrategieën en zo de angst en de kans op verlies van impulscontrole te verminderen.

Agressiehantering: Penninx

De module 'agressiehantering' is geschreven door H.M Peninx en is te gebruiken bij groepen cliënten die in hun functioneren problemen hebben met hun agressiehuishouding. Het kan zijn dat ze hun agressie niet onder controle hebben, naar buiten gericht of naar zichzelf in de vorm van automutilatie. Ook mensen die last hebben van ingehouden boosheid zijn geïndiceerd.

Uitgangspunten: systeem- en communicatietheorie van Watslavick

Deze module is vanuit de praktijk ontstaan. De achterliggende gedachte of theoretische uitgangspunt is de systeem- en communicatietheorie van Watslavick. Deze theorie beschouwt agressief gedrag als communicatie en heeft een kijk op de oorzaak van agressief gedrag, die aansluit bij zijn verschillende praktijk ervaringen. Vanuit deze theorie valt te herleiden, dat agressief gedrag ontstaat wanneer men geen invloed voelt in de interactie met de ander. Het geen invloed voelen in de interactie kan leiden tot angst, irritatie, frustratie of onmacht. Agressie, boosheid, irritatie ontstaan vanuit het gevoel niet begrepen, niet gehoord of niet gezien te worden. Dit agressieve gevoel kan leiden tot agressief gedrag, maar het kan ook tot regressie, eventueel waarneembaar als regressief gedrag. De communicatie en interactie met de omgeving dient hersteld te worden. Communicatie gaat hier zowel om de verbale als de non-verbale verhouding tot de anderen en de omgeving. Agressief is ook persoonsafhankelijk. Een situatie zal niet bij iedereen hetzelfde gedrag oproepen. Belangrijk om in de gaten te houden is dat gedrag een intentie heeft, iemand gedraagt zich niet zomaar. Gedrag, dus ook agressief gedrag heeft een bedoeling en ontstaat in relatie tot iets, in interactie met een context, een omgeving.

Aangeleerd gedrag

Ieder gedrag is in een bepaalde mate aangeleerd gedrag. Als bepaald gedrag gunstig resultaat oplevert zal dat gedrag vaker gebruikt worden. Met name jongeren leren nieuw gedrag door uit te proberen en te zien of het succes oplevert. Dit aanleren kunnen we vertalen naar het omgaan met boosheid/agressie. Personen worden boos of agressief en wanneer ze daarmee hun zin krijgen of bereiken wat ze willen, zullen ze deze manier van doen vaker gebruiken. Met andere woorden, de omgeving en de reactie van de omgeving op bepaald gedrag is van grote invloed op het uitdoven of het verder uitgroeien van gedragsvormen. De wijze waarop bijvoorbeeld ouders en omgeving op boosheid, agressie en irritatie reageren is grotendeels bepalend voor het verdere verloop van dit gedrag. In contact blijven met het kind, vasthouden aan eigen normen en aangeven van een adequate manier van zich gedragen zijn belangrijke elementen in de reactie op boosheid en agressie. Aangeleerd gedrag kan ook weer afgeleerd worden. Met de nodige moeite en inspanning kunnen alternatieven worden aangeleerd en wanneer die succes hebben komen ze in de plaats van het oude gedrag.

Boosheid mag

Fundamenteel is de boodschap: "boosheid mag" en 'moet' feitelijk. Deze boodschap wordt tijdens de sessies regelmatig herhaald of door het uit te leggen of door het groot op papier of op een bord te schrijven. Boosheid is een emotie, net als verdriet, blij zijn of verliefdheid. Het is een vitale levensenergie die op een effectieve, adequate manier gebruikt dient te worden. Of eigenlijk opnieuw geleerd, aangezien we het aangeleerd hebben door onze ervaringen. Agressie en boosheid zijn in onze maatschappij in de taboesfeer terecht gekomen; het hoort niet. De kern van deze module is: boosheid mag, maar het begrenzen ervan is noodzakelijk.

Opbouw module

De module bestaat uit 12 sessies. Hieronder een overzicht waarin kort is benoemd wat er per sessie behandeld wordt. In elke sessie komt tevens het bespreken van alles naar voren zowel de oefeningen als het wekelijkse huiswerk. Daarnaast moeten de deelnemers pertinent gebruiken maken van een logboek.

Sessie 1: Triggers

Bewust worden van hetgeen de cliënt boos maakt of waarvan diegene geïrriteerd raakt door middel van verschillende oefenvormen die eventueel frustratie teweegbrengen.

Sessie 2: Lichaamssignalen

Uitleg communicatietheorie van Watzlavick: leren communiceren is dé manier om boosheid/agressie te voorkomen. Uitleg presignalen. Oefeningen gericht op herkennen van lichaamssignalen.

Sessie 3: Leren uiten van irritatie

Uitleg over: communicatie, in contact blijven en duidelijk zijn. Het leren gebruiken van zinnen die beginnen met 'ik', het uitspreken van gevoel, oorzaak of reden van dat gevoel aangeven en duidelijkheid geven door te vragen wat je wil, a.d.h.v. oefeningen.

Sessie 4: Leren uiten van irritaties a.d.h.v. de 5 G's

Uitleg over aangeleerd gedrag. Uitleg over patroon van boos worden a.d.h.v. de 5 G's:

1. gebeurtenis + oorzaak
2. gevoel(ens) = (lichaams)signalen
3. gedachte(n)
4. gedrag
5. gevolg(en)

Dit patroon geeft een overzicht en eventueel een inzicht hoe boos worden en alles wat erbij hoort verloopt. Oefeningen a.d.h.v. 5G's

Sessie 5: Oefenen

Zoveel mogelijk oefenen a.d.h.v. het gene wat is geleerd tijdens de voorgaande sessies.

Sessie 6: Omgaan met grenzen

Uitleg en oefenen grenzen/eisen:

- a. Wat kan ik laten liggen/waar kan afstand van nemen
- b. Nee zeggen
- c. Niet over de grens gaan bij anderen
- d. Niet over eigen grenzen gaan

Sessie 7: Oefenen omgaan met grenzen

A.d.h.v. de vier aspecten van grenzen aangeven opschrijven en bespreken wat het meest lastig is en wat minder lastig is. Vervolgens oefenen.

Sessie 8: Rugzak legen

Uitleg over rugzak legen (= spanning verminderen)

Onderzoeken en uitproberen welke mogelijkheden bij jou aansluiten om spanning te laten zakken a.d.h.v. verschillende oefeningen.

Sessie 9: Ontspanningsoefeningen

Uitleg over spanningsthermometer. Verschil ervaren tussen spanning en ontspanning a.d.h.v. ontspanningsoefeningen en stevige inspanning.

Sessie 10: Bewust worden van denkpatronen

Analyseren van denkpatronen en nagaan of deze manier van denken misschien aanleiding kan zijn tot irritatie, boosheid of agressie. Wanneer men weet hoe het denkkader eruit ziet kan men die ook veranderen. Oefeningen en van daaruit gedachten analyseren en bespreken.

Sessie 11: Uitproberen andere/verschillende denkpatronen
Neerzetten situaties van afgelopen weken en gedachtegang nagaan en deze eventueel veranderen door het aanreiken van ankers.

Sessie 12: Evaluatie
Laatste oefeningen ter herhaling. Evalueren van alles sessies.

Module agressieregulatie: (CKP) Boerhout & v.d. Weele

De module agressieregulatie van het Centrum voor klinische psychotherapie is in grote lijnen gebaseerd op het kader van de module impulsregulatie van de NVPT van Kuin (zie H4). Op het CKP hanteren zij de term agressieregulatie om het specifieke doel expliciet te benoemen en open te benaderen. Cliënten krijgen de ruimte om het spannend te vinden en daar passend mee om te gaan. Hierbij wordt uitgelegd dat er gradaties bestaan in de mate van agressie, bijvoorbeeld voorkomend vanuit lichte agressie enerzijds of hevige woede anderzijds. Ook wordt er besproken dat er zowel lasten als lusten zijn aan het omgaan met agressie. Kuin richt zich op het indammen van agressie voor mensen met persoonlijkheidsproblematiek waarbij beleavingsaspecten met betekenisverlening op de achtergrond worden geplaatst. (Kuin, 2000;2005) Op het CKP is daar veel meer ruimte voor en kan een relationeel betekenis kader worden toegepast. Naarmate de problematiek ernstiger is, wordt er directiever gestuurd door de therapeut. Uit ervaring met de module agressieregulatie wijst uit dat bij persoonlijkheidsstoornissen zowel het loslaten als het indammen wisselend op de voorgrond staan. Het onderscheid is niet absoluut; ook dezelfde cliënt kan afwisselend beide kenmerken vertonen. Als het vasthouden van agressie de dominante eigenschap is, noemen zij de cliënt een internaliseerder. Als het loslaten van agressie dominant is dan noemen ze de cliënt een externaliseerder.

Relationele betekenis

Agressie wordt in deze module beschouwd als gedrag dat voortkomt uit een samenspel van overlevingsdrang, emoties als boosheid en angst, (ver)oordelende cognities en biologische prikkels. Binnen deze module wordt er onderscheid gemaakt tussen destructieve en constructieve agressie (Kuipers e.a., 1999; Mettrop-Wurster, 1987; Sturkenboom, 1986). Destructieve agressie leidt tot mentaal of fysiek geweld: het met opzet schade toebrengen aan zichzelf, de ander, dieren of dingen. Onderdrukte emoties, zoals woede, wanhoop, wrok of cynisme, kunnen dan de kop op steken. Hierbij kan ook sprake zijn van een beperking op cognitief – en/of biologisch niveau. Constructieve agressie is iets wat nodig is om eigenheid te verwerven, ergens op af te gaan, zich te kunnen verbinden én begrenzen. Zo blijkt uit onderzoek dat agressieve coping' een effectieve strategie is onder stressvolle condities, zolang het niet de antisociale vorm aanneemt. Boosheid en kritiek zijn dan op tijd en gedoseerd naar voren gebracht in woord en gebaar. Dat agressie ook een positieve uitwerking kan hebben, is vaak een openbaring voor cliënten, daarom wordt dit tijdens educatie aangehaald.

Doelen

- Meer balans ervaren tussen internalisatie en externalisatie
- Meer regie hebben over timing en intensiteit van agressie
- Coping-strategieën zijn uitgebreider en effectiever
- Agressie is omgebogen van destructief naar constructief, van antisociaal naar pro-sociaal, zodat deze als bron van assertief gedrag kan dienen.

Opzet module

De module agressieregulatie van het CKP bestaat uit vijf bijeenkomsten van vijf kwartier, één keer per week.

Sessie 1: introductie.

Naast reden van aanmelding, uitleg, afspraken, komt aan bod hoe de cliënt agressie opvat en ermee omgaat. Ook wordt de drempel genomen naar het experimenteren met non-verbale werkvormen.

Sessie 2/3/4: inbreng

In de tweede tot en met de vierde sessie brengt de cliënt een ervaring in van de afgelopen week adhv een agressielogboek. In dit logboek wordt bijgehouden wat de aanleiding tot agressie is geweest, hoe hierop is gereageerd en wat een alternatieve reactie kan zijn.

Sessie 5: oefenen & evaluatie

Tijdens de laatste sessie kiest de cliënt een oefening om als laatste nogmaals aan bod te laten komen, de module wordt geëvalueerd en blijven toepassen wordt in de thuissituatie besproken.

Werkwijze

De centrale werkwijze binnen de module is het ervaringsleren van de psychomotorische therapie: leren door doen. Er wordt gebruik gemaakt van slag-, stoot-, werpmateriaal en duw-, trek-, of stoeivormen. Er is aandacht voor ademhaling, stemgebruik, ontspanning- en afleidingstechnieken. Ook kan geoefend worden in rollenspellen. Thema's zijn onder meer: afstand en nabijheid, geven en nemen van agressie, directe en indirecte agressie, de eigen kracht voelen, de last relativeren of bij de ander laten. Het referentiekader is eclectisch. Zo wordt onder meer gebruik gemaakt van principes uit de cognitieve gedragstherapie en de genderspecifieke hulpverlening. Waar nodig wordt psycho-educatie gegeven. Er is één therapeut op twee cliënten. Het werken met twee cliënten biedt voordelen, zoals onderlinge steun en getuigenis, modelwerking, interactie mogelijkheden en een korte wachtlijst.

Oefenruimte

De therapieruimte is onderverdeeld in een werkruimte en een neutrale ruimte die gescheiden worden door een snoer. Verder is er een veilige ruimte naast de therapieruimte, waarin de cliënt zich tijdelijk kan terugtrekken (in plaats van weglopen), zodra de herinnering aan een trauma overweldigend dreigt te worden.

De werkruimte dient om in een passend bewegingsarrangement de spanning bewust op te laten lopen en lichamelijk te beantwoorden. De externaliseerders leren lichaamssignalen waarnemen om voorboden van controleverlies te herkennen en een signaal te hebben om voortijdig te stoppen. De lichaamssignalen kunnen aan internaliseerders duidelijk maken dat de agressie wordt onderdrukt, wat tot een uitnodiging leidt om de agressie geleidelijk los te laten. Om de eigen regie te bevorderen, wordt gebruik gemaakt van een 'piramidemodel' van agressie: het gedoseerd op- en afbouwen van krachtgebruik om de signalen op tijd te leren waarnemen, interpreteren en beantwoorden.

In de neutrale ruimte worden technieken uitgevoerd om de spanning te laten afnemen en worden ervaringen besproken. De cliënt geeft de spanning aan met een getal tussen 1 (laag) en 5 (hoog). Het snoer is een zichtbaar symbool voor de kritische grens die de cliënt leert hanteren: een eigen keuze om in of uit een situatie te stappen, een drempel te nemen, analoog aan de ingebrachte situaties uit het dagelijks leven.