

Een borderliner met losse handjes

Hoe kan ik als Pmt'er, een bijdrage leveren aan de behandeling van impulscontrole problematiek bij een cliënt met een bordeline persoonlijkheidsstoornis?

Naam: Tamara Koopal

Opleiding: Bewegingsagogie & psychomotorische therapie

Scriptie begeleidende docent: Dieneke Jol

Scriptie nakijkende docent: Paul Hekking

Datum: Januari 2008

Hogeschool Windesheim: Calo, te Zwolle

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
Inleiding	4
Hoofdstuk 1: 'Onze' deeltijdbehandeling	5
1.1 Psychotherapeutische deeltijdbehandeling	
1.2 Groep D	
Hoofdstuk 2: Borderline persoonlijkheidsstoornis	7
2.1 Persoonlijkheid & persoonlijkheidsstoornissen	
2.2 Hoe ontstaat een persoonlijkheidsstoornis?	
2.3 Voorkomen van een borderline-persoonlijkheidsstoornis	
2.4 Wat is een borderline-persoonlijkheidsstoornis	
2.5 Verschillende theoretische benaderingen	
2.5.1 Een klinisch-descriptieve beschrijving	
2.5.2 Psychodynamische structurele benadering	
2.5.3 Cognitieve & gedragstherapeutische benadering	
Hoofdstuk 3: Impuls(controle)problematiek	13
3.1 Impulscontrole problematiek	
3.2 Agressie	
3.3 Stoornis in de impulsbeheersing	
3.4 Soorten agressie	
Hoofdstuk 4: Behandelstrategieën binnen de Pmt	16
4.1 Behandeling impulscontrole problematiek: Kuin	16
4.1.1 Korte typering	
4.1.2 Referentiekaders	
4.1.3 Randvoorwaarden voor de cliënt	
4.1.4 Algemeen behandeldoel	
4.1.5 Specifieke doelen	
4.1.6 Evalueren & meten	
4.1.7 De werkwijze in de praktijk	
4.1.8 Structuur & opbouw van de sessies	
4.2 Agressiehantering: Penninx	19
4.2.1 Systeem- en communicatietheorie van Watslavick	
4.2.2 Opbouw module	
4.3 Agressieregulatie: (CKP) Boerhout & v.d. Weele	22
4.3.1 Relationele betekenis	
4.3.2 Doelen	
4.3.3 Opzet module	
4.3.4 Werkwijze	
4.3.5 Oefenruimte	
Hoofdstuk 5: Conclusie	24
5.1 Aanbevelingen	
5.2 Tabel: verschillen & overeenkomsten modules	
5.2.1 Algemene opzet module	
5.2.2 Werkwijze	
5.2.3 Evaluatie criteria	
Literatuurlijst	28
Bijlage	30

Voorwoord

Nadat ik net een paar maanden stage liep bij de GGz te Groningen, was mijn stagebegeleider op een dag ziek. Ik had het een en ander voorbereid en hij vroeg of ik die dag de groepen alleen wilde doen. Al vaker had ik de groepen alleen gedraaid met uitzondering van groep D. Dit zou dus voor het eerst zijn dat ik die 'o zo moeilijke', maar juist daarom 'erg interessante groep' zonder begeleider zou doen. Ik vond het ontzettend spannend, maar ik had het naar mijn idee goed voorbereid en ik had er helemaal zin in! Het thema van de sessie was 'boosheid'.

Huilende, angstige, agressieve weglopende cliënten was het resultaat....

Doordat deze sessie toentertijd tegenovergesteld verliep dat ik had verwacht, ben ik me meer gaan verdiepen in dat thema. Vervolgens werd ik gegrepen door de onderwerpen agressieregulatie en impulscontroleproblematiek; ik herkende zoveel hiervan bij een van mijn cliënten uit groep D dat ik er meer over wilde weten, vandaar dat ik besloten heb hier mijn scriptie over te schrijven.

Ik wil iedereen die mij heeft begeleid, geholpen en gesteund tijdens het schrijven van mijn scriptie heel erg bedanken! Het heeft even geduurd...maar hier is hij dan! ☺

Tamara Koopal, januari 2008

Inleiding

Iedereen is aan de slag en de sessie lijkt goed te verlopen. Op het moment dat ik bewust word van deze gedachte, begint Helena al schreeuwend met een stok op een kussen te slaan. In principe geen probleem want dat was de opdracht, alleen was het de bedoeling na vijf keer slaan te stoppen. Helena gaat door en slaat wel bijna vijftien keer op haar aller-hardst... Vervolgens gooit ze de stok neer, schopt tegen de dikke mat en loopt al vloekend weg. In de kleedkamer vind ik een huilende Helena. Bij de vraag wat maakt dat ze huilt, zegt ze boos te zijn op zichzelf omdat ze haar controle was verloren tijdens de oefening; "Dit heb ik nou zo vaak, ik schaam me kapot!!!" vertelt ze al snikkend. Na een paar minuten keren we terug in de zaal. De groep is uit zichzelf gestopt met de activiteiten en is bij elkaar gaan zitten. Bij de nabespreking verschillen de gevoelens en gedachten van de andere groepsleden van gespannen & verdrietig, tot ongerust & angstig.

Hierboven staat een typisch voorbeeld van Helena beschreven. Helena is o.a. gediagnosticeerd met een borderline-persoonlijkheidsstoornis en heeft daarnaast regelmatig last van agressieve uitpattingen (zie blz. 6 voor de volledige diagnose). In overleg met de hoofdbehandelaar is besloten dat de klachten van Helena het beste verdeelt konden worden over de verschillende disciplines. Na o.a. de ervaring uit bovenstaande casus, is er besloten dat er bij pmt gewerkt gaat worden aan 'grensoverschrijdend' gedrag met betrekking tot agressie. Bij de beeldend therapeut wordt gewerkt aan vertrouwen etc.

Het bovenstaande is tevens de aanleiding geweest voor de vraagstelling van deze scriptie en luidt als volgt:

Hoe kan ik als pmt'er, een bijdrage leveren aan de behandeling van impulscontroleproblematiek bij een cliënt met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis in een deeltijdbehandeling?

In het eerste hoofdstuk beschrijf ik hoe de deeltijdbehandeling eruit ziet en wat de uitgangspunten zijn wat betreft groep D in combinatie met psychomotorische therapie. Het tweede hoofdstuk gaat over de borderlinepersoonlijkheidsstoornis: wat houdt het in, wat zijn de symptomen? Hoe ontstaat het? Hoe vaak komt het voor? Etc.

Ook beschrijf ik een aantal theoretische benaderingen over de borderlinepersoonlijkheidsstoornis: de klinisch-descriptieve benadering volgens de DSM-IV, de psychodynamische-structurele benadering van Kernberg en de Cognitieve-gedrags therapie volgens Young en Linehan.

In hoofdstuk drie behandel ik het onderwerp 'impulscontroleproblematiek'. Hierin komt naar voren welke uitingsvormen er zijn en wordt het thema agressie besproken.

In hoofdstuk vier beschrijf ik drie modules die te gebruiken zijn bij de behandeling van agressieproblematiek binnen de pmt; de module 'behandeling van impulscontrole problematiek' van Kuin, de module 'agressiehantering' van H.M. Penninx en de module 'agressieregulatie', geschreven door C. Boerhout en K. v.d. Weele.

Ten slotte formuleer ik in het laatste hoofdstuk, naast een samenvattende tabel, de conclusie waarin ik antwoord geef op de vraagstelling.

In deze scriptie zal meestal gesproken worden van "zij". Hier is voor gekozen omdat tachtig procent van de populatie met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis van het vrouwelijke geslacht is (Paris, 1960). Daarnaast betreft de cliënt uit de steeds terugkomende casus een vrouwelijke cliënt.

Hoofdstuk 1: ‘Onze’ deeltijdbehandeling

1.1 Psychotherapeutische deeltijdbehandeling

De psychotherapeutische deeltijdbehandeling is een van de drie verschillende deeltijdbehandelingen bij Lentis, voormalig GGZ Groningen.

Binnen de Psychotherapeutische Deeltijdbehandeling (PDB) kan weer onderscheid gemaakt worden tussen de volgende groepen:

- ééndaagse adolescentengroep, driedaagse adolescentengroep, directieve groepen: D en E. Groep D is gerelateerd aan de vraagstelling waar de casus op is gebaseerd.

1.2 Groep D

Deze groep is bestemd voor mensen die ingeschreven staan bij de psychotherapeutische deeltijdbehandeling. Men voldoet aan de indicatiestelling wanneer men vastloopt op diverse levensgebieden zoals:

relaties en gezin, werk en daginvulling, problematisch psychisch functioneren, verminderd sociaal-maatschappelijk functioneren, neurotische denk- en gedragspatronen, er kan diagnostisch sprake zijn van angst, depressieve klachten, of soms fobische klachten; en van persoonlijkheidsproblematiek of een persoonlijkheidsstoornis veelal in het cluster B of C.

Voorwaarde om deel te nemen aan deze groep is dat de cliënt een redelijke ik-sterkte heeft. Contra-indicaties voor deze groepen zijn: zwakbegaafdheid, op voorgrond staande verslavingsproblematiek (alcohol en drugs), acuut psychotisch toestandbeeld, niet in staat zijn om gemiddeld drie dagen therapie met huiswerkopdrachten te kunnen volgen, gebrekkige beheersing van de Nederlandse taal.

De groep bestaat uit zowel mannen als vrouwen met een leeftijdsrange veelal tussen 18 en 50 jaar. Het doel van de groep is het hervinden van het intrapsychische evenwicht, uitbreiding van het coping repertoire en van de interpersoonlijke vaardigheden wat moet leiden tot verbetering van het sociaal-maatschappelijk functioneren.

De deelnemers volgen een ‘multidisciplinaire’ groepsbehandeling in deeltijd.

In gesprek met de cliënt wordt bij aanvang van de dagtherapie een behandelplan geformuleerd waarin klachten, hypothese over het ontstaan hiervan en de diagnose genoemd staan. Door middel van de volgende negen verschillende therapieonderdelen wordt er gericht aan deze behandeldoelen gewerkt:

dagboekbespreking, leerdoelen, creatieve expressie therapie, cognitieve therapie/communicatietraining, evaluatiezitting (voortgangsbespreking), groepspsychotherapie, psychomotorisch therapie, activiteitentherapie en systeemtherapie. Indien nodig wordt op indicatie medicamenteuze begeleiding, een signaleringsmodule of gezinstherapie geboden. Om de 10 weken vindt er een evaluatie plaats. De lengte van de therapie betreft negen maanden, eventueel met verlenging.

Helena is momenteel 23 jaar en zit in therapie bij de GGz, ze volgt hier de psychotherapeutische deeltijdbehandeling (groep D). Een half jaar lang is ze in behandeling geweest in de klinische setting van de GGZ waar ze een paar dagen in de week verbleef. Ze is hier mee gestopt omdat het beter met haar ging en heeft samen met de behandelaar besloten dat ze haar behandeling kon voortzetten in deeltijdsetting.

Classificerende diagnostiek

De gestelde diagnose volgens de Dsm IV luidt als volgt:

- As I: Identiteitsproblematiek
 Sociale angstklachten
 Impulscontroleproblemen
 Middelen misbruik in remissie*
- As II: Borderline persoonlijkheidsstoornis
 Trekken Cluster B antisociale persoonlijkheidsstoornis*
- As III: Toeleidende somatiek: betrokkene is licht astmatisch, als baby heeft zij een operaties ondergaan in verband met een ernstig aangeboren afwijking in de regio van de slokdarm*
- As IV: Problemen met sociale omgeving, werk, financiën en justitie*
- As V: Gaf-score 41*

Hoofdstuk 2. Borderline persoonlijkheidsstoornis

2.1 Persoonlijkheid en persoonlijkheidsstoornissen

Persoonlijkheid is te omschrijven als een eigen aard waarmee iemand zich in de omgang herkenbaar onderscheidt van anderen. Wat breder gedefinieerd verwijst het begrip 'persoonlijkheid' naar de unieke en duurzame denk- en gedragspatronen van een individu. Deze patronen worden bij jonge volwassenen goed herkenbaar en blijven gewoonlijk het gehele leven aanwezig. Mensen kunnen ook een gestoorde persoonlijkheid hebben. De kenmerken van deze stoornissen zijn extreme varianten van persoonlijkheidsstreken zoals die ook onder de 'normale' bevolking voorkomen: gevoeligheid voor kritiek, impulsiviteit, afhankelijkheid, nauwkeurigheid, verlegenheid etc. Persoonlijkheidsstoornissen zijn dus niet geheel anders van aard, de bepaalde trekken zijn alleen zo overheersend of star dat aanpassing aan wisselende omstandigheden niet (meer) lukt of het sociaal functioneren wordt aangetast.

2.2 Hoe ontstaat een persoonlijkheidsstoornis?

Op de vraag over het ontstaan van persoonlijkheidsproblematiek is nog geen eenduidig antwoord te geven. Er zijn wel een aantal risicofactoren in beeld gebracht die de kans op ontstaan van persoonlijkheidsproblematiek vergroten. In de praktijk stelt Millon (1981) dat genetische factoren en (levens) ervaringen gedurende het hele leven samensmelten tot een onontwarbaar geheel. Maar niet alleen genetische aanleg en levenservaringen bepalen de ontwikkeling van persoonlijkheidsproblematiek, ook de voortdurende wisselwerking met de omgeving. Om persoonlijkheidsproblematiek te ontwikkelen zijn een aantal negatieve factoren nodig. Hieronder staan een aantal risicofactoren waardoor persoonlijkheidsproblematiek kan worden ontwikkeld.

Biologische factoren: mensen verschillen in aanleg en temperament. De een wordt sneller angstig, de ander eerder somber. De een is erg gesloten, de ander juist extravert. Ons temperament krijgen we bij de geboorte mee.

Psychologische factoren: welke ervaringen doet iemand op in zijn leven, hoe werken deze door in iemand zijn beleving en wat voor effect heeft dat op de wisselwerking tot zichzelf en zijn omgeving, hoe is er omgegaan met zijn 'eigenaardigheden' of temperament, en hoe heeft de persoon in kwestie daar op gereageerd?

Sociale factoren: hierbij kun je denken aan bijvoorbeeld sociaal-culturele omstandigheden, de inbedding van het gezin in de omgeving, de levensstandaard, gevolgen van emigratie en verschuivingen op de sociale ladder.

Persoonlijkheidsstoornissen worden soms 'ontwikkelingsstoornissen' genoemd. Hiermee wordt uitgedrukt dat men in de ontwikkeling van kind tot volwassene al problemen aanwijsbaar zijn. Soms houdt dit verband met duidelijke trauma's, als vroege verlaten of seksueel misbruik, fysiek geweld, emotionele verwaarlozing. Ook kunnen er moeilijke gezinsomstandigheden zijn die geleid hebben tot een inconsequente opvoeding waarbij er onvoldoende veiligheid, aandacht, begrenzing of begeleiding was. Het gebeurt ook dat het aan duidelijk aanwijsbare redenen ontbreekt en men desondanks een sterke onvrede met zichzelf en/of anderen heeft. Bij nader onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat iemand zich zo sterk aan zijn omgeving heeft aangepast, dat hij vervreemd is geraakt van zijn eigen behoeften en gevoelens, met als negatieve gevolgen: een negatief gevoel over zichzelf, depressiviteit, moeite met intieme relaties, eenzaamheidsgevoelens en/of zich buitengesloten voelen. (www.moeilijkemensen.nl, wikipedia)

2.3 Voorkomen van een borderlinepersoonlijkheidsstoornis (BPS)

Ongeveer 200.000 mensen in Nederland lijden aan een BPS. Dat is ongeveer 2% van de volwassen Nederlandse bevolking. BPS komt drie keer meer voor bij vrouwen dan bij mannen. Globaal gesproken hebben mensen met een persoonlijkheidsstoornis een iets lager opleiding dan mensen zonder een dergelijke stoornis. Als uitzondering samen met de obsessiecompulsieve persoonlijkheidsstoornis lijkt de BPS meer voor te komen onder de hogere inkomensgroepen en de beter opgeleiden. (v.d. Molen, Perreijn, v.d. Hout, klinische psychologie, 1997)

2.4 Wat is een Borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS)?

Het belangrijkste kenmerk bij mensen met een BPS is een patroon van instabiliteit van het zelfbeeld, instabiele relaties met anderen en sterk wisselende emotionele reacties. Identiteitsstoornissen, sterk wisselende emoties (van gedeprimeerd tot prikkelbaar en angstig) en impulsiviteit zijn bijna altijd aanwezig. Borderline patiënten zijn vaak impulsief in hun gedrag. Mensen met een BPS hebben geregeld de neiging om zichzelf te verwonden. Ze hebben regelmatig zelfmoordgedachten en komen soms tot daadwerkelijke pogingen zichzelf van het leven te beroven. Mensen met een BPS zijn vaak bang om in de steek gelaten te worden en doen allerlei pogingen om dat te voorkomen (bijvoorbeeld door anderen te manipuleren). Als ze al dan niet terecht het idee hebben dat iemand hen afwijst of in de steek laat kan dat tot heftige reacties leiden. Ze concluderen dan al snel dat zij zelf niet deugen en dat de ander hen daarom heeft laten vallen. Hun vaak extreme oordeel over mensen kan plotseling omslaan in het tegenovergestelde. Op het ene moment kan iemand geïdealiseerd worden, en willen zij zo veel mogelijk bij deze persoon zijn, terwijl ze het andere moment hun oordeel abrupt veranderen en wordt juist diegene als waardeloos en slecht afgeschilderd (splitsing). Mensen met een BPS hebben dan ook vaak intense, maar instabiele relaties. Ook hun zelfbeeld is instabiel. In samenhang daarmee kunnen hun opvattingen, toekomstplannen en de keuze voor bepaalde vrienden in korte tijd veranderen. Doorgaans hebben zij een negatief beeld van zichzelf. Borderline patiënten vertonen vaak verschillende vormen van impulsief gedrag zoals gokken, overmatig middelengebruik of vreetbuien. Automutilatie (bijvoorbeeld zichzelf met een mes krassen toebrengen), dreigen met suïcide en daadwerkelijke suïcidepogingen komen ook geregeld voor. Acht à tien procent van deze mensen zou door suïcide komen te overlijden. Het suïcidale gedrag is vaak de aanleiding voor het contact met de hulpverlening.

Kenmerkend voor de BPS is ook de affectlabiliteit. De sombere grondstemming van borderlinepatiënten wordt vaak afgewisseld met kortdurende perioden waarin zij erg prikkelbaar en of angstig zijn of waarin de sombere gevoelens verergeren. Deze perioden duren meestal niet langer dan een paar uur en treden dikwijls op na spanningen in het contact met anderen, waar de borderlinepatiënt overdreven emotioneel op reageert. Sommige van hen ervaren een chronisch gevoel van leegte en vervelen zich snel. Veel van hen hebben woede-aanvallen of hebben moeite hun kwaadheid te beheersen. Dit kan tot uiting komen in sarcastische opmerkingen, scheldpartijen of fysiek geweld. De woede is vaak gericht op een voor hen belangrijk persoon door wie ze zich op dat moment afgewezen of in de steek gelaten voelen. Achteraf schamen zij zich vaak voor dit gedrag. Het komt voor dat mensen met een borderlinepersoonlijkheid in stresssituaties tijdelijk paranoïde ideeën hebben of dissociatieve symptomen (bijvoorbeeld depersonalisatie) vertonen. Die verschijnselen duren meestal niet langer dan enkele minuten of uren. (van der eycken, W & Deth R van, Psychiatrie, van diagnose tot behandeling, 1998)

Bij Helena's geboorte was er sprake van ernstige somatische afwijkingen. Hierop volgden diverse medische ingrepen en complicaties waardoor ze als klein kind veel in het ziekenhuis heeft gelegen. Er was sprake van een opvoedingsituatie waar weinig ruimte was voor emoties en waarin er weinig begrenzing werd geboden. Helena heeft nooit geleerd te leren praten over haar gevoelens, wat haar bezighoudt, om steun te vragen en deze te aanvaarden. Op school is zij diverse malen gepest. Vanuit de pestervaringen op de lagere school ontstond op de middelbare school stoer en antisociaal gedrag. Daarnaast was er sprake van fors middelenmisbruik. In de pubertijd is er ook sprake geweest van een seksueel trauma. Helena's klachten zijn als volgt te omschrijven: overmatig blowen, stemmingswisselingen, (angst voor) agressieve uitbarstingen, onzekerheid, zich nutteloos en waardeloos voelen, gevoelens van eenzaamheid, moeite met alleen zijn, neiging zich te veel aan te passen in relaties, verkeerde partnerkeuzes maken, moeite met grenzen voelen en aangeven, angst om in de steek gelaten te worden, te weinig dagbesteding, angst en vermijdingsgedrag bij het aangaan van opleiding of werk.

2.5 Verschillende theoretische benaderingen

2.5.1 Een klinisch-descriptieve beschrijving

De *DSM-IV* valt onder de klinisch-descriptieve benaderingswijze en is in de praktijk de meeste gebruikte wijze om een borderlinecliënt te diagnosticeren (module borderlinepers. Problemen 2000). De *DSM-IV* is een classificatiemodel en vooral van belang voor een eerste screening en voor onderzoeksdoeleinden. Het model sluit aan bij de beleving van de cliënt (descriptieve kenmerken) en is op basis van consensus binnen een geselecteerde groep van experts ontstaan. Doorgaans is het niet op empirische gegevens gesteund. De criteria richten zich vooral op gedragskenmerken. Vaak zijn er grote verschillen in bijvoorbeeld draagkracht of verandermogelijkheden tussen cliënten met dezelfde borderlinepersoonlijkheidsstoornis volgens de *DSM-IV*. (W. van den Brink, handboek voor psychopathologie)

Om gediagnosticeerd te worden met een stoornis op as II (persoonlijkheidsstoornissen) dient een persoon te voldoen aan zowel de algemene diagnostische criteria van persoonlijkheidsstoornissen als aan de typische diagnostische kenmerken van de betreffende persoonlijkheidsstoornis. (zie bijlage I voor algemene criteria persoonlijkheidsstoornissen asII)

De algemene criteria worden omschreven als: stabiele patronen van waarnemen, omgaan met en denken over de omgeving en zichzelf, die zich in een breed scala van situaties manifesteren. Alleen wanneer persoonlijkheidstrekken star of onaangepast zijn en aanzienlijke beperkingen of subjectief lijden teweegbrengen, wordt gesproken van een persoonlijkheidsstoornis

Beschrijving van de borderlinepersoonlijkheidsstoornis volgens DSM-IV:

Een voortdurend aanwezig patroon van instabiliteit in relatie met anderen, zelfbeeld en emotionele reacties en van duidelijke impulsiviteit. Dit patroon begint in de vroege volwassenheid en komt tot uiting in diverse situaties zoals blijkt uit tenminste vijf van de volgende verschijnselen:

- a. krampachtige pogingen om te voorkomen dat men in de steek gelaten wordt (het onder e genoemde suïcidale gedrag en de automutilatie worden daar niet toe gerekend). Bij de beoordeling van dit criterium is het niet van belang of de betrokkenen feitelijk verlaten is of dreigt te worden, of zich dit alleen verbeeldt;
- b. een patroon van instabiele en intense relaties gekenmerkt door afwisselend idealiseren en verguizen of minachten
- c. identiteitsstoornissen (een aanhoudend instabiel zelfbeeld)
- d. impulsief gedrag op tenminste twee gebieden, dat mogelijk schadelijk is voor de persoon zelf, bv. geld verkwisten, middelenmisbruik, roekeloos autorijden of vreetbuien (suïcidale gedrag en de automutilatie worden daar niet toe gerekend)
- e. herhaaldelijke suïcidale gedragingen, dreiging met suicide, of automutilatie
- f. affectlabiliteit (bv. perioden van intense somberheid, prikkelbaarheid of angst die meestal enkele uren en zelden langer dan een paar dagen duren)
- g. chronische gevoelens van leegte
- h. misplaatste, intense woede of moeite kwaadheid te beheersen (bv. vaak driftbuien hebben, aanhoudend kwaad zijn of herhaaldelijk vechten
- i. voorbijgaande, aan stress gebonden paranoïde gedachten of ernstige dissociatieve verschijnselen (*b. depersonalisatie*)

Helena zegt zich in intieme relaties onzeker te voelen; ze is jaloers en bang dat haar partner haar zal verlaten. Ze haalt regelmatig ideeën in haar hoofd die nergens op gebaseerd zijn en trekt voorbarige conclusies zonder te checken of iets waar is of niet; “je vindt je collega toch leuker dan dat je mij vindt”, “ze probeert je van mij af te pakken”, “je zegt dat je moest overwerken maar je was zeker bij je vrienden” “je hebt me niet gebeld dus je houdt niet meer van me”, “je vindt mij niet mooi genoeg” etc. Door haar wantrouwen wordt ze claimend, manipulerend en ontstaan er vervolgens ruzies tussen haar en haar partner die regelmatig flink uit de hand lopen, voornamelijk omdat Helena haar boosheid niet kan beheersen; van schelden en schreeuwen, gooien met dingen en slaan is regelmatig sprake. Wanneer haar partner vervolgens neigt weg te gaan, dreigt ze zichzelf het een en ander aan te doen. Blowen doet Helena regelmatig, de laatste tijd heeft ze dit redelijk in de hand maar eerder blowde ze soms vier keer in de week. Qua impulsief gedrag heeft Helena ook last van vreetbuien, ze heeft een lichte vorm van overgewicht en hierdoor voelt ze zich onder andere onzeker. Blowen en eten zijn voor haar manieren om zich ‘tijdelijk’ minder rot te voelen.

2.5.3 Psycho dynamische structurele benadering

De diagnostiek van *Kernberg* (1984, 1989) is gericht op het achterhalen van de onbewuste, onderliggende persoonlijkheidsorganisatie.. Bij het achterhalen hiervan onderscheidt hij drie typen, waarbij vooral de mate van rijping een belangrijke rol speelt en wat wordt gedaan aan de hand van drie karakteristieken: identiteit, afweer en realiteitstoetsing. (zie bijlage II)

	Borderline persoonlijkheidsorganisatie:
Identiteit	<i>diffuus</i>
Afweer	<i>primitief</i>
Realiteitstoetsing	<i>intact</i>

Ten aanzien van deze drie kenmerken geldt dat; de identiteitsintegratie diffuus is en is ontstaan door een gebrekkige ontwikkeling van objectrelaties; met het niveau van afweer worden de zogenoemde primitieve afweermechanismen als splitsing, projectieve identificatie en loochening bedoeld; ten aanzien van de realiteitstoetsing geldt dat de cliënt in staat is zijn belevingen te toetsen aan de werkelijkheid met behulp van observatie en cognitie.

Kernberg maakt een onderscheid in 'low-level'- borderline en 'high-level'-borderline, waarmee hij een onderscheid maakt in de zwaarte van de problematiek. Hiermee wil hij ook het verschil in de vorm van behandeling aangeven. Onder 'low-level' verstaat Kernberg cliënten met een zodanig zware karakterpathologie en een zodanige vorm van zelfdestructie, dat ze niet ambulante behandeld kunnen worden.

Het voornaamste doel van de behandeling van borderlinecliënten is, volgens hem, het indammen van acting-out gedrag, door onder meer gebruik te maken van 'limitsetting', of door het aanleren van controle technieken en impulsbeheersing. Tevens is het herstellen van contact met de realiteit een belangrijk therapiedoel.

2.5.4. Cognitieve en gedragstherapeutische benadering

Vanuit cognitief perspectief zijn er diverse theorieën ontwikkeld. De cognitieve opvatting is gebaseerd op het idee dat psychopathologie voortkomt uit de wijze waarop mensen informatie selecteren en verder verwerken. In de cognitieve theorieën over persoonlijkheidsstoornissen wordt aangenomen dat onjuiste attributies de belangrijkste bijdrage leveren aan disfunctionele gedragingen.

Young (1999), ontdekte dat bij persoonlijkheidsstoornissen de gangbare cognitieve therapie niet werkte. Hij ontwikkelde daarom het schema(gerichte) therapie. Een schema betekent voor hem 'brede alom tegenwoordige ideeën over jezelf en over je relatie met anderen, ideeën die in de kindertijd zijn ontstaan en die zich in je latere leven verder hebben ontwikkeld', of 'de manier waarop wij de wereld om ons heen ervaren in al zijn facetten van denken, voelen en handelen'. Schemagerichte therapie heeft als doel 'disfunctionele' schema's te onderkennen en te doorbreken. Disfunctionele schema's zijn oude of vroege onaangepaste schema's die vroeger zijn ontwikkeld en bij een persoon veel emotionele en sociale problemen kunnen veroorzaken. Disfunctionele schema's kunnen ontstaan als gevolg van schadelijke ervaringen in de kindertijd en kunnen op volwassen leeftijd nog steeds bestaan omdat ze nooit gecorrigeerd zijn, d.w.z. niet meer kloppend voor de huidige situatie en daardoor allerlei gevolgen hebben voor de persoon en zijn omgeving.

Disfunctionele schema's zijn door hun vroege ontstaansgeschiedenis in alle volgende levensfasen actief geweest en hebben hun werking doen gelden. Dit heeft geleid tot een

continue herhaling en schema-bevestigende ervaringen en een gebrek aan schema-onkrachtende ervaringen. Juist door deze herhaling van gebeurtenissen zijn disfunctionele schema's structureel geworden en hebben andere, meer 'functionele' schema's zich niet kunnen ontwikkelen. Hierdoor zijn ze vaak moeilijk te veranderen omdat ze vertrouwd zijn en passen bij iemand zijn identiteit. Onaangepaste schema's kunnen een belemmering vormen in het gezond functioneren van een persoon met allerlei gevolgen zoals persoonlijkheids- en andere psychische stoornissen, een sociaal inadequate communicatie en binding met de omgeving zoals met familie, vrienden en collega's op het werk. Schematherapie tracht middels integratieve cognitieve gedragstherapie de werking van deze onaangepaste schema's minder sterk te maken. (www.ccg.nl)

Linehan (1996) heeft een cognitief gedragstherapeutisch behandelmodel ontwikkeld, 'de dialectische gedragstherapie', welke zij beschrijft vanuit een biosociale (gedrags-) theorie. Deze theorie ziet de cliënt als een emotioneel kwetsbaar individu, wat wel of niet is aangeboren. Reeds op jonge leeftijd heeft dit kwetsbare individu te maken met een invaliderende omgeving, welke zich kenmerkt door; de neiging emotionele (met name negatieve) ervaringen te negeren; het versimpliceren van het gemak waarmee moeilijke problemen opgelost moeten worden; de hoge waarde die gehecht wordt aan positief denken. Vaak is er sprake van bijvoorbeeld seksueel misbruik, verwaarlozing, zeer inconsequente opvoeding of anderszins nare ervaringen. Door de emotionele kwetsbaarheid reageert deze persoon eerder, heftiger en langer emotioneel op bovengenoemde situaties dan een ander, waardoor er problemen met zichzelf en de omgeving ontstaan. De persoon is hierdoor vaak ontregeld in denken, gedrag, gevoel en relaties.

Linehan noemt zes gedragspatronen die als uitgangspunten dienen voor de behandeling van borderlinecliënten. Deze zijn: emotionele kwetsbaarheid, invalidering, niet ophoudende crises, geremd verdriet, actieve passiviteit en ogenschijnlijke competentie. Het doel van therapie is deze gedragspatronen zodanig te beïnvloeden dat de cliënten een stabiele balans leren vinden. Dit kan door te leren anders om te gaan met een crisis, met jezelf en met anderen.

Hoofdstuk 3. Impuls (controle) problematiek

3.1 Impulscontroleproblematiek

Mensen met impulscontroleproblematiek zijn niet of slecht in staat een bepaalde impuls, neiging of verleiding te weerstaan. Onder impulscontroleproblematiek vallen verschillende uitingsvormen bijvoorbeeld:

- Verlies van agressieve impulsen
 - Nagelbijten, duimzuigen, haarwoelen en sommige tics;
 - Gebruik van psycho-actieve stoffen (medicijnen, drugs) of etenswaren. Hieronder vallen addicties zoals drugsverslaving, alcoholisme en sigaretten roken, maar ook vraatzucht, eetbuien en snoepen;
 - Op seksueel gebied waarbij het seksuele gedrag de betrokkenen of de omgeving schaadt (bijvoorbeeld exhibitionisme en seksueel sadisme);
 - Pathologisch gokken, kleptomanie en pyromanie
 - Pathologisch liegen, pathologisch dagdromen, automutilatie
- (vandereycken, W & Deth R van, Psychiatrie, van diagnose tot behandeling, 1998)

Tijdens de ruzies tussen Helena en haar partner is er voornamelijk sprake van verbale agressie, maar fysieke agressie vindt ook regelmatig plaats. Helena voelt zich snel persoonlijk aangevallen en heeft vervolgens moeite haar boosheid te controleren. Ze geeft aan in een keer woedend te kunnen worden; ze beschrijft het als een zwarte waas voor d'r ogen, alles wat de ander vervolgens doet schiet bij haar in het verkeerde keelgat ondanks dat het misschien wel goed bedoeld is. Meestal is zij degene die haar stem verheft en wanneer het echt uit de hand loopt gaat ze met dingen gooien, begint ze te schoppen en te slaan. Naderhand heeft ze meestal ontzettende spijt van haar gedrag en is ze vervolgens boos op zichzelf..

Niet alleen tijdens haar relatie is er sprake van agressie. Helena is een paar keer in aanraking geweest met de politie vanwege ruzies en vechtpartijen en moest al twee keer voorkomen bij de rechter.

Vanaf kinds af aan heeft Helena al veel agressie gezien. Haar vader had nogal losse handjes, wanneer hem iets niet beviel deelde hij met gemak een tik uit. Op de middelbare school had ze vervolgens verkeerde vrienden waarmee ze samen veel ruzies uitlokten.

Wanneer je Helena vraagt wat er gebeurde op de momenten dat ze zo boos werd, kan ze alleen maar zeggen dat ze al gehandeld heeft voordat ze überhaupt kon nadenken..

3.2 Agressie

Woede, ergernis, irritatie of boosheid voelen, vrijwel iedereen is bekend met deze gevoelens. Boosheid is een van de basisemoties die al vanaf de geboorte aanwezig zijn, als een soort reflex. De manier waarop we boosheid uiten, verschilt echter per persoon. In de loop van ons leven wordt er door ons, of door de directe omgeving, 'gesleuteld' aan de uitingsvorm. Hoe we ons gedragen, en vooral als we agressief worden, hangt veelal af van onze opvoeding en de (sub) cultuur waarin we terecht komen. Naast deze factoren kan er ook sprake zijn van een storing op cognitief niveau: gering normbesef, intellectueel tekort, gebrekkig inschattingsvermogen of te weinig sociale vaardigheden. Op biologisch niveau is een organisch defect mogelijk zoals bij een psychose of middelen misbruik. (tijdschrift voor vaktherapie, 2007, pmt en agressieregulatie, C. Boerhout & K. vd Weele). Agressie is over het algemeen een (negatief) beladen term, die vaak geassocieerd wordt met vloeken en tieren, destructie, geweld, ruzie, slaan, schoppen en dergelijke.

Wanneer je het woord op zoekt in het woordenboek vind je de volgende definitie:

1. bedreiging of aantasting met geweld
2. vijandelijke aanval

Naast het woordenboek zijn er tal van verschillende definities te vinden omtrent agressie, maar het komt er over het algemeen op neer dat er sprake is van grensoverschrijdend gedrag.

In de dagelijkse praktijk van het hulpverleners is echter gebleken dat de gebezigde term 'agressie' vaak een dekmantel is voor allerlei gevoelens. Je zou kunnen spreken van een overkoepelende term waaronder verschillende gevoelens vallen die dan wel tegelijkertijd op kunnen spelen zoals: onmacht, frustratie, jaloezie, verdriet, eenzaamheid en woede. Dit zijn primaire gevoelens die vervolgens vaak weer overdekt zijn met andere, secundaire gevoelens om aan eerstgenoemde gevoelens te kunnen ontsnappen (Linehan, 1996).

3.3 Stoornis in de impulsbeheersing

Verlies van de controle over bepaalde impulsen kan bij verschillende psychopathologische stoornissen voorkomen. De diagnose van een 'stoornis in de impulsbeheersing' wordt echter alleen gesteld als de beperkte controle geen deel uitmaakt van een andere psychische aandoening (zie bijlage III voor classificatie volgens DSM-IV). Zo komt stelen of een periode zeer agressief zijn dus ook voor bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis uit bijv. cluster B zoals de borderline- en antisociale persoonlijkheidsstoornis. In deze gevallen is het controleverlies alleen te beschouwen als een 'onderdeel' van de persoonlijkheidsstoornis en wordt er niet gesproken van een 'stoornis in de impulsbeheersing' op zich.

Net als onder persoonlijkheidsstoornissen elf verschillende variaties vallen, zijn er ook verschillende stoornissen in de impulsbeheersing (zie bijlage III). Wanneer agressie een stoornis op zich zou zijn zouden we spreken van een 'Periodieke explosieve stoornis'. (Vandereycken, W & Deth R van, Psychiatrie, van diagnose tot behandeling, 1998)

3.4 Soorten agressie

Globaal gezien kan er gesproken worden van drie soorten agressie:

- Naar buiten gericht; cliënten hebben moeite om impulsen te reguleren en onder controle te houden. De opgave hier is 'in te dammen' wat 'te los zit'
- Naar binnen gericht; betreft cliënten die de agressie op zich zelf richten door bijvoorbeeld te automutileren.
- Ingehouden boosheid; betreft cliënten die moeite hebben om hun impulsen los te laten. Zij hebben bijvoorbeeld moeite hun boosheid en ongenoegen te ervaren en direct te uiten. Vaak zijn dit cliënten met dwangneurotische en psychosomatische problematiek

Voor alle drie de uitingsvormen geldt; het onvermogen de expressie van emoties flexibel en bewust te reguleren. (Penninx, module agressiehantering)

Tijdens badminton in tweetallen wordt er een speciale opdracht gegeven. Eén van het tweetal moet continu het pluimpje van de grond op pakken, ongeacht wie hem laat vallen. De ander hoeft hierin totaal geen rekening te houden met diegene. Het doel van de opdracht is voor de een, 'de ander irriteren'. Voor de ander is het een experiment; wat doet het met je en hoe ga je hiermee om? etc. Wanneer Helena aan de beurt is om het pluimpje op te rapen, slaat haar tegenspeler (expres) heel vaak mis. Bijna direct begint ze al te roepen "hey, kun je niet ff normaal spelen loser" Toch gaat hij door en na een aantal keer smijt Helena haar racket op de grond en schreeuwt: "ik vroeg je toch wat!! Klootzak!!", waarbij ze een agressieve houding aanneemt. Vervolgens gaat ze aan de andere kant van de zaal zitten mopperen. Een groepsgeenoot daarentegen, genaamd Timo laat tijdens deze oefening verdacht weinig van zich horen. Toch is aan zijn lichaamstaal duidelijk te zien dat hij baalt van de opdracht. Hij zucht, kijkt geïrriteerd en speelt gespannen het spel. Dit gaat zo een lange tijd door, maar bij navraag zegt Timo dat het hem niks doet. Maar dan besluit zijn tegenspeler iets gemener te spelen en begint opmerkingen te maken over de manier waarop Timo beweegt, in negatieve zin. Dat maakt dat Timo zonder iets te zeggen wegloopt, pakt een voetbal en gaat voor zichzelf balletje trappen tegen de muur. Bij de nabespreking geeft Timo aan dat dit typisch zijn manier is van omgaan met irritatie en frustratie; hij gaat zo lang mogelijk door, doet net of het hem niks kan schelen, maar ondertussen zit hij zichzelf van binnen op te vreten van frustratie. Vervolgens loopt hij weg uit de situatie en blijft met zijn irritaties zitten..

Hoofdstuk 4. Behandelstrategieën binnen de pmt

4.1 Behandeling impulscontrole problematiek: Kuin

Het artikel 'Op tijd stoppen' en de module 'Behandeling impulscontrole problematiek' gaan over de behandeling van impulscontrole problematiek bij cluster B-persoonlijkheidsstoornissen, PTSS en dissociatieve stoornissen en is geschreven door F.M.B Kuin. Het uitgangspunt van deze training is de notie dat bij impulscontrole problematiek bij 'cluster B problematiek' van de DSM IV waarbij de cliënt geholpen wordt door hem te leren de impulsen te controleren i.p.v. deze te uiten en de emoties te verwerken.

4.1.2 Korte typering van de methode

Als werkwijze wordt er gebruik gemaakt van een sterk gestructureerde, individuele methode die het beste te typeren valt als training. Hierbij wordt vooral van directieve methoden gebruik gemaakt. Kern van de methode is om in stressvolle situaties de controle te behouden. Hiertoe wordt gebruik gemaakt van slaan tegen een bokszak. Kennis van of vaardigheid in boksen is hierbij niet nodig. De cliënt leert te signaleren wanneer de spanning tijdens het boksen zover oploopt dat er een impulsdoorbraak dreigt. Hij leert vervolgens actiestrategieën toepassen om de spanning te verlagen. Eerst worden de triggers die tot impulscontrole verlies leiden opgespoord en worden de manieren waarop impulscontrole verlies zich voordoet geïnventariseerd. Hierbij wordt gebruik gemaakt van monitoringopdrachten. In volgende sessies worden succesvolle strategieën bekrachtigd en alternatieve strategieën geoefend. Door middel van huiswerkopdrachten wordt de transfer naar de privé- en werksituatie bewerkstelligd.

4.1.3 Referentiekaders

Als eerste moet de gedragtherapie genoemd worden. Responspreventie en exposure zijn bijvoorbeeld belangrijke ingrediënten van deze training. Dan moet de directieve therapie genoemd worden. Afleiden, herformuleren van het probleem, zelfcontroletechnieken vinden hier hun oorsprong. Daarnaast moet RET genoemd worden als een belangrijke inspiratiebron: het uitdagen van disfunctionele cognities (Reinders e.a. '97) is aan de orde van de dag. Daarnaast wordt het uitgangspunt van het ervaringsgericht leren gehanteerd, dat zo kenmerkend is voor PMT: leren is doen, ervaren, efclecteren/evalueren en opnieuw doen. Kuin, geeft aan zich nadrukkelijk niet tot één referentiekader te beperken. Hij heeft er de voorkeur aan gegeven die elementen in te voeren die naar zijn ervaring ook daadwerkelijk tot resultaat leiden. Dat maakt het onderbrengen in therapeutische scholen wat lastig, maar in deze module richt men zich vooral op het 'praktisch' hulpverleners.

4.1.4 Randvoorwaarden voor de cliënt

Tijdens de sessies moet er geleerd kunnen worden. Hiertoe is voldoende stabiliteit in de sociale situatie noodzakelijk. Acute crisis of grote veranderingen in de privésfeer zoals in hechtenisneming: terugval in verslavend gedrag, scheiding, plotseling ontslag, of ziekte tijdens de sessies kunnen het leerproces frustreren. Dan dient gewacht te worden tot de situatie weer voldoende stabiliteit heeft verkregen.

4.1.5 Algemeen behandeldoel

Als algemeen doel bij deze behandelmethode kan worden geformuleerd: ongewenst en/of gevaarlijk impulsief gedrag kunnen beheersen en alternatief constructief gedrag kunnen realiseren.

4.1.6 Specifieke doelen

- De cliënt kan stressoren herkennen
- De cliënt herkent lichamelijke sensaties (introreceptieve signalen) die door de stresserende situatie kan worden opgeroepen
- De cliënt kan stressoren voorspellen
- De cliënt kan impulsief gedrag (inadequate actie strategieën) voor blijven of voortijdig stoppen
- De cliënt kan alternatieve actiestrategieën ontwikkelen en deze inzetten
- De cliënt kan, waar nodig, strategieën ontwikkelen en inzetten om in de realiteit te blijven
- De cliënt kan een sociaal hulpnetwerk opbouwen en gebruiken. De cliënt kan alternatieve manieren van ontladen ontwikkelen en inzetten

4.1.7 Evalueren en meten

- Vooraf en achteraf wordt een (agressie-)scorelijst ingevuld.
- De cliënt houdt in een grafiek het aantal situaties bij waarin hij succesvol dan wel niet succesvol reageerde, in iedere sessie wordt 'de stand' opgenomen.
- De cliënt kan desgewenst achteraf een satisfactievragenlijst naar keuze invullen. Ter evaluatie van de behaalde vooruitgang wordt opnieuw een (agressie-)scorelijst ingevuld.

4.1.8 De werkwijze in de praktijk

De therapieruimte is vooraf in tweeën verdeeld. Er is een 'werkruimte' waar wordt geslagen, gegooid etc.; hier is de spanning hoog. Ook is er een 'neutrale ruimte' waar de spanning omlaag wordt gebracht. Aan de muur hangt een flip-over waarop een grote thermometer in de vorm van een lichaam is getekend. Onderaan staat een 0 (=minimale spanning), bovenaan 100 (=maximale spanning). Gedurende de sessie wordt de cliënt met tussenpozen naar diens spanningniveau gevraagd en wordt dit aangetekend. Zo is het verloop van het spanningsniveau te volgen. Naast de thermometer wordt de aanleiding tot de spanningsverandering systematisch en volgens een vast stramien weergegeven. Binnen korte tijd zal de cliënt de eigen spanningsschommelingen zelfstandig thuis kunnen volgen en noteren en kunnen verwerken in de monitoringopdrachten.

De spanning liep tijdens de pmt sessie (uit de inleiding) flink op. Op het moment dat het Helena te veel werd liep ze naar de kleedkamer. Wanneer er een afgesproken 'neutrale' ruimte was, naast een afgesproken 'werkruimte' had dit waarschijnlijk al een hele andere sfeer gegeven. Nu bracht het feit dat Helena weg liep uit de zaal extra spanning met zich mee voor zowel haar als de rest van de groep. Daarnaast voelde ze schaamte, omdat zij de enige was bij wie het zo escaleerde. Achteraf vertelde ze dat deze specifieke handeling (slaan) negatieve associaties bij haar opriep, waardoor ze niet meer in staat was zich te focussen op de opdracht. De manier waarop de oefening werd aangeboden bood haar te weinig veiligheid.

Soms moet samen met de cliënt gezocht worden naar een manier waarop spanning op een veilige manier motorisch vormgegeven kan worden en/of kan worden ontladen. Meestal voldoet het slaan tegen een bokszak. Maar andere vormen kunnen vanwege bijvoorbeeld negatieve associaties die slaan oproept, verkiesbaar zijn.

4.1.9 Structuur en opbouw van de therapie sessies

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: (slaan op de bokszak)

De therapeut kan – als tussenstap – de cliënt vragen een aantal keren tegen de bokszak 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 bokszak (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 bokszak 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 bokszak 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 voorbereiden en effectiever maken van iemand zijn copingstrategieën en zo de angst en de kans op verlies van impulscontrole te verminderen.

4.2 Agressiehantering: Penninx

De module 'agressiehantering' is geschreven door H.M. Penninx 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.

4.2.1 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.

4.2.2 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 hetgene wat 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.

4.3 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 belevingsaspecten 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.

4.3.1 Relationale 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.

4.3.2 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.

4.3.3 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.

4.3.4 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 eclecticisch. 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.

4.3.5 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.

Hoofdstuk 5. Conclusie

Na een beeld te hebben geschetst over de deeltijdbehandeling, de borderline persoonlijkheidsstoornis en impulscontrole problematiek, worden er in het vierde hoofdstuk drie verschillende modules beschreven, die allemaal te gebruiken zijn in het kader van agressieproblematiek. Dhr. Kuin (Behandeling van impulscontrole problematiek), Dhr. Penninx (Agressiehantering) Dhr. Boerhout (Agressieregulatie) zijn drie vooraanstaande vaktherapeuten op dit gebied en hebben modules geschreven die te gebruiken zijn binnen de psychomotorische therapie. Op bladzijde 25 & 26 is een tabel te vinden met daarin de belangrijkste aspecten naast elkaar gelegd, waarin de overeenkomsten en verschillen te zien zijn. Er zijn veel overeenkomsten, daar waar verschillen te vinden zijn, heeft naast een ander referentiekader, hoogstwaarschijnlijk te maken met de verschillende doelgroepen (stoornissen, zwaarte van de problematiek, angst- en schaamteniveau etc), waarvoor de modules in eerste instantie ontwikkeld zijn. Dit maakt dat er niet zomaar één module uitgepikt kan worden en zonder aanpassingen kan worden toegepast, op iedere willekeurige patient.

In dit laatste hoofdstuk komen mijn aanbevelingen aan de orde, om zo antwoord te geven op de vraagstelling: *Hoe kan ik als pmt'er, een bijdrage leveren aan de behandeling van impulscontrole problematiek bij een cliënt met een borderline-persoonlijkheidsstoornis in een deeltijdbehandeling?*

Nadat ik de drie verschillende modules naast elkaar heb gelegd en met elkaar heb vergeleken, ben ik gaan kijken welke aspecten mij het meest aanspraken. Deze aspecten met enige aanvulling, zijn samengevoegd en daar is vervolgens een nieuwe opzet uit ontstaan voor een nieuwe module. Deze opzet is in mijn ogen een bruikbare houvast (en tevens de aanbeveling voor de vraagstelling) om binnen de pmt te werken aan agressiehantering, zowel voor een patient met een borderline persoonlijkheidsstoornis als andere stoornissen waarbij sprake is van agressief grensoverschrijdend gedrag.

Met oog op de vraagstelling zou ik er voor kiezen om de client naast de reguliere groeps-pmt, een individuele behandeling te laten volgen specifiek gericht op agressieproblematiek. Groeps-pmt blijft waardevol, de clienten komen hier met hun eigen inbreng en thema's waarmee ze aan de slag willen. Wanneer er enige afstemming plaats vindt kunnen de behandelingen een goede aanvulling zijn op elkaar; wat geleerd is bij de individuele behandeling met betrekking tot bijvoorbeeld 'communiceren' kan vervolgens in de groep weer mee geoefend worden.

Belangrijk om te noemen, is doordat er op aanvraag van de hoofdbehandelaar binnen de pmt specifiek aan agressiehantering is gewerkt, er weinig zicht is op wat voor invloed de pmt behandeling heeft op het geheel van de borderline klachten. Er kan naderhand dus alleen wat gezegd worden over de agressieproblematiek van de client.

De module bestaat uit een algemene opzet, de werkwijze en evaluatiecriteria en is te vinden vanaf bladzijde 27. Voor het gemak wordt er in de hij-vorm gesproken.

5.1 Overzicht 3 modules:	Kuin	Penninx	Boerhout & v.d. Weele
Typering methode	Gestructureerd, directief, training, individueel gericht. Klachtgericht; indammen van agressie, belevingsaspecten met betekenisverlening op achtergrond	Gericht op naar buiten- en binnen gerichte agressie, ingehouden agressie, relationele benadering, groepgerichte aanpak	Ruimte voor belevingsaspecten en betekenisverlening, waar nodig directief, ervaringsgericht, relationele benadering, 1 therapeut op 2 cliënten, spanningsveld tussen externalisatie en internalisatie
Referentie kader	Eclectisch: gedragtherapie, directieve therapie, RET, ervaringsgerichte therapie	Systeem- en communicatietheorie van Watslavick, cognitieve gedragstherapie (5 G's)	Eclectisch: cognitieve-gedragstherapie, genderspecifieke hulpverlening
Randvoorwaarden	Voldoende stabiliteit in sociale situatie	-Niet specifiek benoemd	-Niet specifiek benoemd
Algemeen doel	Ongewenst en/of gevaarlijk impulsief gedrag kunnen beheersen en alternatief constructief gedrag kunnen realiseren	Omgaan met boosheid en agressie: <i>boosheid mag, maar het begrenzen ervan is noodzakelijk.</i> Communicatie is de manier om agressie te voorkomen	Leren omgaan met agressie vanuit een relationele benadering
Specifieke doelen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Stressoren herkennen, 2. Herkennen van lichamelijke sensaties (intoreceptieve signalen) die door de stresserende situatie kan worden opgeroepen, 3. Stressoren voorspellen, 4. Impulsief gedrag (inadequate actie strategieën) voortijdig stoppen, 5. Alternatieve actiestrategieën ontwikkelen en deze inzetten, 6. Waar nodig, strategieën ontwikkelen en inzetten om in de realiteit te blijven, 7. Sociaal hulpnetwerk opbouwen en gebruiken, 8. Alternatieve manieren van ontladen ontwikkelen en inzetten. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bewust worden van triggers, 2. Leren communiceren, 3. Herkennen présignalen, 4. Leren uiten van irritaties in contact, 5. Leren uiten van irritaties adhv 5 G's, 6. Om leren gaan met grenzen, 7. Spanning leren omlaag te brengen, 8. Bewust worden van denkpatronen. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meer balans ervaren tussen internalisatie en externalisatie, 2. Meer regie hebben over timing en intensiteit van agressie, 3. Coping-strategieën zijn uitgebreider en effectiever, 4. Agressie is omgebogen van destructief naar constructief, van antisociaal naar pro-sociaal, zodat deze als bron van assertief gedrag kan dienen.

Evalueren & meten	Vooraf & achteraf agressie-scorelijst, bijhouden van een grafiek waarin succesvol dan wel niet succesvol is gereageerde, in iedere sessie wordt 'de stand' opgenomen, satisfactievrage-lijst	12 ^e sessie = evaluatie, wijze wordt niet specifiek benoemd	Evaluatie tijdens de 5e sessie, wijze wordt niet specifiek benoemd
Werkwijze & benodigdheden	Geen vast aantal sessies, werkruimte, neutrale ruimte, flip-over met thermometer, monitoringopdrachten, verschillende materialen o.a bokszak etc, observatie opdrachten, des-identificatie, huiswerk, inbrengmogelijkheden	12 sessies, huiswerk, aantekenschrift/logboek, G-schema's, spanningsthermometer, inbrengmogelijkheden verschillende materialen,	5 bijeenkomsten van 5 kwartier, een keer per week werkruimte, neutrale ruimte, veilige ruimte piramidemodel van agressie slag-, stoot- en werpmateriaal, ademhaling-en stemgebruik, ontspannings- en afleidingstechnieken psycho-educatie, logboek, inbrengmogelijkheden
PMT strategie	Oefenen (Ervaren) (Ontdekken)	Oefenen Ervaren Ontdekken	Oefenen Ervaren Ontdekken
Opbouw & uitwerking module	Zie H4.1	Zie H4.2	Zie H4.3
Doelgroep	Cliënten met impulscontrole problematiek bij cluster B-persoonlijkheidsstoornissen, PTSS & dissociatieve stoornissen	Cliënten die in hun functioneren problemen hebben met hun agressiehuishouding	Cliënten van het centrum voor klinische psychotherapie: persoonlijkheidsproblemen cluster B & C, eetstoornissen
Definitie agressie	Elke handeling die uitbereiding van territorium tot gevolg heeft.	Vorm van communicatie dat ontstaat wanneer men geen invloed voelt in de interactie met de ander, wat weer kan leiden tot angst, irritatie, frustratie of onmacht	Gedrag dat voortkomt uit een samenspel van overlevingsdrang, emoties als boosheid & angst, veroordelende cognities en biologische prikkels.

5.2.1 Algemene opzet module

Definitie van agressie die gehanteerd wordt:

Agressie is een overkoepelende term waaronder verschillende gevoelens vallen die dan wel tegelijkertijd op kunnen spelen, zoals: onmacht, frustratie, jaloezie, verdriet, eenzaamheid en woede. Dit zijn primaire gevoelens die vervolgens vaak weer overdekt zijn met andere, secundaire gevoelens om aan de eerst genoemden te kunnen ontsnappen. Dit uit zich vervolgens in grensoverschrijdend gedrag met betrekking tot geweld ten opzichte van iets, een ander of zichzelf.

Doelgroep/indicatiestelling:

Patiënten die hun agressie niet onder controle hebben, en dit naar buiten richten.

Contra-indicatie:

Geen enkele lijdenslast, afwezigheid probleem besef, geen overeenstemming over behandel noodzaak, acute psychose, onvoldoende mogelijkheid tot reflectie op het eigen handelen door zwakbegaafdheid, ernstige lichamelijke klachten.

Algemeen doel:

Agressiehantering; agressief gedrag kunnen beheersen en alternatief constructief gedrag kunnen realiseren.

Specifieke doelen:

1. Leren kennen en bewust worden van triggers en stressoren
2. Herkennen van présignalen
3. Effectief leren spanning omlaag te brengen
4. Leren communiceren; uiten van irritaties
5. Bewust worden van denkpatronen
6. Grenzen op tijd aangeven & andermans grenzen accepteren

Individuele behandeling

De module bevat een individuele insteek. Agressie is voor velen een onderwerp die veel schaamte met zich meebrengt. Hierom is het belangrijk dat de client zich veilig genoeg voelt om zich te laten zien en kwetsbaar op te stellen. Eén op één contact maakt dat de therapeut zich volledig kan focussen op deze cliënt. Eventueel zou na verloop van tijd en afhankelijk van het angst- en schaamteniveau van de cliënt gewerkt kunnen worden in een tweetal met één therapeut. Bij lichte problematiek of in een gevorderd stadium is groeps-pmt in het kader van dit thema ook een mogelijkheid, maar dat vereist wel goede kwaliteiten en ervaring van de therapeut.

Frequentie:

De therapie bestaat uit minimaal tien wekelijkse sessies van 45 tot 60 minuten.

Randvoorwaarden voor de cliënt

Tijdens de sessies moet er geleerd kunnen worden. Hiertoe is voldoende stabiliteit in de sociale situatie noodzakelijk. Acute crisis of grote veranderingen in de privésfeer zoals in hechtenisneming, terugval in verslavend gedrag, scheiding, plotseling ontslag of ziekte tijdens de sessies, kunnen het leerproces frustreren. Dan dient gewacht te worden tot de situatie weer voldoende stabiliteit heeft verkregen.

Attitude van de therapeut

De therapeutische attitude verschilt van steunend, uitnodigend, confronterend, provocerend, realiteitstoetsend en directief.

5.2.2 Werkwijze

Binnen de therapie wordt áppel gedaan op het reflectief vermogen van de patiënt, waarbij onder andere gebruik gemaakt wordt van de vijf G's. De theorie achter de vijf G's wordt gebruikt om overzicht en eventueel inzicht te verkrijgen hoe boos worden en alles wat erbij hoort verloopt.

De 5 G's staan voor:

gebeurtenis + oorzaak,
gevoel(ens) =lichaamssignalen,
gedachte(n),
gedrag,
gevolg(en)

Naast dat er veel geoefend wordt, ervaart de cliënt hoe het is om 'ander/nieuw' gedrag dan gewend toe te passen; destructief gedrag wordt hierin omgezet naar constructief gedrag. Hoewel er enigszins directief wordt gewerkt, is er ook ruimte voor de belevingsaspecten en inbreng van de cliënt. Naar mate de problematiek zwaarder is, zal de therapeut directiever gaan werken. De therapie bevat zowel lichaamsgeoriënteerde- als bewegingsgeoriënteerde methodieken.

Organisatie en accommodatie

Er wordt gebruik gemaakt van een werkruimte waarbij de spanning omhoog wordt gebracht door middel van passende bewegingsarrangementen. Hierbij wordt gebruik gemaakt van slagstoot- en werpmateriaal, ademhaling- en stemgebruik.

Daarnaast is er een neutrale plek (of ruimte) waar ontspannings- en afleidingstechnieken uitgevoerd kunnen worden om de spanning te laten zakken, en worden ervaringen besproken. De werkruimte en de neutrale plek worden gescheiden door middel van een zichtbare lijn of materiaal zoals een bank of mat, dat symbool staat 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 dagelijkse leven. Er is een veilige ruimte aangewezen waar de cliënt zich tijdelijk kan terugtrekken, in plaats van weg te lopen, zodra de spanning te hoog wordt door bijvoorbeeld de herinnering aan een trauma die te overweldigend dreigt te worden.

Introductie

In het begin van de behandeling wordt het thema boosheid en agressie met de cliënt besproken; wat wordt hieronder verstaan, hoe uit zich dat, waardoor wordt iemand boos en wanneer neigt het van boosheid naar agressie. Vervolgens wordt er uitgelegd dat agressie niet alleen een negatieve, destructieve kant heeft wat leidt tot fysiek en mentaal geweld. De positieve kant wordt belicht door uit te leggen dat agressie een constructieve waarde heeft; het is nodig om eigenheid te verwerven, ergens op af te gaan, zich te kunnen verbinden en begrenzen, zolang dit niet de antisociale kant opgaat.

Leren kennen en bewust worden van triggers en stressoren

Voor iemand met agressieproblematiek is het belangrijk om bewust te zijn van het gene waar ze gespannen door kunnen raken, ook wel triggers en stressoren genoemd. Hieronder vallen onder andere risicosituaties en risicostemmingen. Risicosituaties zijn situaties waarvan je achteraf eigenlijk wel weet dat het niet verstandig was je daarin te begeven, omdat het spanningen oplevert en de kans vergroot agressief te worden. Wanneer iemand met het verkeerde been uit bed is gestapt kan er gesproken worden van een risicovolle stemming; je bent eigenlijk al wat gespannen en je bent daardoor extra gevoelig wat wederom de kans op agressie vergroot. Door samen met de cliënt situaties te analyseren waarin hij agressief is

geweest kunnen de triggers en stressoren in kaart gebracht worden. Door deze bijvoorbeeld op een whiteboard te schrijven in volgorde van grootste stressor naar minst grote stressor, verkrijgt de cliënt hier meer inzicht over en kan hij proberen deze risicovolle situaties te vermijden of eventueel mensen om zich heen te waarschuwen voor zijn tijdelijke licht geraaktheid.

Herkennen van présignalen

Op het moment dat de patient weet wat mogelijke triggers en stressoren voor hem kunnen zijn, kan er gewerkt worden aan het leren herkennen van lichaamssignalen die geïnterpreteerd worden als negatieve spanningen. Deze présignalen gaan vooraf aan een impulsdoorbraak en kunnen herkend worden in lichamelijke sensaties. Présignalen treden vaak op in een persoonsgebonden vorm: het kan voor ieder persoon verschillend zijn, maar is vaak per persoon wel hetzelfde. De een zal bijvoorbeeld voorafgaand aan een woedeaanval bijna altijd gloeiende wangen krijgen, een ander gaat enorm zweten. Wanneer een cliënt bewust is van de présignalen kan hij door actie te ondernemen zijn spanningen verlagen en als het ware nog ontkomen aan een agressieve uitbarsting.

Om de eigen regie te bevorderen, wordt binnen veel arrangementen gebruik gemaakt van een 'piramidemodel' van agressie; gedoseerd op- en afbouwen van krachtgebruik om signalen op tijd te leren waarnemen, deze vervolgens te interpreteren en te beantwoorden. De therapeut zal dan ook vooral interveniëren op de lichaamsbeleving van de cliënt. Hierdoor leert hij te benoemen wat hij letterlijk voelt in zijn lichaam en hier betekenis aan te verlenen.

Effectief leren spanning omlaag te brengen

Op het moment dat de patient bij zichzelf waarneemt dat de spanning is opgelopen en de controle dreigt te verliezen, moet hij actie ondernemen om de spanning effectief te laten zakken. Om meer inzicht te verkrijgen in het oplopen van spanning, wordt er gebruik gemaakt van een agressiethermometer, getekend op een white board die van 0 tot 100 loopt. Hierin kunnen spanningen aangegeven worden door middel van procenten. Tien procent is bijvoorbeeld totaal geen spanning, vijftig procent kan staan voor redelijk wat spanning en bij tachtig procent is er duidelijk sprake van spanning. Iedereen scoort dit weer anders; de een kan bijvoorbeeld meer hebben dan een ander en is minder snel geïrriteerd, terwijl een ander juist wel snel geïrriteerd kan raken. Belangrijk is duidelijk te krijgen wat de kritische grens is van de betreffende cliënt. De kritische grens staat voor het moment dat controleverlies optreedt, ook wel de gevarezone van de impulsdoorbraak genoemd, waar terugkeer niet of moeilijk mogelijk is. Meestal schommelt dit rond een spanningsniveau van 80 procent. Tussen 70 en 90 bevindt zich het 'werkgebied' waarbinnen gedragsexperimenten kunnen gaan plaatsvinden.

Wanneer de spanning hoog is opgelopen, moet dit ook weer op de een of andere manier gereduceerd kunnen worden. De cliënt moet een (of meerdere) strategie(ën) zien te ontdekken waardoor dit op een effectieve en efficiënte manier kan gebeuren, vóórdat hij zijn kritische grens bereikt en grensoverschrijdend gedrag gaat vertonen. Voorbeelden van eventuele spanningsverlagende acties:

- Irritatie uitspreken
- Tot tien tellen
- Time out, door uit de situatie stappen en de concentratie op iets anders te richten
- Ontspanningsoefeningen bijvoorbeeld progressieve spierontspanning, concentreren op het tegenover gestelde gevoel, oogfixatie
- Aan iets prettigs denken

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. Belangrijk is hierbij dat de fysieke en emotionele veiligheid altijd een absolute voorwaarde blijft bij een dergelijk gedragsexperiment.

Strategieën ontwikkelen om in de realiteit te blijven

Wanneer het spanningsniveau binnen arrangementen wordt opgevoerd is de kans op het opduiken van traumatische situaties reëel. Daarom is het belangrijk dat dit heel systematisch en geleidelijk met een sterk àppel op de realiteit gebeurt.

Door observatieopdrachten te geven wordt de aandacht van (her-)belevingen, 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 in beslag en moet beoefend blijven.

Een andere bruikbare techniek is des-identificeren; vanuit de neutrale ruimte laat de therapeut de cliënt naar zichzelf kijken zoals deze daar zojuist stond terwijl de spanning hoog was. De ik-persoon 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 mis ging' c.q. 'wat 'hij/zij' fout deed'.

Leren communiceren: uiten van irritatie

Uiten van irritatie is een mogelijke actiestrategie om spanning te doen verlagen. Het is een vorm van communicatie. Onder communiceren wordt niet alleen het verbaliseren verstaan maar ook non-verbale aspecten als lichaamstaal, mimiek en dergelijke. Bij het uiten van irritatie wordt er geleerd om in contact te zijn en te blijven, aan te geven waar je last van heeft en wat hij anders zou willen (vanuit de ik-vorm) en om duidelijk te zijn. De kunst is om dit te doen op een acceptabele manier zonder dreigend of kwetsend over te komen en vervolgens weerstand op te roepen bij de ander. Daarom wordt er gewerkt vanuit een relationeel oogpunt waarbij er extra aandacht wordt besteed aan hoe de cliënt op een ander overkomt en te benoemen wat de manier van communiceren van de cliënt oproept. Door vervolgens na te vragen of dit overeen komt met hoe hij over 'wil' komen kunnen interpretatieverschillen worden voorkomen en wordt de cliënt bewuster gemaakt van de manier van communiceren. Leren communiceren, wordt gedaan door veel te oefenen, onder andere door rollenspellen.

Bewust worden van denkpatronen

Bepaalde denkpatronen kunnen aanleiding zijn tot irritatie, boosheid of agressie. Door denkpatronen te analyseren en te bespreken krijgt de cliënt zicht op negatieve gedachten die soms niet realistisch zijn, ook wel denkfouten genoemd. Een voorbeeld van een fout gedachtenpatroon is het alles of niets-denken: "Iemand is tegen mij of voor mij". Dit is een manier van denken die niet gebaseerd is op de werkelijkheid en kan een voedingsbodem zijn voor irritatie en eventueel een agressieve uitbarsting. Foutieve denkpatronen kunnen veranderd worden door het uitproberen van andere denkpatronen.

Grenzen

Het is belangrijk dat de cliënt weet wat zijn eigen grenzen zijn, deze duidelijk kan maken en 'op tijd' aan kan geven aan de ander. Zo wordt voorkomen dat een ander over zijn grens gaat, wat irritatie en spanningen zou kunnen oproepen. Hierbij wordt de cliënt aangeleerd om voor zich zelf op te komen, nee te zeggen en aan te geven waar hij wel of niet van gediend is, op een acceptabele manier. Ook het aspect 'afstand nemen' en het respecteren van andermans grenzen wordt voldoende aandacht aan besteedt. Door deze aspecten uit te proberen wordt de cliënt bewust van wat hij lastig vindt en wat minder lastig voor hem is. Hij oefent op deze manier om assertief te zijn in plaats van agressief. Dit wordt gedaan aan de hand van oefeningen waarbij de therapeut verschillende attitudes aanneemt om het de cliënt (al opbouwend) moeilijk te maken, door bijvoorbeeld een provocerende houding aan te nemen.

5.2.3 Evaluatie criteria

Welk effect heeft het als de cliënt het traject heeft afgerond:

De cliënt is in staat om zijn agressieve impulsen beter onder controle te houden doordat hij onder andere weet wat stress en spanning oproepen. Hij kan spanningen bij zichzelf herkennen en interpreteren en vervolgens verschillende strategieën toe passen die de spanning effectief doen verlagen. Hij heeft geleerd zijn grenzen aan te geven ten opzichte van een ander en andermans grenzen te respecteren en zijn onvrede te uiten op een gewenste, acceptabele manier. Hij is bewust van zijn eigen manier van overkomen.

Metten:

Er wordt gebruik gemaakt van verschillende meet- en evaluatie instrumenten, zoals een agressiethermometer, agressiepiramide model, monitoringopdrachten, er wordt vooraf en achteraf een (agressie-)scorelijst ingevuld, de cliënt houdt een logboek bij waarin hij aan de hand van de vijf G's, alle situaties beschrijft, waar sprake is geweest van irritatie, boosheid en/of agressie. Vervolgens kunnen situaties uit dit logboek, inbreng/aangrijpingspunten zijn voor de inhoud van de therapie. Daarnaast noteert hij in een grafiek per situatie of er succesvol dan wel niet succesvol is gereageerd.

Na vijf sessies wordt er een gehele sessie uitgetrokken om mondeling te evalueren. Achteraf wordt er geëvalueerd en vult de cliënt een satisfactievragenlijst in.

Na de eerste tien sessies vindt er een evaluatie plaats en afhankelijk van de persoonlijke ontwikkeling wordt in overleg bepaald of het nodig is om door te gaan met de therapie of niet.

Naast opdrachten krijgt de cliënt het literatuurboekje "Over de rooie"; omgaan met woede en agressie mee om te lezen en hierdoor meer inzicht te verwerven over de desbetreffende problematiek.

De gouden regel voor agressiehantering:

"Als je niet over de rooie wil gaan, dan moet je op tijd ingrijpen."



Literatuurlijst

- Reycken W. van der & Deth R. van (2004), Psychiatrie, van diagnose tot behandeling, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten.
- Molen H.T. van der, Perreijn S. & Hout M.A. van den (1997), Klinische Psychologie, theorieën en psychopathologie, Wolters-Noordhoff, Groningen.
- Arntz, A., Brink, W. van den, & Tilburg, W. van, (1998). Behandelstrategieën bij borderline persoonlijkheidsstoornis. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- W. Vandereycken, C.A.L. Hoogduin & P.M.G. Emmelkamp (red.), handboek voor psychopathologie deel 1. Houten/Antwerpen: Bohn Stafleu Van Loghum
- Lange J. de & Bosscher R.J. (2005), psychomotorische therapie in de praktijk, . Op tijd stoppen, Kuin, F.M.B. Wetenschappelijke uitgeverij Cure & Care Publishers
- Persoons, A., (2004). Borderline in beweging: pmt en emotieregulatie bij opgenomen cliënten met een borderlinestoornis, passende binnen een training Dialectische gedragstherapie. Afstudeerscriptie VOPMT, Hogeschool Windesheim, Zwolle.
- Bosma, H., (2005). De betekenis van de directieve therapie voor de psychomotorische therapie. Afstudeerscriptie BA/PMT, Hogeschool Windesheim, Zwolle.
- American Psychiatric Association (1995). Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM IV. Lisse
- Kuin, F.M.B., (2000). Module Behandeling impulscontrole problematiek voor psychomotorisch therapeuten.
- Boerhout, C & Weele, K, van der.(2007) Psychomotorische therapie en agressieregulatie, een pilotonderzoek. In Tijdschrift voor vaktherapie, 2, 11-17, 2007
- Jansen, T. Omgaan met spanning; Pmt-module regulatie van agressie (2004) Van Mesdagkliniek
- Bernard, J, (2004). Over de rooie, omgaan met woede en agressie. Boom/Ggz Groningen
- Penninx, H, Module agressiehantering, Ggz Helmond
- Bloemenkamp, H. Doorn, Y, van. Kamp, L. & Nissen, I. Borderline persoonlijkheidsproblemen; Een kapstokmodel voor de behandeling van borderline persoonlijkheidsproblemen. (2000)
- Angenent, H. Opvoeding en persoonlijkheidsontwikkeling. (2000) HB uitgevers.
- Tuinier, S. Verhoeven, W.M.A. & Panhuis, van, P.J.A. Behandelstrategieën bij agressieve gedragsstoornissen. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum. (2000)
- Hegger, A. Wat borderline met je doet. (2003) Uitgeverij Boekencentrum, Zoetermeer.

- <http://www.moeilijkemensen.nl>
- <http://nl.wikipedia.org>
- <http://www.ccg.nl>
- <http://www.vandale.nl>
- <http://www.trimbos.nl>

Bijlage I

DSM IV: persoonlijkheidsstoornissen

Bij een persoonlijkheidsstoornis is er – volgens de DSM-IV- een duurzaam patroon van innerlijke ervaringen en gedragingen, dat duidelijk afwijkt van de verwachtingen binnen de cultuur van het individu en dat zich manifesteert op ten minste twee van de volgende gebieden: cognities, emotionele reacties, interpersoonlijk functioneren of impulsbeheersing.

De DSM-IV onderscheidt tien specifieke persoonlijkheidsstoornissen, geclusterd in drie groepen. (Daarnaast is er een restcategorie ‘persoonlijkheidsstoornis, niet anders omschreven’):

Cluster A wordt wel het *bizarre, vreemde, excentrieke* cluster genoemd. Hiertoe behoren de paranoïde, de schizoïde en de schizotypische persoonlijkheidsstoornis. Bij deze persoonlijkheidsstoornissen is er vooral sprake van cognitieve stoornissen.

Cluster B wordt het *dramatische, emotionele, impulsieve* cluster genoemd. Tot dit cluster worden de antisociale, de borderline, de theatrale en de narcistische persoonlijkheidsstoornis gerekend. Kenmerkend voor deze persoonlijkheidsstoornissen zijn vooral de problemen met impulsen en emoties.

Cluster C – met de ontwijkende of vermijdende, de afhankelijke en de obsessief-compulsieve of dwangmatige persoonlijkheidsstoornis- vormt het *angstige, vreesachtige* cluster.

Bijlage II

Psychodynamische structurele benadering: Kernberg

Identiteit: Is het vermogen van een individu om een realistisch en helder beeld van zichzelf en een belangrijke ander te schetsen. Identiteitsdiffusie berust op een onvermogen positief en negatief beladen beelden van een persoon samen te voegen. Het geschetste zelfbeeld is daardoor verbrokken en onvolledig. De tegenstrijdigheden worden door de client zelf verloochend. Dit treedt op bij psychotische- en borderlinestructuren.

Afweer: Afweermechanismen dienen om pijnlijke, hevige of cultureel verboden emoties uit het bewustzijn weg te houden. Individuen handhaven het psychisch evenwicht door afweermechanismen te hanteren. Clienten met een borderline- of psychotische persoonlijkheidsstructuur maken vooral gebruik van primitieve afweermechanismen, gekenmerkt door splitsing. Clienten met een neurotische persoonlijkheidsstructuur maken gebruik van rijper afweermechanismen, gekarakteriseerd door de aanwezigheid van verdringing.

Realiteitstoetsing: Dit is het vermogen van het individu zichzelf te onderscheiden van de objecten om hem heen. Dit wil zeggen dat het individu binnen- en buitenwereld, fantasie en realiteit uit elkaar kan houden.

Bijlage III

Stoornissen in de impulsbeheersing

Stoornissen in de impulsbeheersing is een groep psychische aandoeningen waarbij de persoon geen of weinig beheersing heeft van zijn natuurlijke impulsen. Dit houdt in dat de persoon zijn woede niet kan beheersen, niet kan stoppen met winkelen of gokken, diefstal pleegt of zich de haren uittrekt. Het is van belang om hierbij het verschil tussen dwang en drang te zien. Er is bij stoornissen in de impulsbeheersing primair geen sprake van dwangmatig gedrag (zoals bijvoorbeeld bij een obsessief-compulsieve stoornis), maar van een gebrek aan beheersing van eigenlijk alledaagse vormen van aandrang of lust. Iedereen wordt wel eens kwaad, waagt wel eens een gokje, vertoont agressie of is een beetje jaloers op het bezit van een ander. Iedereen heeft echter een ingebouwde 'rem' om te voorkomen dat er problemen ontstaan door al te impulsief gedrag. Wie een stoornis van de impulsbeheersing heeft, mist deze rem en is niet in staat zijn impulsen in goede banen te leiden. Dit kan zich uiten in een breed scala van symptomen.

Het Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV) beschrijft de volgende aandoeningen in deze categorie:

- Kleptomanie (stelen)
- Pathologisch gokken
- Pyromanie (brand stichten)
- Periodieke explosieve stoornis
- Trichotillomanie (haren uittrekken)

Verder vermeldt het handboek de restgroep Stoornis van de impulsbeheersing niet anderszins omschreven. Hieronder vallen stoornissen die wel afwijkingen van de impulsbeheersing betreffen, maar niet onder de bovenstaande ziektebeelden vallen.

