

Psychomotorische therapie en agressieregulatie: een pilotonderzoek

door: Cees Boerhout en Karin van der Weele

Eerder verschenen in Tijdschrift voor Vaktherapie, 2007-2

Vaktherapie werkt, dat lijkt zo evident als wat. Maar in tijden van toenemende marktwerking wordt de vaktherapie uitgedaagd bewijs te leveren voor de klinische relevantie. Er is onderzoek nodig naar het effect van behandelproducten en naar de tevredenheid onder cliënten. Met een kleinschalige opzet hoeft onderzoek geen 'ver van mijn bed show' te zijn voor de praktijkbeoefenaar, getuige onderstaande bijdrage. Psychomotorische therapie werkt, maar nader onderzoek is nodig.

Anger presents the handle to a person's relationship to his embodied experience and to others
(Roffman, New York University Child Study Centre, 2004).

Inleiding

In dit artikel worden de resultaten weergegeven van een pilotonderzoek naar het effect van een kortdurende behandelmodule psychomotorische therapie, gericht op agressieregulatie voor cliënten met persoonlijkheidsproblematiek en cliënten met eetstoornissen¹.

Eerst wordt een inleiding gegeven over de behandelsetting en over de relationele betekenis van agressie binnen psychomotorische therapie. Daarna wordt de onderzochte module getypeerd en de onderzoeksopzet beschreven. Tenslotte worden de resultaten van het onderzoek weergegeven en bediscussieerd.

De behandelsetting: het Centrum voor Klinische Psychotherapie

De behandelsetting van het pilotonderzoek is het Centrum voor Klinische Psychotherapie (CKP), locatie Zuidlaren, onderdeel van de zorggroep Axenza van Lentis (voorheen: GGz Groningen). Het CKP heeft op locatie Zuidlaren mensen in behandeling met persoonlijkheidsproblemen (cluster B en C) en mensen met eetstoornissen. Voor persoonlijkheidsproblematiek zijn er de groepen TAKT (opnameduur 3 maanden) en Focus (9-12 maanden). Voor eetproblematiek betreft het de groepen Ceres Individueel (1½ -3 maanden, 'individueel' werken binnen een groep) en Ceres Groep (9-12 maanden). Naast dit klinische aanbod is er een

dagbehandelingsgroep voor persoonlijkheidsproblemen en is er een start gemaakt met ambulante behandeling van eetstoornissen.

Het basisprogramma bevat diverse vormen van psychotherapie, vaktherapie en sociotherapie. In keuzemodulen worden specifieke thema's uitgewerkt, waaronder het thema agressie. De module agressieregulatie wordt aangeboden vanuit de psychomotorische therapie.

Het CKP biedt de opgenomen cliënten een leefgemeenschap, waarbinnen principes van milieutherapie worden toegepast voor het realiseren van een veilig gestructureerd behandelklimaat: een 'holding environment' (Janzing e.a., 2000).

"Binnen een holding environment is het mogelijk om destructieve acties en impulsen te repareren en ook om agressieve impulsen in dienst te stellen van de separatie en individuatie." (De Haas, 2000). Het proces van 'mentaliseren', waarbij iemand het gedrag van zichzelf en de ander interpreteert als betekenisvol op grond van intentionele mentale toestanden (wensen, noden, gevoelens, overtuigingen, redenen), krijgt op het CKP de nodige aandacht. Voor agressiehantering is dit relevant, immers: "Where mentalisation fails, violence results." (Fonagy, 2003, p.191).

In een 'holding environment' past een relationele opvatting van agressie, zoals hieronder wordt uitgelegd.

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 gebruiken we 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 onze 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 empirisch onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat men (in deze studie studenten) agressie niet 'kwijt' raakt, maar verder opgefokt raakt door het afreageren op een bokszak (Bushman e.a., 1999). Daaruit moet echter niet geconcludeerd worden, dat de bokszak 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. In het volgende voorbeeld heeft een cliënt met borderline-problematiek zojuist met boksen 'gewonnen' van de psychomotorisch therapeut. "Als ze de laatste klap heeft gegeven valt ze stil, kijkt vertwijfeld en onzeker: zoekend kijken haar ogen rond en weer naar mij. Dan zegt ze dat ze zich rot voelt, verloren, alleen... Ik zeg haar dat ze mij niet 'kwijt' is en daarop wordt ze rustiger." (Emck, 1995, p. 112). Het relationele spanningsveld bestaat uit enerzijds angst voor verlies van verbinding en anderzijds behoefte aan autonomie. Ook bij eetproblematiek is deze spanning herkenbaar en is herwaardering van agressie nodig voor een positiever zelfbeeld (Boerhout, 2004).

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.

Het leefmilieu op het CKP biedt interactiemogelijkheden voor toepassing van een relationele benadering van agressie, zoals binnen de module agressieregulatie wordt geoefend.

De module agressieregulatie van het CKP

De module agressieregulatie van het CKP is in grote lijnen gebaseerd op het kader van de *module impulsregulatie* van de Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie (Kuin, 2000). Wij hanteren 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 zijn in de mate van agressie, bijvoorbeeld voortkomend vanuit lichte irritatie enerzijds of hevige woede anderzijds. Ook wordt besproken dat er zowel lasten als lusten verbonden zijn aan het omgaan met agressie.

Kuin richt zijn module vooral op het leren indammen van agressie voor mensen met persoonlijkheidsproblematiek, waarbij belevingsaspecten met betekenisverlening op de achtergrond worden geplaatst (Kuin, 2000; 2005). Op het CKP is daar wel meer ruimte voor en kan een relationeel betekenis kader worden toegepast. Naarmate de problematiek ernstiger is, wordt er directiever gestuurd door de therapeut.

Onze eigen ervaring met de module agressieregulatie wijst uit dat bij persoonlijkheidsproblematiek evenals bij eetstoornissen, 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 wij de cliënt een *internaliseerder*. Als het loslaten van agressie dominant is dan noemen we de cliënt een *externaliseerder*.

Doelen

De volgende doelen kunnen voor de agressieregulatie worden geformuleerd:

- meer balans ervaren tussen internalisatie en externalisatie;

- meer regie hebben over timing en intensiteit van agressie;
- coping-strategieën voor agressie 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

De module agressieregulatie van het CKP bestaat uit vijf bijeenkomsten van vijf kwartier, één keer per week. De eerste sessie dient ter introductie. Naast reden van aanmelding, uitleg en afspraken, komt aan bod hoe de cliënt agressie opvat en ermee omgaat. Ook wordt de drempel genomen naar het experimenteren met non-verbale werkvormen. In de tweede tot en met de vierde sessie brengt de cliënt een ervaring in van de afgelopen week aan de hand van een agressie logboek. In dit logboek wordt bijgehouden wat de aanleiding is geweest voor agressie, hoe hierop gereageerd is en wat een alternatieve reactie kan zijn. Tijdens de vijfde sessie kiest de cliënt een oefening om als laatste nogmaals aan bod te laten komen, wordt de module geëvalueerd en wordt het blijven toepassen in de thuissituatie besproken. Er is één therapeut op twee cliënten. Het werken met twee cliënten biedt voordelen, zoals onderlinge steun en getuigenis, modelwerking, interactiemogelijkheden en een kortere wachtlijst.

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, ontspannings- en afleidingstechnieken. Ook kan geoefend worden in rollenspelen. 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.

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. Het gehele CKP is te beschouwen als een *experimenteer-ruimte* met de nodige 'holding'.

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 verboden 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, gebruiken wij 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.

Opzet van het pilotonderzoek

In het vervolg van dit artikel worden opzet en resultaten weergegeven van een pilotonderzoek naar het effect van de module agressieregulatie, uitgevoerd in de periode van januari 2004 tot en met september 2005.

Onderzoeksvragen

We willen de volgende onderzoeksvragen beantwoorden:

- Zijn er aanwijzingen voor de effectiviteit op korte en langere termijn van de module agressieregulatie?
- Zijn er aanwijzingen dat de module agressieregulatie een toegevoegde waarde heeft op het totaalprogramma?
- Hoe wordt de module agressieregulatie door de cliënten gewaardeerd?

We gaan deze vragen bij verschillende groepen deelnemers onderzoeken. We onderscheiden deelnemers die vooraf met name opvallen door een hoge mate van

internalisatie en deelnemers die opvallen door externalisatie. Bij de eerste groep zijn vooral afname van internalisatie en toename van externalisatie het doel. Bij de tweede groep het omgekeerde.

Meetinstrumenten

Omdat de deelnemers verschillende behandelingen tegelijkertijd volgen, is het lastig te beoordelen welke effecten door welke behandeling worden veroorzaakt. Om het specifieke effect van de module agressieregulatie te meten, hebben we daarom alleen een vragenlijst geselecteerd die specifiek gericht is op het doel van de module: agressie en agressieregulatie. We hebben de veel gebruikte Buss-Durkee Hostility Inventory (Lange e.a., 1995) overwogen, maar deze lijst meet voornamelijk aan- en afwezigheid van agressie. Wij hebben gekozen voor een lijst die meer differentieert naar de voor dit onderzoek van belang geachte factoren: de 'Zelf-Expressie en Controle Vragenlijst' (ZECV; Van Elderen e.a., 1994). Van deze lijst gebruiken we twee subschalen: Internalisatie en Externalisatie. Internalisatie meet de mate waarin agressie wordt geïnternaliseerd. Een hoge score betekent dat men zich bijvoorbeeld terugtrekt en woede opkropt. Externalisatie meet de mate waarin agressie wordt geëxternaliseerd. Een hoge score houdt in dat men de woede uitageert door ruzie te maken. Op basis van normgegevens van de algemene bevolking zijn de scores op de ZECV in te delen in één van vijf categorieën: hoog, bovengemiddeld, gemiddeld, benedengemiddeld of laag. De psychometrische kwaliteiten (interne en test-hertest betrouwbaarheid en validiteit) van deze subschalen zijn voldoende tot goed (Van Elderen e.a., 1996; 1997).

De waardering van de module wordt gemeten met een tevredenheidscijfer op een schaal van 1 (helemaal niet tevreden) tot en met 10 (heel erg tevreden). Daarnaast geven de cliënten aan of ze iemand anders de module zouden aanraden op een schaal van 1 (nee, beslist niet, ik zou het hem of haar eerder afraden) tot en met 5 (ja, beslist, ik zou het hem of haar sterk aanraden).

Deelnemers

De deelnemers aan het onderzoek zijn cliënten van het CKP die zich gedurende de onderzoeksperiode (januari 2004 t/m september 2005) hebben aangemeld voor en zijn gestart met de module. In totaal gaat het om 44 cliënten. Deze groep is verdeeld in internaliseerders en externaliseerders door de scores op internalisatie en

externalisatie van de voormeting te vergelijken met de normscores uit de algemene bevolking (Van Elderen e.a., 1994). Cliënten die op internalisatie of externalisatie één standaarddeviatie boven het gemiddelde scoren, zijn respectievelijk bij internaliseerders of externaliseerders ingedeeld. De overige cliënten komen in de 'middengroep'. Omdat deze verdeelsleutel te weinig externaliseerders bleek op te leveren om betrouwbare statistische analyses te kunnen doen, zijn er uiteindelijk twee groepen gevormd: *internaliseerders* (n=26) en *niet-internaliseerders* (n=18; de middengroep en de externaliseerders).

De groep internaliseerders bevat drie mannen en drieëntwintig vrouwen. De gemiddelde leeftijd is 27 jaar. Bij de niet-internaliseerders gaat het om zeven mannen en elf vrouwen met een gemiddelde leeftijd van 26 jaar.

Zeven internaliseerders en negen niet-internaliseerders stopten vroegtijdig met hun deelname aan het onderzoek, zodat de uiteindelijke analyses over negentien internaliseerders en negen niet-internaliseerders gaan (completers). De redenen voor het vroegtijdig stoppen (drop-out) zijn zeer divers: niet invullen van metingen, starten met een trainingsmodule die qua doelstelling teveel overlapt met de module agressiemodulatie, voortijdig vertrek van het CKP, en het vaker dan twee keer missen van de module.

Om te controleren of de overgebleven deelnemers typische subgroepen betroffen (waardoor de analyses aan betekenis zouden verliezen), is bekeken of de drop-outs bij aanvang van de training verschilden van de completers. Dit blijkt niet het geval te zijn. Completers en drop-outs verschillen niet in leeftijd, geslacht, internalisatie en externalisatie.

Meetmomenten

Er zijn in totaal vijf meetmomenten waarop de ZECV wordt afgenomen. Het eerste meetmoment is bij opname (T1). Het tweede bij aanmelding voor de module (T2). Het derde (T3) en vierde (T4) meetmoment zijn voorafgaand aan en aansluitend op de module. Het laatste meetmoment is bij ontslag (T5). T3 is gemiddeld zeven weken na T2. De trainingsperiode tussen T3 en T4 duurt vijf weken. T5 is gemiddeld 26 weken na T4. De tevredenheidsmeting wordt gedaan op T4.

Gegevensverwerking

Om te bepalen of de uitkomstvariabelen veranderen zonder training, wordt eerst onderzocht of de scores op internalisatie en externalisatie veranderen tussen T2

(moment van aanmelding voor de module) en T3 (moment van starten met de module). Er wordt hier niet gekozen voor een vergelijking tussen T1 en T3 omdat meer proefpersonen een T2 meting invulden dan een T1 en omdat de periode tussen T2 en T3 het meest overeenkomt met de trainingsperiode.

Het effect van de module wordt in kaart gebracht door per groep (internaliseerders en niet-internaliseerders) een vergelijking te maken tussen T3 (voorafgaand aan de module) en T4 (direct na de module), en tussen T3 en T5 (het meetmoment bij ontslag van de afdeling, 26 weken na de module). Deze vergelijkingen vinden plaats met een non-parametrische toets voor gepaarde waarnemingen (Wilcoxon).

Tevens wordt bekeken of er een verschuiving optreedt in de categorieën van de ZEV (hoog, bovengemiddeld, gemiddeld, benedengemiddeld, laag) waarbinnen de cliënten scoren. Daartoe worden de scorecategorieën op T3 en T4 (korte termijn), evenals die op T3 en T5 (lange termijn) vergeleken met normgegevens van de algemene bevolking. Dit gebeurt alleen wanneer een resultaat statistisch significant gebleken is.

Om een indicatie te krijgen van de toegevoegde waarde van de module agressieregulatie op het totaalprogramma van het CKP wordt een vergelijking gemaakt tussen T1-T5. Daarbij worden twee groepen met elkaar vergeleken met behulp van een MANOVA voor herhaalde metingen: cliënten die de module wel volgden en cliënten die de module niet volgden. Om goede vergelijkingen mogelijk te maken, worden cliënten die de module volgden gematched met cliënten die de module niet volgden op de variabelen leeftijd, geslacht, internalisatie en externalisatie.

De waardering van de module door de cliënten wordt berekend op T4 met behulp van gemiddelden en bijbehorende standaarddeviaties.

Resultaten

Veranderingen in internalisatie en externalisatie voor de training

Vijftien internaliseerders en vijf niet-internaliseerders vulden zowel een T2 als een T3 meting in. Uit tabel 1 blijkt dat internalisatie en externalisatie in de periode voordat de module agressieregulatie start, niet veranderen. Er lijkt dus geen sprake van spontane veranderingen in internalisatie en externalisatie en ook het CKP programma als zodanig lijkt in eerste instantie geen invloed op deze variabelen te hebben.

Tabel 1: Effecten tijdens de baseline (T2-T3)

	T2 M (sd)	T3 M (sd)	Z-waarde	Significantie (2-zijdig)
Internaliseerders (n=15)				
Internalisatie	33,5 (3,2)	32,4 (2,5)	-1,52	0,13
Externalisatie	15,5 (4,6)	15,5 (4,3)	-0,05	0,96
Niet- Internaliseerders (n=5)				
Internalisatie	23,7 (6,2)	22,6 (5,2)	-0,73	0,47
Externalisatie	24,0 (5,6)	24,5 (7,6)	-0,41	0,69

De directe effecten van de module op internalisatie en externalisatie

Alle negentien internaliseerders en alle negen niet-internaliseerders vulden een T3 en een T4 in. Tabel 2 geeft aan dat de module in de internalisatiegroep een direct effect lijkt te hebben. Internalisatie is direct na de module significant afgenomen en externalisatie is significant toegenomen ten opzichte van het begin van de module.

Tabel 2: Directe effecten van de module Agressieregulatie (T3-T4)

	T3 M (sd)	T4 M (sd)	Z-waarde	Significantie (2-zijdig)
Internaliseerders (n=19)				
Internalisatie	31,7 (2,6)	24,8 (6,2)	-3,32	0,00
Externalisatie	15,9 (4,4)	18,4 (4,7)	-2,23	0,03
Niet- Internaliseerders (n=9)				
Internalisatie	23,4 (4,7)	20,7 (4,5)	-1,52	0,13
Externalisatie	25,3 (8,2)	24,1 (6,1)	-1,12	0,26

Vooraf internalisatie is sterk verbeterd. De ruwe score op internalisatie is na de module namelijk bijna zeven punten lager dan ervoor. Dat is een verbetering van bijna drie standaarddeviaties van het gemiddelde van internalisatie op T3. Dit duidt op een sterk positief effect. De ruwe score op externalisatie is na de module tweeënhalve punt verbeterd. Dat is een verbetering van ruim een halve standaarddeviatie van het gemiddelde van externalisatie op T3. Dit duidt op een matig positief effect. Ook wanneer gekeken wordt naar de scoringscategorieën, lijken

deze verbeteringen relevant. Afgezet tegen de normscores van de algemene bevolking scoren de cliënten voor de module namelijk hoog op internalisatie, en na de module gemiddeld. Op externalisatie scoren ze voor de module beneden gemiddeld en na de module gemiddeld.

In de niet-internalisatiegroep is geen sprake van statistisch significante veranderingen.

De lange termijn effecten van de module op internalisatie en externalisatie

Slechts zeven internaliseerders en vier niet-internaliseerders vulden een T3 en een T5 in.

Zoals blijkt uit tabel 3 is er 26 weken na het beëindigen van de module alleen in de internalisatiegroep op internalisatie sprake van een statistisch significante verbetering ten opzichte van het moment vlak voor aanvang van de module.

Tabel 3: Follow-up effecten van de module Agressieregulatie (T3-T5)

	T3 M (sd)	T5 M (sd)	Z-waarde	Significantie (2-zijdig)
Internaliseerders (n=7)				
Internalisatie	31,6 (2,8)	22,3 (6,2)	-2,41	0,02
Externalisatie	14,5 (4,2)	18,6 (5,1)	-1,69	0,09
Niet- Internaliseerders (n=4)				
Internalisatie	21,3 (6,6)	18,5 (6,4)	-1,60	0,11
Externalisatie	29,8 (9,6)	28,5 (9,7)	-0,74	0,46

Opnieuw gaat het hier om een sterke verbetering. De ruwe score op internalisatie is op T5 namelijk ruim negen punten lager dan op T3. Dat is een verbetering van meer dan drie standaarddeviaties van het gemiddelde van internalisatie op T3. Dit duidt op een sterk positief effect. De ruwe score op externalisatie is op T5 ruim vier punten verbeterd ten opzichte van T3. Dat is een verbetering van bijna een standaarddeviatie van het gemiddelde van externalisatie op T3. Hoewel dit verschil statistisch niet significant is, geldt dit wel als een goed resultaat. Ook wanneer gekeken wordt naar de scoringscategorieën, lijken de verbeteringen relevant. Afgezet tegen de normscores van de algemene bevolking scoren de cliënten voor de module namelijk hoog op internalisatie en 26 weken na de module gemiddeld. Op

externalisatie scoren ze voor de module beneden gemiddeld en 26 weken na de module gemiddeld.

In de niet-internalisatiegroep is 26 weken na het programma geen sprake van statistisch significante veranderingen.

Aanwijzingen voor de toegevoegde waarde van de module

Om een indruk te krijgen van de toegevoegde waarde van de module agressieregulatie op het totaalprogramma van het CKP werden acht internaliseerders die de module volgden en zowel op T1 als op T5 de ZECV invulden, gematched met acht deelnemers aan het programma die de module niet volgden, maar wel op zowel T1 als T5 de ZECV invulden.

Uit de multivariate variantieanalyse voor herhaalde metingen (MANOVA repeated measures) met 'tijd' als binnen-factor en 'conditie' als tussen-factor blijkt dat er in beide groepen tussen aanmelding en ontslag een verbetering op internalisatie is ($F(1,14) = 7,46$; $p = 0,02$). Op externalisatie ($F(1,14) = 1,16$; $p = 0,30$) is geen verschil gevonden tussen aanmelding en ontslag. Om te bepalen of de gevonden verbetering op internalisatie per conditie verschilt, is gekeken naar de interactie tussen tijd en conditie. Deze interactie is niet significant ($F(4,11) = 0,62$; $p = 0,66$). De verbetering op internalisatie vindt dus in beide groepen plaats. Dit betekent dat het pilotonderzoek geen aanwijzing oplevert voor een toegevoegde waarde van de module op het totaalprogramma van het CKP.

Waardering van de module

Internaliseerders waarderen de module met een rapportcijfer 7,5 (standaarddeviatie 1,2) en niet-internaliseerders geven een 7,4 (standaarddeviatie 1,1). Op de vraag of deelnemers de module aan lotgenoten zouden aanraden (schaal van 0-5) scoren internaliseerders gemiddeld 4,6 (standaarddeviatie 0,5) en niet-internaliseerders 4,4 (standaarddeviatie 0,5).

Conclusie en discussie

De pilotstudie wijst uit dat de module agressieregulatie positief wordt gewaardeerd en met name effect lijkt te hebben bij cliënten die agressie internaliseren. Vooral het internaliseren van agressie lijkt sterk af te nemen door de module. Direct na de module vallen zowel de mate van internalisatie als de mate van externalisatie binnen het normale gemiddelde, terwijl de deelnemers vóór de module duidelijk in negatieve

zin van dit gemiddelde afweken. Er kan dus gesteld worden dat het opkroppen van woede lijkt af te nemen en het uiten van woede lijkt te verbeteren. Bovendien wijst het onderzoek uit dat het effect op internalisatie stand houdt tot zes maanden na de training.

Bij niet-internaliseerders worden geen eenduidige effecten gevonden. Onduidelijk is of dit door de module komt, of omdat deze groep te heterogeen van samenstelling is. Immers, in deze groep zitten niet alleen cliënten die boven gemiddeld externaliseren, maar ook cliënten die minder dan een standaarddeviatie boven het gemiddelde internaliseren. Bij de eerste subgroep is de agressieregulatie gericht op verminderen van externalisatie en toename van internalisatie, bij de tweede subgroep op toename van externalisatie en verminderen van internalisatie. Het niet vinden van veranderingen in de groep niet-internaliseerders kan dus ook worden veroorzaakt doordat gewenste veranderingen in beide subgroepen tegen elkaar wegvallen. Om een goede indruk te krijgen van het effect van de module bij cliënten die overmatig externaliseren, zal deze subgroep in een vervolgonderzoek dus beduidend groter moeten zijn dan in onderhavige pilotstudie.

De module lijkt dus in elk geval voor internaliseerders een positief effect te sorteren, zowel direct na afloop ervan als op langere termijn. Tegelijk blijkt evenwel uit deze pilot, dat de module geen toegevoegde waarde heeft boven de effecten van het totaalprogramma. Immers, ook cliënten die niet aan de module deelnamen zijn na afloop van het programma verbeterd op internalisatie. Om de toegevoegde waarde van de module goed vast te stellen, is gecontroleerd en gerandomiseerd vervolgonderzoek nodig onder een groter aantal cliënten. Mogelijk kan hierbij worden bekeken of de module een versnellend effect heeft op het leren hanteren van agressie.

De module agressieregulatie heeft in de uitgevoerde pilot een significant effect op de korte en langere termijn én blijkt tegelijk geen toegevoegde waarde te hebben voor het totaalprogramma van de klinische behandelsetting. Uit de tevredenheidsmeting blijkt dat de module een gewaardeerde methode is om internalisatie en externalisatie van agressie in de gewenste richting te beïnvloeden. De resultaten van deze pilotstudie rechtvaardigen een gecontroleerd en gerandomiseerd vervolgonderzoek naar deze methode in verschillende behandelsettings. En aangezien er op korte en langere termijn aanwijzingen zijn voor de effectiviteit van de module, verdient het

aanbeveling de module ook te onderzoeken bij cliënten die verder geen behandelprogramma volgen. Het uitgangspunt van een dergelijke benadering moet een relationele benadering van agressie zijn.

Literatuur

- Blom, L. & R. Bosscher (1983). Het Katharsisprincipe in bioenergetische oefeningen. *Tijdschrift voor Psychomotorische Therapie*, 12, 50-63.
- Boerhout, C. (2004). Het lichaam in beeld: voor de spiegel en op de video. *GGZet Wetenschappelijk*, 8, 27-35.
- Bushman, B.J., A.D. Stack & R.F. Baumeister (1999). Catharsis, aggression, and persuasive influence: Self-fulfilling or self-defeating prophecies? *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 367-376.
- Dijk, W.K. van (1984). Moveor ergo sum. Een psycho-analytische kijk op de PSMT (psycho-senso-motorische therapie). In: Rispens, P. & Riddersma, H. (red.), *Symposiumverslag Bewegingswetenschappen*, 201-225. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.
- Elderen, T. van, S. Maes & I. Komproe (1997). The development of an anger expression and control scale. *British Journal of Health Psychology*, 2, 269-281.
- Elderen, T. van, R.J. Verkes, J. Arkesteijn & I. Komproe (1996). Psychometric characteristics of the self-expression and control scale in a sample of recurrent suicide attempters. *Personality and Individual Differences*, 21 (4), 489-496.
- Elderen, T. van, S. Maes, L. van der Kamp, H. van der Ploeg, J. Ensink & C.D. Spielberger (1994). *Handleiding bij de Zelf-Expressie en Controle vragenlijst*. Leiden: Health psychology section, Leiden University.
- Emck, C. (1995). Het diathese-stressmodel: een basis voor psychomotorische therapie bij borderline problematiek. *Bewegen & Hulpverlening*, 12, 105-120.
- Fonagy, P. (2003). Towards a developmental understanding of violence. *British Journal of Psychiatry*, 183, 190-192.
- Glas G., M. Holtslag & K. de Ridder (1980). Expressie in de Bio-Energetica. *Tijdschrift voor Psychomotorische Therapie*, 9, 224-239.
- Groot, F. de & A. de Doncker (2006). Helpt het fysiek afreageren van agressie? *Psychopraxis*, 8, 194-198.
- Haas, M. de (2000). Agressie in therapiegroepen. In: *Handboek groepspsychotherapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Janzing, C., A. van den Berg & F. Kruisdijk (red.) (2000). *Handboek voor Milieutherapie*. Assen: Koninklijke van Gorcum.
- Kuin, F.M.B. (2000). *Module behandeling impulscontrole-problematiek voor psychomotorisch therapeuten (herziene versie)*. Utrecht: NVPMT.
- Kuin, F.M.B. (2005). Op tijd stoppen. In: Lange, J. de & R.J. Bosscher (red), *Psychomotorische therapie in de praktijk*. Nijmegen: Cure & Care Publishers.

- Kuipers, G., D. Bloemkolk & K. Das (1999). *Eindrapport van de werkgroep agressieregulatie* (interne notitie). Forensisch Psychiatrische Kliniek, GGZ Drenthe.
- Lange, A., B. Dehghani & E. de Beurs (1995). Validation of the Dutch adaptation of the Buss-Durkee Hostility Inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 229-233.
- Mettrop-Wurster, I. (1987). Agressie: ten goede of ten kwade? Over de ontwikkeling van agressie. In: Gerritsma, H., A. Ladan & E.M. Wiersema (red.), *Van kwaad tot erger. Psychoanalytische opstellen over agressie*. Amsterdam: Uitgeverij Boom Meppel.
- Monnier, J., S.E. Hobfoll, C.L. Dunahoo, M.R. Hulsizer & R. Johnson (1998). There's more than rugged individualism in coping. Part 2: construct validity and further model testing. *Anxiety, Stress and Coping*, 11, 247-272.
- Roffman, A.E. (2004). Is anger a thing-to-be-managed? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41, 161-171.
- Russelman, G.H.E. (1983). *Van James Watt tot Sigmund Freud*. Van Loghum Slaterus: Amsterdam.
- Russelman, G.H.E. (1985). Het energiebegrip in de bio-energetica, een kritische studie. *Bewegen en Hulpverlening*, 4, 256-288.
- Sturkenboom, M.Th.M. (1986). Agressie in beweging. *Bewegen en Hulpverlening*, 3, 202-216.
- Tamboer, J. (1985). *Mensbeelden achter bewegingsbeelden*. Haarlem: De Vrieschborch.

Over de auteurs

Cees Boerhout is bewegingswetenschapper en supervisor en is als vaktherapeut psychomotorische therapie verbonden aan het CKP, locatie Zuidlaren, onderdeel van de zorggroep Axenza van Lentis (voorheen: GGz Groningen).

Karin van de Weele is psycholoog/ onderzoeker en was tijdens dit onderzoek verbonden aan het Research instituut van Lentis².

Samenvatting

Met dit artikel willen de auteurs een bijdrage leveren aan effectonderzoek op het gebied van de vaktherapie. Er is pilotonderzoek gedaan naar het resultaat van een kortdurende module psychomotorische therapie voor agressieregulatie. De behandelsetting is het Centrum voor Klinische Psychotherapie, locatie Zuidlaren, onderdeel van de zorggroep Axenza van Lentis (voorheen: GGz Groningen). De doelgroep bestaat uit cliënten met persoonlijkheidsproblematiek en cliënten met eetstoornissen.

Om te beginnen wordt gepleit voor een relationele visie op agressieregulatie, om het ombuigen van agressie in constructieve richting mogelijk te maken. Vervolgens worden de opzet en de resultaten weergegeven van het pilotonderzoek. Het

onderzoek wijst uit dat de module agressieregulatie bij cliënten die agressie internaliseren een praktisch betekenisvol en statistisch significant effect oplevert op de korte termijn en ook op de langere termijn. Tegelijk blijkt de module geen toegevoegde waarde te hebben boven het totaalprogramma van de klinische behandelsetting, omdat ook cliënten die niet aan de module deelnamen bij afloop van de behandeling verbeterd zijn op internalisatie.

Uit de tevredenheidsmeting komt naar voren dat cliënten de module positief waarderen.

Vervolgonderzoek met grotere aantallen cliënten is nodig om een beter beeld te krijgen van de werkzaamheid van de module.

Voetnoten

¹ De cliënten en collega's van het CKP willen we hartelijk bedanken voor hun gewaardeerde betrokkenheid bij het onderzoek.

² Ook veel dank aan Martin Appelo, hoofd Wetenschappelijk Onderzoek Lentis, voor zijn bijdrage aan deze publicatie.