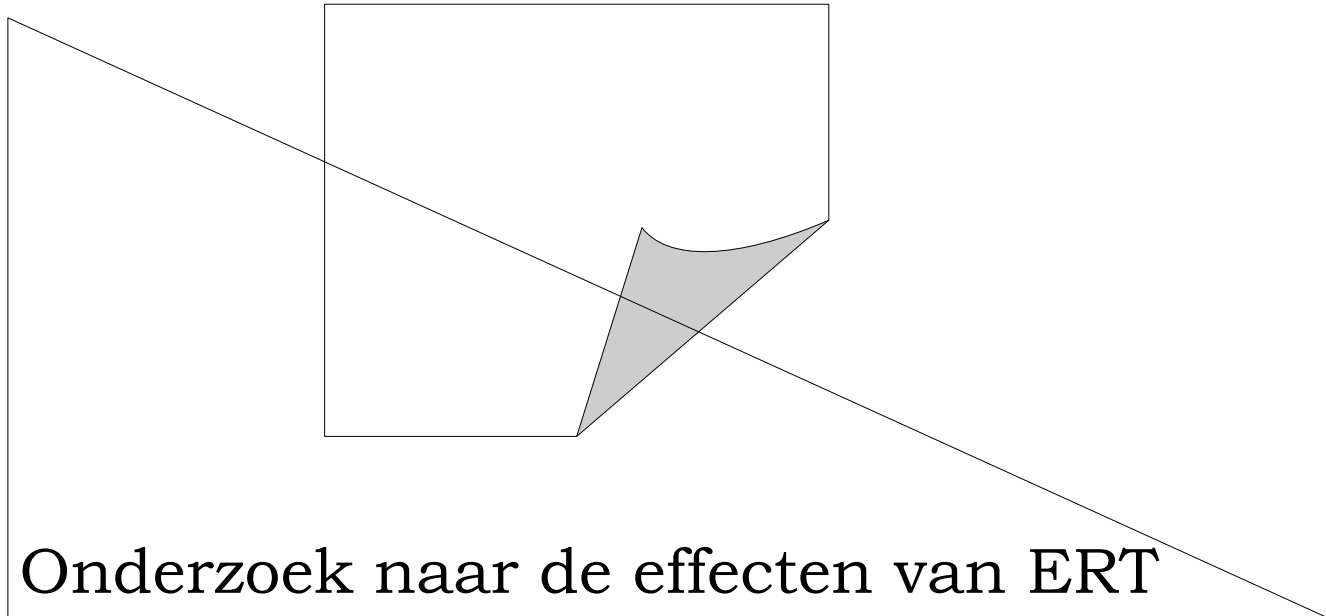




Onderzoek naar de effecten van ERT

*Een psychomotorische groepstherapie voor
LVG mannen met probleemgedrag*

Masterthesis
Master opleiding Psychomotorische Therapie
Hogeschool Windesheim

Onderzoeksbegeleider: Lia van der Maas
Student: Robert Steenbeeke
Student: Mieke Puyman
december 2009

Heeft behandeling met ERT tot effect dat LVG-jongemannen met probleemgedrag beter in staat zijn tot zelfreflectie, spanningsregulatie en waarneming van sociale interactie en leidt dit tot vermindering van het probleemgedrag en verbetering van de begeleidbaarheid?

Een praktijkgericht quasi experimenteel onderzoek in het kader van de masteropleiding Psychomotorische Therapie (PMT), Hogeschool Windesheim te Zwolle.

Door: Robert Steenbeeke en Mieke Puyman

December 2009

Samenvatting

Dit artikel beschrijft een praktijkgericht quasi experimenteel onderzoek naar de effecten van een psychomotorische emotieregulatie groepstherapie (ERT) voor licht verstandelijk gehandicapte (LVG) jongemannen van 15-25 jaar met probleemgedrag. De ERT bestaat uit zestien wekelijkse bijeenkomsten en richt zich op het vergroten van vaardigheden met betrekking tot zelfreflectie, spanningsregulatie en waarneming van sociale interacties, met als doel het probleemgedrag te verminderen en de begeleidbaarheid te vergroten.

Er is een positieve trend te zien in de resultaten van de metingen en de beschrijvingen van het klinisch beeld van de deelnemers. De opzet van het onderzoek en het beperkt aantal respondenten maken dat met terughoudendheid geconcludeerd kan worden dat door deelname aan de ERT het probleemgedrag is afgenomen en de begeleidbaarheid van de deelnemers is verbeterd.

Aanleiding en relevantie van het onderzoek

Gedragsproblemen komen bijzonder veel voor bij mensen met een licht verstandelijke beperking (LVG). Deze problemen zijn moeilijk te behandelen en belastend om mee om te gaan, zowel voor cliënten zelf als voor hun omgeving. In de LVG sector is veel expertise over het omgaan met gedragsproblemen, die echter nog beter gedeeld zouden kunnen worden en waarvan de effecten nog onvoldoende zijn onderzocht (Jansen, e.a. 2009).

De onderzoekers zijn als psychomotorische therapeuten werkzaam bij stichting 'de Eik', een orthopedagogische setting voor licht verstandelijk gehandicapte kinderen en jongeren en bij stichting AveleijnSDT, een gefuseerde instelling voor verstandelijk gehandicapten waar woonzorg (Aveleijn), dagbesteding (voorheen Stichting Dagcentra Twente) en behandeling geboden worden. Binnen hun werk worden ook zij regelmatig geconfronteerd met hulpvragen omtrent gedragsproblematiek.

Binnen de afdeling Ambulante Vaktherapie (AVT) van AveleijnSDT wordt sinds een paar jaar gewerkt met een door twee psychomotorisch therapeuten ontwikkelde emotieregulatie groepstherapie (ERT) voor LVG jongemannen van 15-25 jaar. De ERT richt zich op het vergroten van vaardigheden met betrekking tot zelfreflectie, spanningsregulatie en waarneming van sociale interacties, met als doel het probleemgedrag te verminderen en de begeleidbaarheid te vergroten. De cliënten die deze psychomotorische groepstherapie al hebben gevolgd en de direct bij de cliënt betrokken hulpverleners en cliëntsystemen, zijn tevreden over het resultaat. De onderzoekers willen in dit onderzoek deze subjectieve beleving onderbouwen met objectieve metingen en een bijdrage leveren aan effectonderzoek van behandeling in het werkveld LVG.

Onderbouwing van de vraagstelling

Het Landelijk Kenniscentrum LVG heeft de LVG problematiek in een model samengevat (zie figuur 1), waarmee tevens een goed beeld gegeven wordt van de doelgroep LVG (Vermeulen e.a. 2007).

LVG specifieke kenmerken:	En bijkomende kenmerken/problematiek:	Komen tot uiting in:
Intelligentie: IQ 50-70 + 70-85	Leerproblemen	Ernstige gedragsproblemen
	Psychiatrische stoornis	
Beperkt sociaal aanpassingsvermogen	Medisch-organisch probleem	
	Problemen in gezin en sociale context	
En leiden tot: Chroniciteit en langdurige behoefte aan ondersteuning		

Fig. 1 Model van de LVG problematiek van het landelijk Kenniscentrum LVG

Bij behandeling van probleemgedrag bij LVG wordt uitgegaan van de hypothese dat dit gedrag veelal voortkomt uit en in stand gehouden wordt door beperkingen in zelfreflectie en sociale waarneming en door de socialisatie, waarin vaak sprake is geweest van opvoeding met pedagogische onmacht (Uijting, 2009).

In de oratie van Prof. Dr. T. Zandberg spreekt hij over genetische en psychosociale factoren die kunnen leiden tot meer of minder persistent antisociaal gedrag. Hij beschrijft daarbij de volgende factoren: een lage intelligentie en een moeilijk temperament waar impulsiviteit, agressiviteit en een gebrekkige locus of control toe gerekend moeten worden.

Verder spreekt hij over een afwijkende verwerking van sociale informatieprocessen welke kunnen leiden tot probleemgedrag, omdat het gedrag van anderen als negatief en vijandig wordt geïnterpreteerd. Met name attributietheorieën verklaren agressief gedrag vanuit deze disfunctionele sociale interacties (Hudley, e.a.1998). Zoals gezegd hebben veel van de LVG cliënten te maken gehad met een thuissituatie waarin sprake was van pedagogische onmacht bij de ouders. Volgens de modeling theorie nemen kinderen door imitatie gedrag over van hun ouders (Kazdin, 1995).

In de vormgeving en de interventies van de ERT is met alle bovenstaande aspecten rekening gehouden. Om met de ERT resultaat te kunnen boeken, is het van belang dat de cliënt in staat is om tot zelfreflectie te komen. Zelfreflectie is het vermogen om gevoelens en gedachten te ordenen en onder woorden te brengen en is een functie van de linker hersenhelft (Ykema, 2002). Het is logisch dat bij LVG cliënten, waarbij altijd sprake is van vermindering van cognitieve functies, ook de zelfreflectie vaak beperkt is. Daarbij is een extra beperkende factor dat bij jongens deze hersenhelft zich door het hogere testosterongehalte langzamer ontwikkelt dan bij meisjes. Deze langzame ontwikkeling bemoeilijkt het tot stand komen van verbindingen tussen de rechter hersenhelft (ruimtelijk-emotioneel) en de linker hersenhelft (analytisch-verbaal). Deze verbindingen moeten alsnog worden ontwikkeld door het opdoen van ervaringen en het leren verwoorden van deze ervaringen (Biddulph, 1999). Hier wordt binnen de ERT veel aandacht aan besteed.

Op basis van bovenstaande onderbouwing was de uitgangshypothese van het onderzoek: door het vergroten van vaardigheden met betrekking tot zelfreflectie, spanningsregulatie en waarneming van sociale interacties, kan het probleemgedrag verminderen en de begeleidbaarheid verbeteren.

Het onderzoek richt zich dan ook op het meten van bovenbeschreven variabelen: zelfreflectie, sociale waarneming, spanningsregulatie, begeleidbaarheid en probleemgedrag. De specifieke onderzoeksvraag is: Heeft behandeling met ERT tot effect dat LVG-jongemannen met probleemgedrag beter in staat zijn tot zelfreflectie, spanningsregulatie en waarneming van sociale interactie en leidt dit tot vermindering van het probleemgedrag en verbetering van de begeleidbaarheid?

Beschrijving van het onderzoek

Onderzoeksopzet

Dit onderzoek heeft een quasi experimenteel design. Vanwege het beperkt aantal respondenten is gekozen voor een N=1 studie van elke deelnemer.

Onderzoekspopulatie

De respondenten zijn de deelnemers aan de ERT en hun persoonlijk begeleiders. De deelnemers aan de ERT zijn vier LVG-jongemannen in de leeftijd van 15-25 jaar met een hulpvraag op het gebied van gedragsproblematiek en aangemeld bij de AVT van AvelijnSDT.

Deelnemer1

R.S. is een LVG-jongeman van 20 jaar. Hij is opgegroeid in een gezin met vader, moeder en twee zussen. Inmiddels zijn de ouders gescheiden en woont R.S. bij moeder.

Het gezin heeft in het verleden intensieve ondersteuning gehad vanuit verschillende zorginstellingen in Twente. R.S. heeft zelf ook een half jaar dagbehandeling gevolgd, wat door gebrek aan motivatie is gestopt. In 2006 is bij hem de diagnose ADHD gesteld waarvoor hij nog steeds Ritalin gebruikt.

R.S. heeft tot groep 4 regulier onderwijs gevolgd, waarna hij overgestapt is naar het speciaal onderwijs. Vervolgens heeft hij enkele jaren praktijkonderwijs genoten. Momenteel volgt hij een leer- werktraject om stratenmaker te worden.

De afgelopen jaren is R.S. regelmatig in aanraking geweest met justitie. Onder invloed van drank en drugs heeft hij meerdere malen probleemgedrag vertoond met fysieke agressie.

R.S. is vitaal, zelfverzekerd, ambitieus en volhardend en overschat zichzelf regelmatig in eigen mogelijkheden. Hij is negatief, veroordelend, weinig behulpzaam en vooral uit op eigen gewin. Hij is snel geïrriteerd, boos en verliest zijn zelfbeheersing als hij ervaart dat hij uitgedaagd wordt door andere mensen. R.S. geeft tijdens het intakegesprek voor de ERT aan dat hij graag geholpen wil worden met het beheersen van zijn boosheid en zegt gemotiveerd te zijn voor groepstherapie. Zijn motivatie komt vooral voort uit zijn wens om te gaan samenwonen met zijn vriendin. Nu hebben ze echter nog te vaak ruzie om dat aan te kunnen. R.S. heeft gemiddeld 1x per twee weken een thuiscontact met zijn ambulant woonbegeleider ter voorbereiding op zelfstandig (samen)wonen.

Deelnemer 2

F.B. is een LVG-jongeman van 25 jaar. F.B. is enig kind bij zijn biologische ouders. Op 1-jarige leeftijd zijn de ouders gescheiden en is hij bij moeder gaan wonen. Later is zij hertrouwd en zijn er nog twee kinderen geboren, waar F.B. samen mee is opgegroeid. Op 21-jarige leeftijd is hij zelfstandig gaan wonen, waarbij in een later stadium woonbegeleiding werd ingezet. In deze periode is hij in toenemende mate alcohol en drugs gaan gebruiken. Dit leidde tot veel problemen op vrijwel alle levensgebieden. Begin van dit jaar werd hij opgenomen op Rohaan B, een klinische behandelsetting van AvelijnSDT en momenteel gebruikt hij geen middelen meer. De ERT is voor hem onderdeel van het totale behandelplan. F.B. heeft regulier basisonderwijs gevolgd. Vervolgens heeft hij in klas 3 van het middelbaar onderwijs een overstap gemaakt naar speciaal onderwijs. Door teveel verzuim heeft hij zowel school als een arbeidstrainingstraject moeten stoppen. F.B heeft toen besloten om werk te gaan zoeken, maar zijn pogingen lopen steeds uit op teleurstellingen.

F.B is vanuit het verleden bekend met agressief gedrag in de vorm van fysiek geweld. Meestal gebeurde dit onder invloed van drugs.

Op de behandelafdeling vertoont F.B. probleemgedrag (verbale agressie en tegen deuren schoppen) als hij vindt dat andere mensen zich niet aan afspraken houden, als hij teleurgesteld is in anderen of zichzelf en wanneer hij onrecht meent te zien.

F.B. wil graag zijn problemen de baas worden en laat daarbij veel doorzettingsvermogen en groei zien. Hij legt daarbij de lat hoger dan, gezien zijn beperkingen, realistisch lijkt. Hij heeft daarbij moeite met het verdragen van onzekerheden.

Deelnemer 3

N.H. is een LVG-jongeman van 19 jaar. N.H. is enig kind uit een gemengd Turks-Nederlands huwelijk. N.H. is getuige geweest van bedreiging en mishandeling van moeder door zijn vader. Zijn ouders zijn uiteindelijk gescheiden. N.H. heeft daarna drie jaar in een orthopedagogisch behandelcentrum gewoond. In 2002 is de diagnose hechtingsstoornis, ongeremde type gesteld. In 2006 is hij weer bij moeder, die inmiddels is hertrouwd, stiefvader en stiefzus gaan wonen. Het gezin heeft vanaf die tijd ondersteuning gekregen van Intensieve Orthopedagogische Gezinshulpverlening, met beperkt resultaat.

N.H. heeft regulier basisonderwijs gevolgd en vervolgens praktijkonderwijs gedaan.

In het verleden is N.H. in aanraking geweest met politie en justitie en is hij slachtoffer geweest van seksueel misbruik. Voor het plegen van mishandeling staat hij nu onder toezicht van jeugdreclassering en is hij geplaatst bij woonzorginstelling de Scholtenhof.

N.H. is zeer beïnvloedbaar door leeftijdsgenoten, heeft een laag zelfsturend vermogen en een beperkt doorzettingsvermogen. Hij toont weinig initiatief en spant zich niet meer in dan strikt noodzakelijk. Verder heeft hij een “kort lontje” en reageert hij direct vanuit emotie zonder over mogelijke consequenties na te denken.

Het volgen van de ERT is onderdeel van de opgelegde juridische maatregel. Er is vrijwel geen interne motivatie aanwezig. Voorafgaande hieraan heeft N.H. individuele psychomotorische therapie gehad met slechts beperkt resultaat. Hij is door verwezen naar de ERT in de hoop dat behandeling met leeftijdsgenoten een positief effect heeft op zijn deelname.

Deelnemer 4

R.D. is een LVG-jongeman van 20 jaar. Hij is opgegroeid in een gezin met zijn vader, moeder en broer. In zijn puberteitsjaren heeft het gezin onder hoge druk gestaan door ernstige financiële problemen met een gedwongen verhuizing tot gevolg. Kort daarna werd zijn broer levensbedreigend ziek. R.D. heeft tot groep 4 regulier basisonderwijs gevolgd en vervolgens een overstap gemaakt naar speciaal basisonderwijs. Daarna heeft hij praktijkonderwijs gevolgd, maar dit niet afgerond. Hij is van school gestuurd na herhaaldelijk diefstallen gepleegd te hebben op zijn stage adressen. Hij is toen gaan werken op een Dag Activiteiten Centrum.

In verband met problemen thuis is hij een jaar geleden in een woonlocatie voor LVG met gedragsproblemen geplaatst. Hier wordt intensieve begeleiding geboden.

R.D. heeft problemen met zijn impulscontrole. Er is geen duidelijke diagnose gesteld. Er wordt wel gesproken over ADHD-achtige trekken en zijn verbale ontwikkeling loopt duidelijk achter bij zijn performante ontwikkeling.

R.D. vertoont probleemgedrag, zoals verbale en fysieke agressie, op de momenten dat hij zijn zin niet krijgt. Dit gedrag belet hem in zijn ontwikkeling, verstoort zijn functioneren bij wonen en werken en het belemmert hem in het bouwen aan en onderhouden van een sociaal netwerk. Onder een stoere buitenkant zit een onzekere jongen met een negatief zelfbeeld. Hij heeft een laag zelfsturend vermogen en heeft moeite met het aanvaarden van begeleiding.

R.D. geeft in de intake aan dat hij geholpen wil worden met het bedwingen van zijn boosheid en agressie en wil leren om zijn emoties op een meer passende wijze te uiten.

Meetinstrumenten

Zelfbeoordelinglijst (ZBL)

De afdeling Ambulante Vaktherapie werkt al jaren met evaluatievragenlijsten met behulp van Visueel Analoge Schaalvragen (VAS). VAS-vragen zijn goed in te vullen voor mensen met een verstandelijke beperking. De antwoorden zijn concreet en absoluut. De respondent hoeft alleen een kruisje te zetten op een lijn van 10 cm, welke een glijdende schaal visualiseert tussen twee uiterste antwoorden. Door het kruisje te zetten wordt het antwoord gevisualiseerd, wat de mogelijkheid voor zelfcorrectie vereenvoudigt. En het vraagt geen schrijfvaardigheid. De bestaande evaluatielijst van de ERT is voor dit onderzoek specifiek aangepast met stellingen betreffende spanningsregulatie (SR), sociale waarneming (SW), zelfreflectie (ZR) en begeleidbaarheid (BB) (zie bijlage 2). Voorafgaande aan het onderzoek is de vragenlijst intercollegiaal en door de onderzoeksbegeleider getoetst op begrijpelijke formulering van de stellingen. De feedback daarop is verwerkt. Daarna is het bij vijf cliënten van de afdeling ambulante vaktherapie met vergelijkbare problematiek (maar geen deelnemers aan de groep) getoetst op invulbaarheid. Hierbij is gebleken dat de ZBL prima is in te vullen. Gezien de licht verstandelijke beperking van de deelnemers zijn de ZBL zowel afgenomen door de deelnemers als door hun begeleiders, ter controle van de antwoorden van de deelnemers. De validiteit en de betrouwbaarheid zijn niet getoetst.

CBCL 14-18 jaar

De Childhood Behaviour Checklist (CBCL) is een vragenlijst om probleemgedrag en vaardigheden van kinderen en jeugdigen, zoals door ouders/begeleiders gerapporteerd, op gestandaardiseerde wijze te kwantificeren (Verhulst e.a., 1996). Betrouwbaarheid, begripsvaliditeit en criteriumvaliditeit zijn door COTAN als voldoende/goed gescoord. Test-hertestbetrouwbaarheid (2 weken interval) is eveneens goed te noemen.

vTCI

De verkorte Temperament Character and Inventory (vTCI) is een verkorte versie van de TCI vragenlijst. De vragenlijst bestaat uit 105 vragen per (hoofd)schaal. De vTCI is zowel geschikt voor het meten van normale als (afwijkende)abnormale gedragspatronen (Duijsens e.a., 2001). De interne consistentie van de meeste vTCI hoofdschalen, uitgezonderd de SG schaal, zijn voldoende voor gebruik onderzoek. De test-hertestbetrouwbaarheid (3 maand interval) is goed te noemen.

Omdat de mate van probleemgedrag onvoldoende in kaart kan worden gebracht met de gekozen meetinstrumenten, wordt dit verder aangevuld met gegevens uit intake, evaluatiebesprekingen, dossieronderzoek en informatie van het cliëntstelsel.

Onderzoeksprocedure

Door de intake en psychomotorische therapie (PMT) observatie wordt vastgesteld dat deelname aan de ERT aansluit bij de cliënt en zijn hulpvraag. Een secundaire voorwaarde voor deelname is dat minimaal één persoon uit het cliëntstelsel bereid is deel te nemen aan de drie informatiebijeenkomsten, parallel lopend aan de ERT blokken. Bij het gesprek voor plaatsing in de ERT wordt het onderzoek uitgelegd en medewerking gevraagd aan de deelnemer en zijn persoonlijk begeleider.

Het onderzoek wordt uitgevoerd door twee onderzoekers. Een in de rol van onderzoeker die de vragenlijsten afneemt en de ander in de rol van therapeut en uitvoerder van de ERT. De uitkomsten worden door beide onderzoekers en de onderzoeksbegeleider beoordeeld.

Twee weken voor de start van de ERT wordt de baselinemeting gedaan. De deelnemers vullen de vTCI en een ZBL in onder toezicht van de onderzoeker. De persoonlijk begeleiders krijgen de CBCL en een ZBL toegestuurd en vullen deze zelfstandig in.

Met een interval van 5 à 6 weken vullen de deelnemers en de begeleiders nog tweemaal onder dezelfde condities een ZBL in.

De eindmeting vindt zestien weken na de start plaats. Dit wordt op dezelfde wijze vorm gegeven als de baselinemeting. Na verwerking van alle gegevens worden de deelnemers en hun persoonlijk begeleiders in een persoonlijk gesprek op de hoogte gesteld van de onderzoeksresultaten en bedankt voor hun deelname.

Onderzoeksinterventies

De ERT is in 2007 ontwikkeld door twee psychomotorisch therapeuten van de afdeling ambulante vaktherapie van AveleijnSDT op basis van de hypothese dat het probleemgedrag bij LVG veelal voortkomt uit en in stand gehouden wordt door beperkingen in zelfreflectie en sociale waarneming en door de socialisatie waarin vaak sprake is geweest van opvoeding met pedagogische onmacht (Uijting, 2009). Op basis van opgedane ervaringen in de afgelopen jaren is het concept uitgegroeid tot het huidige draaiboek (zie bijlage 1).

De ERT is opgebouwd uit drie blokken van vijf bijeenkomsten van elk 1,5 uur.

Het eerste blok van vijf bijeenkomsten is er vooral op gericht om algemene voorlichting en ervaringsgerichte werkvormen te geven over emoties en regulatie van emoties. Het doel is een werkrelatie met elkaar op te bouwen en om van een veelal externe motivatie voor deelname naar een meer intrinsieke motivatie te komen.

Het tweede blok is vooral 'ik-gericht'. Dat wil zeggen dat de interventies er vooral op gericht zijn vanuit de herkenning uit het eerste blok naar erkenning te komen van eigen mogelijkheden, beperkingen en gedragsproblematiek. De verstandelijke beperking is natuurlijk niet beïnvloedbaar door therapie. Echter, bewustwording van deze beperking en zich daardoor meer begeleidbaar opstellen wel. Ook de impulsiviteit, de agressiviteit en de locus of control (zowel intern als extern) zijn beïnvloedbaar middels therapeutische interventies. Hiertoe worden de PMT methodieken "spanningsthermometer" en "stoppen-denken-doen" gebruikt, waardoor de cliënt leert zijn spanning te reguleren.

Het derde blok is vooral gericht op 'ik en de ander'. Hierbij zijn de interventies gericht op verbetering van waarneming van sociale situaties, betekenisverlening aan sociale interacties en betekenis verlenen aan het eigen aandeel in sociale interacties. Hierdoor kan er meer ruimte ontstaan voor verandering van de eigen patronen "denken-voelen-handelen". De cliënt leert zijn waarneming te checken bij en te overleggen met de ander, om zo zijn spanning beter te kunnen reguleren.

Parallel aan de drie therapieblokken loopt een cyclus van drie informatiebijeenkomsten voor het cliëntsysteem met als doel om de transfer van therapiezaal naar de leefsituatie een grotere kans van slagen te geven.

Een belangrijke algemene basis voor interventie in de ERT is de grondhouding van de therapeuten, waarin een respectvolle, begrenzende en ondersteunende bejegening leidend is. Door deze attitude kan er een veilige, vertrouwde en gestructureerde omgeving ontstaan en dit geeft de deelnemers de mogelijkheid om nieuwe vaardigheden te leren (Boer, e.a. 2006). Tevens is deze grondhouding een basale vorm van voorbeeldgedrag. Aangezien begeleiders en/of therapeuten vaak belangrijke personen in hun leven zijn, moeten zij zich bewust zijn van hun gedrag en voorbeeldfunctie hierbij (Van der Zee, e.a. 1989). Daarnaast zijn LVG gevoeliger voor sociaal gedrag en is het vertonen van (pro-actief) voorbeeldgedrag extra belangrijk (Van der Wielen, 2006). Hierdoor kunnen corrigerende ervaringen worden opgedaan waardoor het probleemgedrag, dat mede werd ontwikkeld door eerdere negatieve

ervaringen door ouderlijke pedagogische onmacht, kan veranderen. Tevens kan dit tot effect hebben dat de cliënt beter in staat is zich kwetsbaarder op te stellen en begeleiding te accepteren.

Binnen de ERT wordt verder veel gewerkt met het opdoen van ervaringen en het herkennen van eigen patronen van “denken-voelen-handelen”, teneinde de ontwikkeling van de verbindingen tussen de linker en rechter hersenhelft te bevorderen en het vermogen tot zelfreflectie te laten toenemen. De interventies worden afgestemd op de fase van gedragsverandering (voorbeschouwing; overpeinzing; beslissing; verandering; consolidatie) in het individuele proces volgens de cirkel van gedragsverandering van Prochaska en DiClemente (Prochaska en DiClemente, 2002).

Veel interventies komen uit de cognitieve gedragstherapie. Sukhodolsky concludeert na onderzoek dat specifieke elementen uit de cognitieve gedragstherapie, zoals het trainen van sociale vaardigheden, gevoelens leren herkennen en het aanleren van probleemoplossende strategieën, een positief effect hebben op het verminderen van probleemgedrag (Sukhodolsky, e.a. 2003).

Analyse van de onderzoeksgegevens

Gezien het beperkte aantal deelnemers is er voor gekozen om van elke deelnemer een N=1 studie te maken. Deze gegevens worden gekoppeld om zo te komen tot een totaalbeeld van het effect. De vTCI wordt gescoord door de onderzoeker die de lijst heeft afgenomen. De scores worden vergeleken met de normgroep ‘bevolking mannen’. De CBCL wordt gescoord door een psychodiagnostisch medewerker van stichting ‘de Eik’ en vergeleken met de normgroep ‘12-18 jaar normaal begaafden’. De ZBL worden gescoord door beide onderzoekers. Alle meetresultaten worden verwerkt in een Excel bestand.

Verloop van het onderzoek

Het onderzoek is conform de planning verlopen. Hierbij wordt opgemerkt dat één deelnemer slechts drie van de zestien groepssessies heeft bijgewoond. Ook de metingen zijn verlopen zoals gepland. Hierbij wordt opgemerkt dat één begeleider de derde ZBL door een collega in heeft laten vullen. Van de drie geplande informatiebijeenkomsten is de tweede bijeenkomst om organisatorische redenen komen te vervallen. De informatie, die in deze bijeenkomst zou worden verstrekt, is in de derde bijeenkomst alsnog aan de deelnemers gegeven.

Onderzoeksresultaat

Totaal resultaat CBCL

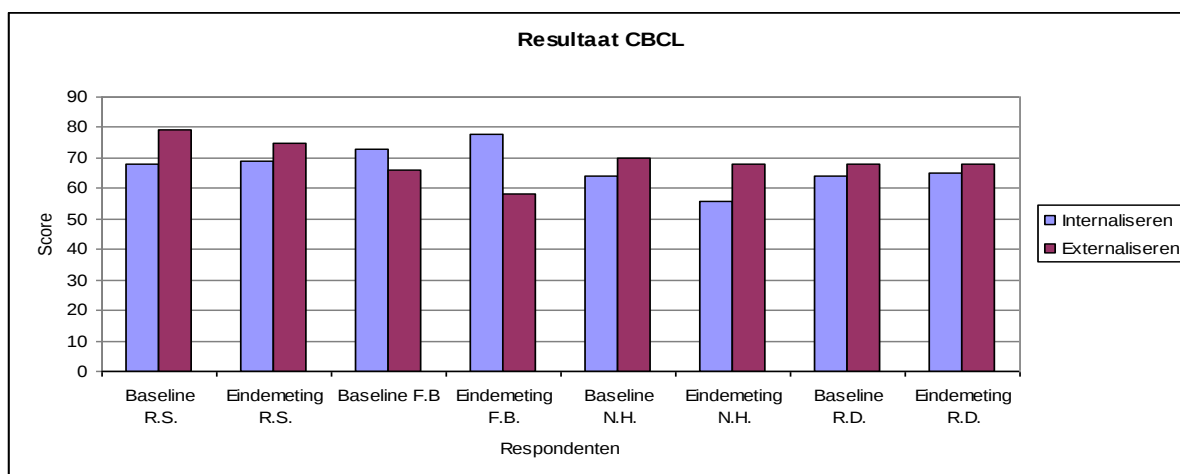


Fig. 2. Resultaat CBCL van alle deelnemers

De CBCL scores laten nauwelijks verschil zien tussen de baseline en de eindmeting (zie fig. 2). Slechts bij twee deelnemers is er op één item een voldoende groot verschil dat er gesproken kan worden van een klinische betekenis. (Voor alle uitkomsten zie bijlage 3.)

Totaal resultaat vTCI

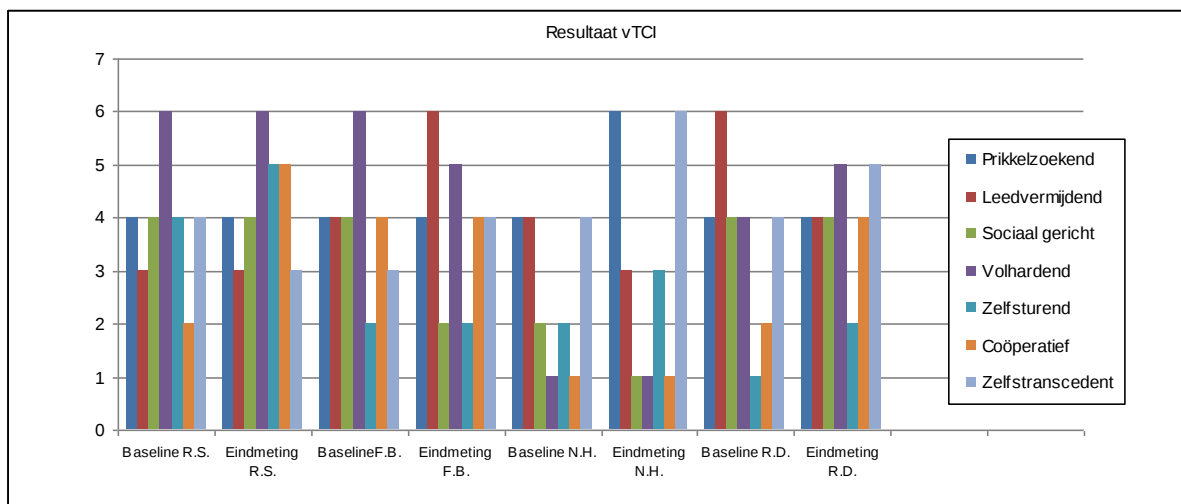


Fig. 3. Resultaat vTCI van alle deelnemers

Alleen de verschuivingen van ≥ 2 zijn van klinische betekenis. Dan blijkt dat er nauwelijks verschil in resultaat gemeten is tussen de baseline en de eindmeting (zie fig. 3). Bij twee deelnemers is er sprake van verandering op één of twee items. (Zie bijlage 4.)

Totaal resultaat ZBL

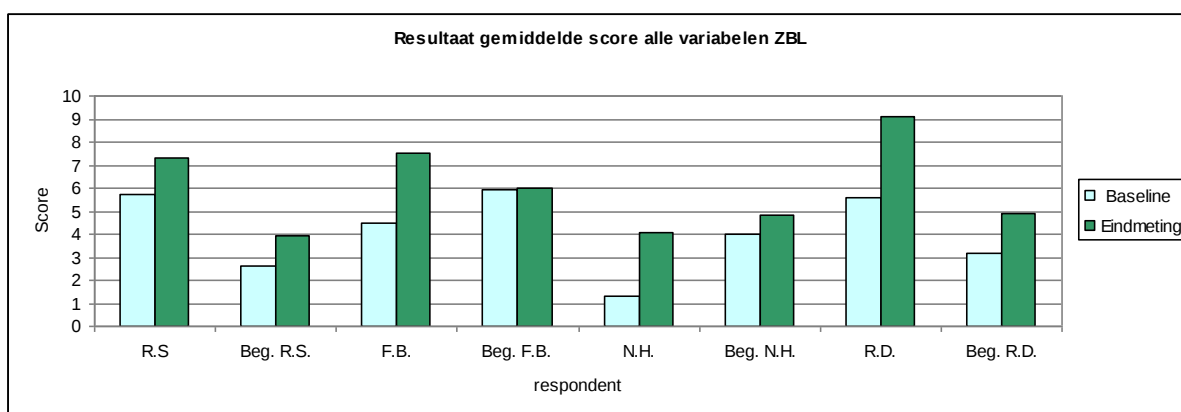


Fig. 4. Gemiddelde score Zelfbeoordelinglijst alle deelnemers en hun begeleiders

De gemiddelde scores op de ZBL laten een positieve trend zien op de gemeten variabelen bij alle vier de deelnemers (zie fig. 4). De persoonlijk begeleiders hebben de lijsten ingevuld ter controle van het zelfbeoordelingsvermogen van hun cliënten. Daarbij blijkt bij drie van de vier begeleiders een vergelijkbare trend van verbetering zichtbaar, hoewel er in waarden verschillend gescoord is. (Voor een totaal overzicht zie bijlage 5.)

Resultaten deelnemer 1

Wijze van deelname en aanwezigheid R.S.

Vanaf het begin van de ERT is de deelname van R.S. wisselend geweest. Hij heeft drie van de eerste vijf bijeenkomsten (algemene fase) gevolgd. Daarna is hij gestopt. Ondanks dat hij bij de intake duidelijk aangegeven heeft gemotiveerd te zijn, lukt het hem niet om de therapie

prioriteit te geven. Hij vindt het heel moeilijk om voor zijn problemen uit te komen en hij durft daardoor geen vrij op zijn werk te vragen. Hij wil zich daarbij ook niet laten helpen door zijn woonbegeleider. Door familieomstandigheden raakt hij in de vijfde week van de therapie nog verder ontregeld en is hij helemaal niet meer in staat om deel te nemen aan de groepstherapie. Wel is hij verder deel blijven nemen aan het onderzoek.

Resultaten CBCL

Er is nauwelijks verandering in resultaat gemeten. De resultaten zijn binnen de range ++ van klinische relevantie gebleven. Dat wil zeggen dat er nog steeds significante aanwijzingen zijn voor het bestaan van gedragsproblemen.

Resultaten vTCI

RS laat een opvallende verschuiving zien op het item coöperatief. Bij de baselinemeting scoort hij laag coöperatief (weinig behulpzaam en opportunistisch). Bij de eindmeting scoort hij boven gemiddeld (meer coöperatief, verbetering in respecteren van behoeftes van anderen). Een mogelijke verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat hij inmiddels is gaan samenwonen en dat zijn vriendin zich begrenzend opstelt bij zijn oppositioneel gedrag.

Resultaten ZBL

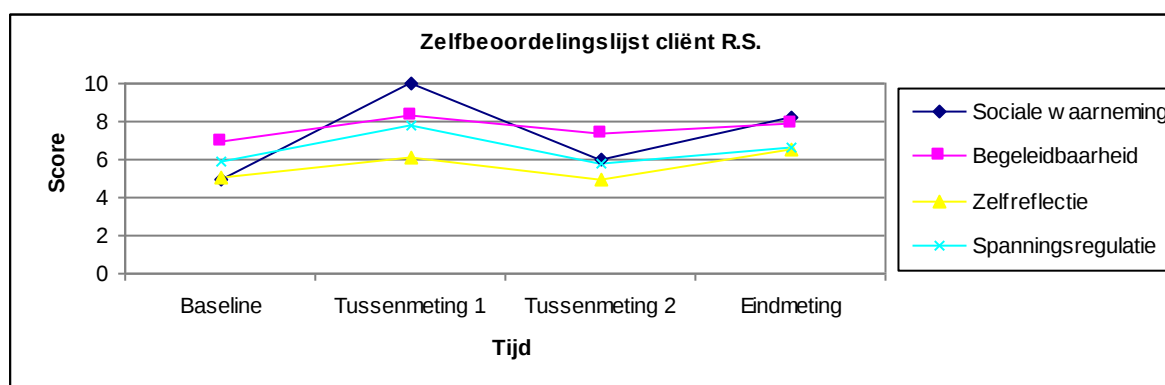


Fig. 5. Resultaten ZBL R.S.

Bij de eerste tussenmeting is er sprake van een duidelijke stijging in de grafiek. Bij deze meting heeft hij de lijst echter snel en minder secuur ingevuld ten tijde van hoge spanning door vervelende familieomstandigheden. Vervolgens is hij gestopt met deelname aan de therapie en is er een daling zichtbaar tot bijna de oorspronkelijke waarden. Daarna is er weer een stijging zichtbaar in de periode dat hij is gaan samenwonen. De curven van begeleidbaarheid en spanningsregulatie laten de minste stijging zien. Al met al is er sprake van een heel lichte positieve trend.

Resultaten behandelbeoordeling

Er heeft geen behandelbeoordeling plaats gevonden aangezien R.S. voortijdig is gestopt. Wel is er een contact geweest met de begeleider aan het eind van het onderzoek. Daarin werd geschat dat R.S. inmiddels samenwoont en nu meer openstaat voor begeleiding en therapie aangezien zijn vriendin aangeeft dat hij wat aan zijn agressie moet doen, anders beëindigt zij de relatie.

Analyse van de resultaten betreffende R.S.

Er is een lichte positieve trend waarneembaar op de items sociale waarneming, zelfreflectie, begeleidbaarheid. De minste stijging is waargenomen op het item spanningsregulatie. Wat bevestigd wordt in het verhaal van de begeleider.

Resultaten deelnemer 2

Wijze van deelname en aanwezigheid van F.B.

F.B. is trouw bij de ERT aanwezig geweest. Hij heeft twee bijeenkomsten gemist door ziekte. In het begin voelde hij zich de beste van de groep en gaf hij steeds aan het nut voor hemzelf niet te begrijpen. In de 'ik-fase' ging het wel meer over hemzelf en begon hij zijn gedrag en problemen beter te herkennen en erkennen. Zichzelf overvragen en zich heel goed willen presteren, waren steeds terugkerende items in zijn deelname.

Resultaten CBCL

Bij het item internaliseren is nauwelijks verandering in resultaat gemeten. De resultaten zijn binnen de range ++ van klinische relevantie gebleven. Dat wil zeggen dat er nog steeds significante aanwijzingen zijn voor het bestaan van internaliserende gedragsproblemen. Bij het item externaliseren is de score zover afgenomen dat er geen sprake meer is van significante aanwijzingen voor externaliserende gedragsproblemen.

Resultaten vTCI

Op het item leedvermijdend is er bij F.B. sprake van een verschuiving. Bij de baselinemeting scoorde hij gemiddeld. Bij de eindmeting scoorde hij hoog (onzeker, gespannen en ongewoon gevoelig voor straf en bestraffing). Op het item sociaal gericht is er een verschuiving waar te nemen van gemiddeld naar laag (meer afstand houden in sociale contact).

Resultaten ZBL

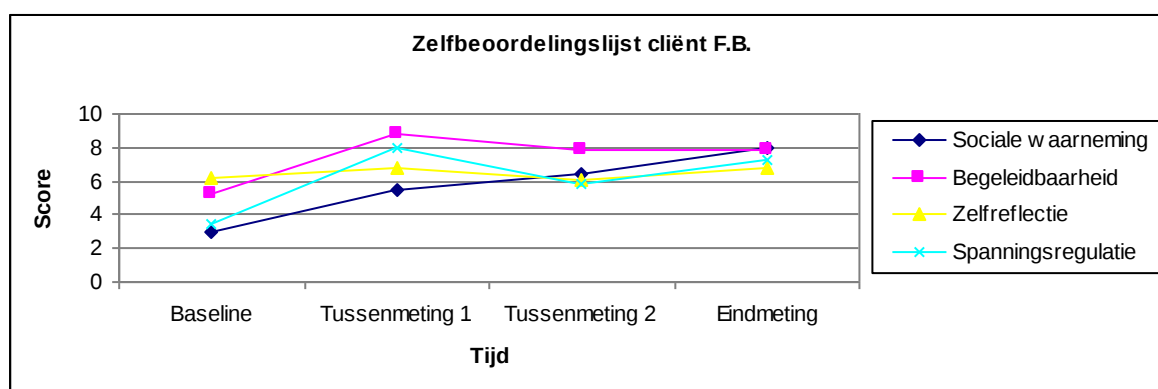


Fig. 6. Resultaten ZBL F.B.

Bij de eerste tussenmeting is sprake van een duidelijke stijging met uitzondering van de curve van zelfreflectie. Daarna volgt een lichte daling, waarbij de curve van sociale waarneming wel een lichte stijging laat zien.

In de laatste fase is weer een lichte stijging te zien. De curve van begeleidbaarheid blijft dan vrijwel gelijk. Al met al lijkt er een duidelijk positieve trend zichtbaar te zijn.

Resultaten behandel-evaluatie

Tijdens de behandel-evaluatie zijn de aanwezigen unaniem positief over het effect. Zijn vader, die hem het minst frequent ziet, merkt vooral duidelijke verbetering in hoe zijn zoon met hem kan praten over wat hem bezighoudt aan positieve en negatieve zaken. Zijn begeleidster ziet duidelijk verbetering in hoe hij met spanning in zichzelf en in de groep omgaat. Het valt haar op dat hij daarbij uit zichzelf de spanningsthermometer gebruikt. Wel ziet ze ook dat hij zich meer terugtrekt en moeilijke situaties gaat vermijden. De therapeuten hebben vooral gezien hoe hij steeds meer blijk geeft van (h)erkenning van zijn eigen spanning en onzekerheid. Daarnaast zien ze dat hij minder beïnvloedbaar is geworden door gedrag van leeftijdsgenoten.

Analyse van de resultaten van F.B.

Zowel de resultaten van de meetinstrumenten als het klinisch beeld laten een positieve trend zien. Het lijkt erop dat dit toegeschreven kan worden aan deelname aan de ERT. De aanvankelijke sterke verbetering kan mogelijk verklaard te worden door zijn neiging tot zelfoverschatting. Deze lijkt echter aan het eind van de ERT ook licht te zijn verminderd. Dit blijkt uit de toename van begeleidbaarheid, waarbij hij zich beter laat sturen om zijn toekomstplannen in kleine stappen te realiseren. Tijdens de therapie is F.B. weer begonnen aan een arbeidstrainingstraject en ook dit heeft positief resultaat. Dit zal zeker hebben bijgedragen aan de verbetering van zijn functioneren.

Resultaten deelnemer 3

Wijze van deelname en aanwezigheid van N.H.

N.H. heeft zeven van de zestien ERT bijeenkomsten gemist (de 1^e, 2^e, 7^e, 10^e, 11^e, 14^e en 16^e) en is eenmaal (15^e) veel te laat aanwezig. De eerste twee sessies heeft hij gemist omdat hij weggelopen is van zijn woongroep en ondergedoken is in een drugscene. Andere redenen voor zijn verzuim zijn dat zijn begeleiders hem regelmatig vergeten te brengen. Ook heeft hij een bedrijfsongeval gehad en moest hij voor nazorg onder de therapietijd naar het ziekenhuis. Het blijkt voor N.H. vaak moeilijk om na gemiste sessies weer coöperatief aan de therapie deel te nemen. In een van de laatste weken heeft de groepsleiding ontdekt dat hij nog steeds dagelijks harddrugs gebruikt. Zelf zegt hij dit zeker niet te hebben gedaan voorafgaande aan de therapiesessies.

Resultaten vTCI

N.H. is bij het item prikkelzoekend van gemiddeld naar hoog gegaan. Dat betekent dat hij zich meer inzet en naar beloning en verbetering op zoek is. Dit verbetert de begeleidbaarheid. Binnen de ERT sessies is dat nog niet zo duidelijk waarneembaar, maar dit blijkt tijdens de behandel-evaluatie wel het geval te zijn. Een mogelijke verklaring daarvoor is dat hij de laatste drie sessies bijna volledig heeft gemist. In de laatste weken van de therapie heeft zijn groepsleiding ontdekt dat hij regelmatig harddrugs gebruikt en hij heeft toen een laatste kans gekregen om te laten zien dat hij wel in staat is om in een open instelling te wonen. Dat lijkt hem verder in proces gezet te hebben.

N.H. is op het item zelftranscendent van gemiddeld naar hoog verschoven. Klinisch is dit niet waarneembaar, maar dit is mogelijk te verklaren doordat spirituele zaken geen onderwerp van gesprek zijn binnen de ERT. De toename van zijn drugsgebruik kan dan een mogelijke verklaring zijn voor deze verschuiving.

Resultaten ZBL

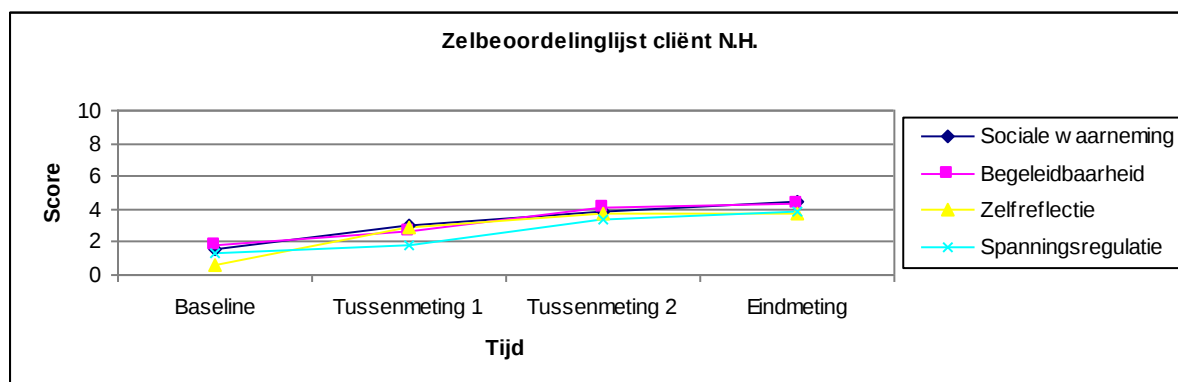


Fig. 7. Resultaten ZBL N.H.

N.H. heeft op alle items een lichte vooruitgang geboekt. De minste progressie is te zien in de laatste 5 weken, maar in deze fase is hij ook het minst aanwezig geweest bij de therapie. De grootste progressie is te zien op de zelfreflectie score. Dit lijkt overeen te komen met de uitkomst uit de vTCI. Hij lijkt de problemen en de verantwoordelijkheid voor de oplossing daarvan nu meer bij zichzelf te leggen.

Resultaten behandel-evaluatie N.H.

De ERT is geëvalueerd met N.H., zijn moeder en persoonlijk begeleider. Er is een groot verschil tussen de deelname en inbreng van N.H. aan deze bespreking ten opzichte van zijn inbreng tijdens de intake. Hij toont zich nu betrokken en hij herkent en erkent de vooruitgang, zijn problemen en de noodzaak om zich open te stellen voor behandeling. Dit wijst op verbetering van de items zelfreflectie en begeleidbaarheid. Binnen de woongroep toont hij meer respect en begrip voor het gedrag van anderen. Er is nog maar eenmaal een handgemeen geweest met een groepsgenoot. Dit wijst op verbetering van de items sociale waarneming en spanningsregulatie. N.H. geeft zelf aan dat hij vooral veel gehad heeft aan het positieve contact en de voorbeelden van F.B. en R.D. Hij geeft aan dat hij bij een vervolg van zijn behandeling graag weer in een therapiegroep wil.

Analyse van de resultaten van N.H.

Er is een positieve trend te zien op alle onderzoeksitems. De begeleidbaarheid is verbeterd en het probleemgedrag is verminderd. Gezien de beperkte deelname van N.H. aan de ERT en het feit dat hij regelmatig harddrugs heeft gebruikt in dezelfde periode, is het de vraag voor welk deel deze positieve trend te wijten is aan de ERT.

Resultaten deelnemer 4

Wijze van deelname en aanwezigheid van deelnemer R.D.

R.D. is trouw bij de ERT aanwezig geweest. Hij heeft één bijeenkomst gemist door problemen met zijn vervoer en tweemaal door ziekte.

R.D. heeft vaak moeite om aan het eind van een werkdag nog de energie op te brengen voor therapie, maar doet desondanks coöperatief mee. Zijn onzekerheid en vermijdend gedrag zijn steeds terugkerende items in de therapie.

Resultaten CBCL

Er is nauwelijks verschil zichtbaar tussen de baseline en de eindmeting. Er is nog steeds sprake van significante aanwijzingen voor internaliserende en externaliserende gedragsproblematiek.

Resultaten vTCI

R.D. is op het item leedvermijdend van hoog naar gemiddeld gegaan. Dat wil zeggen dat hij minder onzeker, angstig en gespannen is geworden. Ook is hij minder geremd in sociale omstandigheden. Dit lijkt ook bevestigd te worden doordat zijn droom om een vriendin te hebben eindelijk is uitgekomen. R.D. is op het item coöperatief van laag naar gemiddeld verschoven. Dat wil zeggen dat hij de voorkeuren en behoeftes van de ander meer begrijpt en respecteert.

Resultaten ZBL

Er is een positieve trend te zien bij alle items (zie fig. 8). De curven van de sociale waarneming en de begeleidbaarheid vertonen de meeste stijging. De stijging vindt vooral plaats tussen de baseline en de eerste tussenmeting.

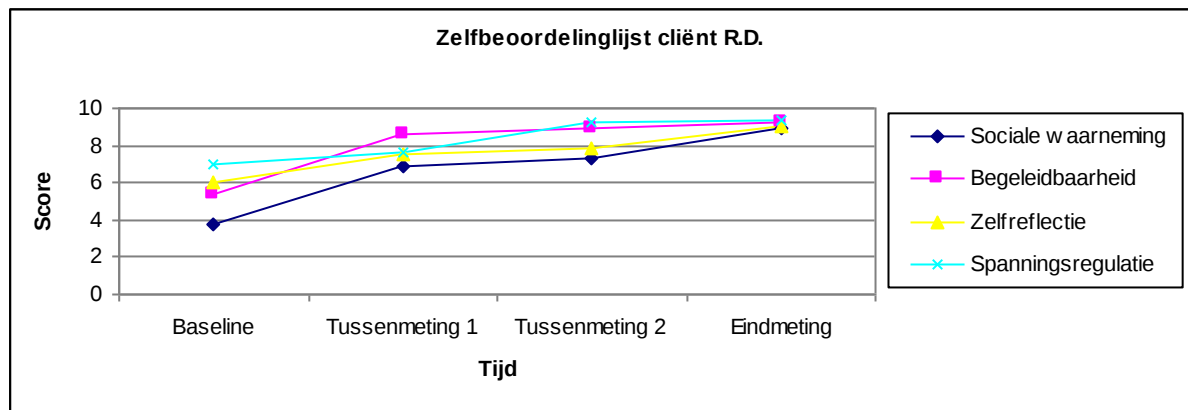


Fig.8. Resultaten ZBL R.D.

Resultaten behandel-evaluatie

De ERT is geëvalueerd met R.D., zijn ouders, zijn persoonlijk begeleider en de gedragswetenschapper. Allen zijn positief over het resultaat van de therapie en bevestigen de conclusie van R.D. dat hij veel rustiger is geworden. De persoonlijk begeleider komt daarnaast met voorbeelden over verbetering in begeleidbaarheid en dat R.D. beter in staat is om zijn impulsen uit te stellen.

Voor R.D. is de kroon op zijn werk dat hij nu eindelijk in staat is om een vriendin te hebben.

Analyse van de resultaten van R.D.

In tegenstelling tot de andere deelnemers zijn er in deze periode van zijn leven geen andere omstandigheden geweest die de positieve verandering zou kunnen verklaren. Het lijkt er op dat het een effect is van de ERT.

Opvallend in de baseline meting is zijn relatief hoge score, terwijl in het klinisch beeld zijn onzekerheid en laag zelfbeeld de meest opvallende bevindingen zijn.

Discussie

De specifieke onderzoeksvraag was: Heeft behandeling met ERT tot effect dat LVG-jongemannen met probleemgedrag beter in staat zijn tot zelfreflectie, spanningsregulatie en waarneming van sociale interactie en leidt dit tot vermindering van het probleemgedrag en verbetering van de begeleidbaarheid?

Gezien de positieve trend in de resultaten van de metingen en de beschrijvingen van het klinisch beeld, kan voorzichtig gesteld worden dat door deelname aan de ERT het probleemgedrag is afgenomen en de begeleidbaarheid van de deelnemers is verbeterd. De resultaten van de deelnemer R.S. die gestopt is met ERT maar wel deel is blijven nemen aan het onderzoek, laat een beduidend minder positieve trend zien.

Deze conclusie dient met de nodige terughoudendheid bekeken te worden, aangezien het een quasi experimenteel onderzoek betreft met slechts vier respondenten en er onder andere gebruik is gemaakt van een meetinstrument (ZBL) dat niet getoetst is op betrouwbaarheid. Uit de ZBL metingen blijkt dat op de variabelen sociale waarneming en begeleidbaarheid bij drie van de vier deelnemers een verbetering te zien is van ongeveer 50%. Op het gebied van zelfreflectie laat één deelnemer een verbetering van ongeveer 80% zien en de anderen een beduidend minder sterke groei. Op de variabele spanningsregulatie is bij twee van de vier deelnemers een verbetering te zien van ongeveer 50%. Dit beeld wordt bevestigd binnen de behandel-evaluaties door de deelnemers, het cliëntsysteem en de therapeuten. Bij de deelnemer die gestopt is met deelname aan de ERT is slechts een groei van 10% te zien. Concluderend

kan gesteld worden dat consequente deelname aan de ERT leidt tot een groter positief resultaat in de metingen ZBL.

De opzet om de betrouwbaarheid van de scores van de deelnemers te controleren door de ZBL ook in te laten vullen door hun persoonlijk begeleiders, is onvoldoende geslaagd. Uit de resultaten blijkt dat de baseline door twee begeleiders hoger is gescoord en door twee begeleiders lager.

Verder is opvallend dat bij iedere deelnemer bij de ZBL de grootste stijging te zien is in de eerste fase van de therapie. Specifiek voor deze fase is dat daarin het geven van psycho-educatie centraal heeft gestaan. Hierbij rijst de vraag of het geven van psycho-educatie voldoende zou kunnen zijn om effect op begeleidbaarheid en probleemgedrag te kunnen sorteren. Mogelijk dat er andere verklaringen gevonden kunnen worden voor dit fenomeen. Dit vraagt om nadere bestudering bij herhaling van dit onderzoek.

Uit de analyse van de CBCL en de vTCI blijkt dat er niet of nauwelijks verschil in resultaat gemeten is tussen de baseline en de eindmeting. Dit kan duiden op onvoldoende sensitiviteit van deze meetinstrumenten om veranderingen op korte termijn te meten. Daarbij is door de deelnemers aangegeven dat de vTCI een voor hen moeilijk in te vullen instrument is. Deze meetinstrumenten zijn voor dit onderzoek waardevol gebleken om het klinisch beeld goed in kaart te brengen. En kunnen zeker als diagnostisch instrument ter ondersteuning van indicatie voor de ERT gebruikt worden.

Wat de opzet van het onderzoek betreft dient vermeld te worden dat de baseline vaststelling slechts uit één meting heeft bestaan. Voor een betrouwbare conclusie over het effect van de therapie effect zou deze uit minmaal vijf metingen voorafgaande aan de ERT hebben moeten bestaan om positieve effecten door een natuurlijk verloop uit te kunnen sluiten.

Conclusie en aanbevelingen

Gezien het kleine aantal respondenten kan dit onderzoek niet meer dan een aanzet zijn voor effectmeting van de ERT.

De opzet van de groepstherapie ERT en dit onderzoek is zodanig vormgegeven dat het in de toekomst onder dezelfde condities herhaald kan worden en op zoek gegaan kan worden naar meer significante effecten. Daarbij is het aan te bevelen om de ZBL op betrouwbaarheid te toetsen en/of andere meer sensitieve meetinstrumenten te zoeken of te ontwikkelen die beter toepasbaar zijn op cliënten met een licht verstandelijke beperking. Tevens is het van belang om een meer uitgebreide baseline meting te doen.

Literatuurlijst

- Biddulph, S. (1997). *Raising boys – why boys are different – how to help them become happy and well-balanced*, Hammersmith Finch, London.
- Boer, H., Mogan, C., Curfs, L., Didden, R.(e.d.), (2006). *Verstandelijke beperking en de wet: klinische behandeling van mensen die met justitie in aanraking komen*, In perspectief (p. 211-224). Houten: Bohn, Stafleu, van Lochem.
- Didden, H.C.M., Moonen, X.M.H., (2007). *Met het oog op behandeling: effectieve behandeling van gedragsstoornissen bij mensen met een licht verstandelijke beperking*, Utrecht, landelijk kenniscentrum LVG.
- Duijsens, I.J., Spinhoven, Ph.,(2001). VTCI handleiding. *Handleiding van de Verkorte Nederlandse Temperament en Karakter Vragenlijst*. Datec: Leiderdorp.
- Hudley, C., Britsch, B., Wakefield, W.D., Smith, T., Demorat, M., Cho, S.J.,(1998). *An attribution training program to reduce aggression in elementary school students*. Psychology in the schools (pp 271-282).
- Jansen, H., Leeman, M., Verstegen, D., (2009). *Startdocument kwaliteitskader orthopedagogisch behandelcentra*, Utrecht, VOBC LVG.
- Kazdin, A.E., (1995). *Conduct Disorders in Childhood and Adolescenc*, Thousands Oaks, CA: Sage.
- Prochaska, J.O., Redding, C.A., Evers, K.E., (2002). *The transtheoretical model and stages of change*. In: Glanz, K., Rimer, B.K., Lewis, F.M., et al (red.), *Health behaviour and health education: theory, research and practice*, 3rd edition, (pp. 99-120). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Sukhodolsky, D.G., Kassinove, H., Gorman, B.S., (2003). *Cognitive-behavioural therapy for anger in children and adolescents: a meta-analysis*. Aggression and Violent Behaviour (pp 247-269).
- Uijting, M., (2009). Artikel: *Behandeling van agressieproblemen*, publicatie PMT infosite.
- Vermeulen, T., Jansen, M., Feltzer, M., (2007) *LVG - tijdschriftartikel in Onderzoek en Praktijk*, najaar 2007, jaargang 5, nr.2.
- Verhulst, F., Ende, J. van der, Koot, H., (1996). *Handleiding voor de CBCL/ 4-18 jaar*.
- Wielen, H. van der, (2006). *Een paar apart*. Spreekbeurt bij de werkconferentie 'Samenhang en Kwaliteit ondersteuning', georganiseerd door MEE Noordwest-Holland, 24 januari 2006, Hoorn.
- Ykema, F., (2002). *Het Rots en Water perspectief, een psycho-fysieke training voor jongens*. SWP, 2002-2008.

Zee, S.A.M. van der, Molen, H.T. van der, Beek, D.T. van der, (1989). *Praktijkboek Goldsteintraining*. Houten: Bohn, Stafleu, Van Loghum.

Bijlage 1

Productomschrijving Emotieregulatie-therapiegroep (ERT)

Algemene doelstelling:

De ERT richt zich op het vergroten van vaardigheden met betrekking tot zelfreflectie en spanningsregulatie en waarneming van sociale interacties, met als doel het probleemgedrag te verminderen en de begeleidbaarheid te vergroten.

Doelgroep:

- Jongemannen van 15-25 jaar
- Schoolniveau: MLK(+)
- Problematiek: Jongens die moeite hebben met het herkennen van gevoelens en hun negatieve emoties op sociaal onaanvaarde wijze uiten.

Werkwijze:

- Grondhouding is respectvol, begrenzend en ondersteunend.
- Interventies vanuit de cognitieve gedragstherapie
- Werkvormen zijn bewegings- en lichaamsgeoriënteerd.

Groep:

- Het is een psychomotorische groepstherapie.
- Groepsgrootte 4-8 cliënten.
- Het is een gesloten groep.

Therapeuten:

- De therapie wordt gegeven door 2 psychomotorische therapeuten.

Locatie:

- Gymzaal/PMT werkruimte.

Behandelprogramma:

- De therapie bestaat uit 16 groepssessies.
- De duur van een therapiesessie is anderhalf uur.
- Elke sessie kent een vast programma met een eenduidige opbouw met daarin elke keer een ander thema. Daarbij wordt gebruik gemaakt van een draaiboek waarin aan de hand van 3 verschillende fasen, de thema's zijn uitgewerkt. Per thema zijn de werkvormen beschreven en per sessie wordt er een keuze gemaakt uit de werkvormen.
- Na 16 sessies wordt de behandeling schriftelijk geëvalueerd en besproken met de cliënt en diens systeem. Er wordt advies gegeven over beëindiging of voortgang van de therapie
- Parallel aan de therapiegroep worden er, voorafgaand aan elke nieuwe therapiefase, drie informatiebijeenkomsten georganiseerd voor betrokkenen met als doel de transfer te vergroten
- Zonodig vindt er tussentijdse afstemming plaats met derden over het gedrag van de cliënt en de betekenis daarvan in zijn woon-/werk-/schoolomgeving.

Thema's:**Fase 1: Algemene fase;**

- Kennismaken met de daarbij behorende sociale vaardigheden.
- Psycho-educatie sociale waarneming.
- Psycho-educatie verschil boosheid en agressie.
- Psycho-educatie iedereen is anders.
- Psycho-educatie over basis emoties.

Fase 2: ik- fase

- Herkennen van eigen type boosheid.
- Introductie spanningsthermometer.
- Herkennen van opbouw eigen spanning.
- Herkennen van eigen lichaamssignalen bij oplopende spanning.
- Herkennen van eigen gedachten bij oplopende spanning.
- Herkennen van eigen gedrag bij oplopende spanning.

Fase 3: ik en de ander.

- Introductie methode 4 G's. (gebeurtenis, gedachte, gevoel, gedrag)
- Nee gevoel = Stop-Denk-Doen.
- Verwoorden van nee gevoel in de situatie.
- Checken van eigen waarneming bij de ander.
- Feedback geven aan de ander.
- Overleggen en samenwerken.
- Evaluatie en afscheid.

Contra indicatie:

- niet in een groep kunnen functioneren.
- onder invloed zijn van alcohol en/of drugs.

Productomschrijving informatiebijeenkomsten

Doelgroep:

- Ouders, begeleiders en/of andere betrokkenen bij de cliënt die deelneemt aan de emotieregulatietherapiegroep.

Algemene doelstelling:

De betrokkenen mee te nemen in het proces van de cliënt en hun handvaten te bieden om om te gaan met het probleemgedrag, om daarmee een optimale transfer van therapie naar andere situaties te bewerkstelligen.

Om deze algemene doelstelling te kunnen realiseren wordt aan de volgende punten gewerkt:

- Psycho-educatie over opbouw van spanning en boosheid.
- Consensus over de beeldvorming van de problematiek en de mogelijkheden van de cliënt.
- Overdracht van wat de deelnemers leren tijdens de therapie (nee gevoel = Stop, dan waarnemen, dan denken en dan pas doen).
- Overdracht over helpende attitude
- Overdracht welke strategieën er zijn om hun emoties te reguleren.
- Ruimte om eigen ervaringen in te brengen en te bespreken.

Randvoorwaarden:

- Groepsgrootte: geen beperking.
- De bijeenkomsten duren 2 uur en worden in de avond gehouden.
- De bijeenkomsten zijn verplicht voor tenminste één van de betrokkenen van de deelnemer.

Bijlage 2

Zelfbeoordelingvragenlijst (ZBL)

Handleiding

Deze zelfbeoordelinglijst bestaat uit 34 stellingen* betreffende de items:
Sociale waarneming (SW), 7 stellingen (1; 2; 3; 4; 10; 21; 33)
Begeleidbaarheid (BB), 9 stellingen (8; 18; 20; 22; 23; 25; 26; 27; 34)
Zelfreflectie (ZR), 9 stellingen (5; 7; 9; 11; 15; 19; 24; 28; 29)
Spanningsregulatie (SR), 9 stellingen (6; 12; 13; 14; 16; 17; 30; 31; 32)

De respondent zet per stelling een kruisje op een VAS schaal van 10 cm.

De onderzoeker meet de afstand van het begin van de lijn tot aan het hart van het kruisje, waarbij de meting wordt gescoord in een decimaal achter de komma.

De VAS schalen zijn zo geconstrueerd dat een verschuiving naar rechts verbetering betekent.

Bij vraag 33 en 34 is dat door een constructiefout niet het geval. Daarom worden de vragen 33 en 34 reverse berekend, bijvoorbeeld een X op 8 cm wordt als 2 cm gescoord.

Per item wordt het gemiddelde berekend door de scores op te tellen en te delen door het aantal stellingen. Dit gemiddelde wordt gebruikt bij de analyse van de resultaten.

N.B. Door het invoegen van de vragenlijst in deze bijlage zijn de VAS-lijnen verschoven.

* Gezien de doelgroep LVG is het woord ‘stelling’ in de ZBL vervangen door het woord ‘vraag’



Naam:

Invuldatum:

Deze vragenlijst wordt gebruikt voor het onderzoek naar de groepstherapie waar je aan deelneemt. De antwoorden worden anoniem verwerkt. Dat wil zeggen dat jouw naam verder niet genoemd wordt in het onderzoeksverslag.

Lees elke vraag goed. Onder elke vraag staat een lijn. Zet een kruisje op de lijn op de plaats van jouw antwoord.

Voorbeeld vraag:

Als het mooi weer is, ga ik fietsen.

Nooit _____ Altijd

Voorbeeld antwoord:

Als je een erge hekel hebt aan fietsen, zul je dat niet vaak doen. Dan zet je het kruisje op de lijn aan de kant van Nooit. Dus:

Nooit x _____ Altijd

Voorbeeld antwoord:

Je fietst erg graag, maar je hebt niet veel vrije tijd. Dan zet je het kruisje meer naar het midden. Bijvoorbeeld:

Nooit _____ x _____ Altijd

Als je een woord of een vraag echt niet begrijpt, vraag dan om uitleg.

Vraag 1. SW

Ik kan het direct merken als iemand heel gespannen is.

Helemaal niet _____ Altijd

Vraag 2. SW

Ik merk het direct wanneer iemand mijn gedrag afkeurt.

Helemaal niet _____ Altijd

Vraag 3. SW

Als ik ruzie heb gehad, kan ik precies na vertellen hoe ik heb gereageerd.

Helemaal niet _____ Altijd

Vraag 4. SW

Ik weet precies wanneer het tijd is om iemand met rust te laten.

Helemaal niet _____ Altijd

Vraag 5. ZR

Als ik boos ben, doe ik een ander pijn.

Altijd _____ Nooit

Vraag 6. SR

Als iemand mij uitscheldt, sla ik er direct op los.

Altijd _____ Nooit

Vraag 7. ZR

Ik kan een nee gevoel bij mezelf herkennen.

Helemaal niet _____ Heel goed

Vraag 8. BB

Als ik kritiek krijg, kan ik daar naar luisteren

Helemaal niet _____ Heel goed

Vraag 9. ZR

Ik merk het direct als ik boos begin te worden.

Helemaal niet _____ Heel goed.

Vraag 10. SW

Ik kan vertellen wat mijn gedrag oproept bij een ander

Helemaal niet_____ Heel goed

Vraag 11. ZR

Ik kan mijn boosheid laten zien, zonder dat het direct op ruzie uitdraait.

Helemaal niet_____ Heel goed.

Vraag 12. SR

Ik merk het direct als ik gespannen ben.

Helemaal niet_____ Heel goed

Vraag 13. SR

Ik weet wat ik kan doen om mijn boosheid te laten zakken

Helemaal niet_____ Heel goed

Vraag 14. SR

Als iemand mij treitert, kan ik deze persoon vragen daarmee op te houden.

Helemaal niet_____ Heel goed

Vraag 15. ZR

Ik kan tegen anderen zeggen wat ik denk of vind.

Helemaal niet_____ Heel goed.

Vraag 16. SR

Als ik gespannen ben, weet ik wat ik kan doen om mij minder gespannen te voelen

Helemaal niet_____ Heel goed

Vraag 17. SR

Ik kan iemand kritiek geven.

Helemaal niet _____ Heel goed

Vraag 18. BB

Ik houd mij aan regels en afspraken.

Nooit _____ Altijd

Vraag 19. ZR

Als ik verdrietig ben, laat ik dat direct aan anderen merken.

Nooit _____ Altijd

Vraag 20. BB

Als ik boos ben, kan ik blijven luisteren naar de ander.

Nooit _____ Altijd

Vraag 21. SW

Iedereen moet lachen om mijn grapjes.

Nooit _____ Altijd

Vraag 22. BB

Als ik op iemand boos ben geweest, praat ik het uit met die persoon.

Nooit _____ Altijd

Vraag 23. BB

Als ik mij niet aan de regels kan of wil houden, overleg ik dit eerst.

Nooit _____ Altijd

Vraag 24. ZR

Als ik vrolijk ben, laat ik dat direct aan anderen merken.

Nooit _____ Altijd

Vraag 25. BB

Ik houd rekening met een ander.

Nooit _____ Altijd

Vraag 26. BB

Als ik een probleem heb, vraag ik direct hulp.

Nooit _____ Altijd

Vraag 27. BB

Als ik boos ben, laat ik dat direct aan anderen merken.

Nooit _____ Altijd

Vraag 28. ZR

Ik denk eerst na, voordat ik iets doe of zeg.

Nooit _____ Altijd

Vraag 29. ZR

Als ik bang ben, laat ik dat direct aan anderen merken.

Nooit _____ Altijd

Vraag 30. SR

Als ik gespannen ben, merk ik dat direct in mijn hoofd.

Nooit _____ Altijd.

Vraag 31. SR

Als ik gespannen ben, voel ik dat direct ergens in de rest van mijn lijf.

Nooit _____ Altijd.

Vraag 32. SR

Ik kan het merken aan mijn gedrag, als ik gespannen ben.

Nooit _____ Altijd

Vraag 33. SW

Ik denk dat het met mij te maken heeft, als iemand boos kijkt.

Nooit _____ Altijd

Vraag 34. BB

Als ik kritiek krijg, loop ik weg

Nooit _____ Altijd

Dankjewel voor het invullen!

Bijlage 3

CBCL uitslagen

R.S., 19 jaar. Vergeleken met jongens tussen de 12 en 18 jaar.
Ingevuld: augustus en december 2009

	<i>Totaalscore</i>		<i>Klinisch relevantie</i>	
	Baseline	Eindmeting	Baseline	Eindmeting
Teruggetrokken	59	56	-	-
Lichamelijke klachten	50	50	-	-
Angstig/depressief	74	76	++	++
Totaal Internaliseren	68	69	++	++
Delinquent gedrag	73	72	++	++
Agressief gedrag	83	76	++	++
Totaal Externaliseren	79	75	++	++
Sociale problemen	65	72	-	++
Denkproblemen	73	72	++	++
Aandachtsproblemen	73	78	++	++
Totaalscore	78	77	++	++

R.D., 20 jaar. Er is geen normgroep passend bij Rick's leeftijd. Hij is vergeleken met jongens van 12-18 jaar.
Ingevuld: augustus en december 2009

	<i>Totaalscore</i>		<i>Klinisch relevantie</i>	
	Baseline	Eindmeting	Baseline	Eindmeting
Teruggetrokken	59	60	-	-
Lichamelijke klachten	69	50	+	-
Angstig/depressief	57	65	-	-
Totaal Internaliseren	64	65	++	++
Delinquent gedrag	70	62	++	-
Agressief gedrag	59	69	-	+
Totaal Externaliseren	68	68	++	++
Sociale problemen	72	68	++	+
Denkproblemen	70	57	++	-
Aandachtsproblemen	56	67	-	+
Totaalscore	69	68	++	++

F.B., 24 jaar. Er is geen normgroep passend bij Frank's leeftijd. Hij is vergeleken met jongens 12-18 jaar.

Ingevuld: augustus en december 2009

	<i>Totaalscore</i>		<i>Klinisch relevantie</i>	
	Baseline	Eindmeting	Baseline	Eindmeting
Teruggetrokken	69	81	+	++
Lichamelijke klachten	65	69	-	+
Angstig/depressief	74	71	++	++
Totaal Internaliseren	73	78	++	++
Delinquent gedrag	67	60	+	-
Agressief gedrag	62	57	-	-
Totaal Externaliseren	66	58	++	-
Sociale problemen	57	62	-	-
Denkproblemen	66	66	-	-
Aandachtsproblemen	62	61	-	-
Totaalscore	68	67	++	++

N.H., 18 jaar. Vergeleken met jongens 12-18 jaar.

Ingevuld: augustus en december 2009

	<i>Totaalscore</i>		<i>Klinisch relevantie</i>	
	Baseline	Eindmeting	Baseline	Eindmeting
Teruggetrokken	63	57	-	-
Lichamelijke klachten	50	50	-	-
Angstig/depressief	60	58	-	-
Totaal Internaliseren	64	56	++	-
Delinquent gedrag	77	70	++	++
Agressief gedrag	65	65	-	-
Totaal Externaliseren	70	68	++	++
Sociale problemen	63	61	-	-
Denkproblemen	66	78	-	++
Aandachtsproblemen	70	72	++	++
Totaalscore	68	69	++	++

Bijlage 4

vTCI uitslagen

vTCI R.S.	Baseline	Eindmeting
Prikkelzoekend	4	4
Leedvermijndend	3	3
Sociaal gericht	4	4
Volhardend	6	6
Zelfsturend	4	5
Coöperatief	2	5
Zelfstranscedent	4	3

vTCI F.B.	Baseline	Eindmeting
Prikkelzoekend	4	4
Leedvermijndend	4	6
Sociaal gericht	4	2
Volhardend	6	5
Zelfsturend	2	2
Coöperatief	4	4
Zelfstranscedent	3	4

vTCI N.H.	Baseline	Eindmeting
Prikkelzoekend	4	6
Leedvermijndend	4	3
Sociaal gericht	2	1
Volhardend	1	1
Zelfsturend	2	3
Coöperatief	1	1
Zelfstranscedent	4	6

vTCI R.D.	Baseline	Eindmeting
Prikkelzoekend	4	4
Leedvermijndend	6	4
Sociaal gericht	4	4
Volhardend	4	5
Zelfsturend	1	2
Coöperatief	2	4
Zelfstranscedent	4	5

Bijlage 5 ZBL uitslagen

zelfbeoordelinglijst cliënt R.S.	Baseline	Tussenmeting 1	Tussenmeting 2	Eindmeting
Sociale waarneming	4,9	10	6,0	8,2
Begeleidbaarheid	6,9	8,3	7,4	7,9
Zelfreflectie	5,1	6,1	4,9	6,5
Spanningsregulatie	5,9	7,8	5,8	6,6

zelfbeoordelinglijst begeleider R.S.	Baseline	Tussenmeting 1	Tussenmeting 2	Eindmeting
Sociale waarneming	3,2	4,5	3,3	3,8
Begeleidbaarheid	2,4	3,7	2,9	3,9
Zelfreflectie	2,8	3,0	3,7	4,1
Spanningsregulatie	2,1	3,4	3,7	3,8

zelfbeoordelinglijst cliënt F.B.	Baseline	Tussenmeting 1	Tussenmeting 2	Eindmeting
Sociale waarneming	3,0	5,5	6,4	8,0
Begeleidbaarheid	5,2	8,8	7,9	7,9
Zelfreflectie	6,2	6,8	6,1	6,8
Spanningsregulatie	3,4	8,0	5,8	7,3

zelfbeoordelinglijst begeleider F.B.	Baseline	Tussenmeting 1	Tussenmeting 2	Eindmeting
Sociale waarneming	5,6	4,7	5,3	5,3
Begeleidbaarheid	6,5	6,6	6,2	6,3
Zelfreflectie	5,8	6,6	6,1	6,6
Spanningsregulatie	5,7	6,2	6,0	6,8

zelfbeoordelinglijst N.H.	Baseline	Tussenmeting 1	Tussenmeting 2	Eindmeting
Sociale waarneming	1,6	3,0	3,9	4,4
Begeleidbaarheid	1,8	2,6	4,1	4,3
Zelfreflectie	0,6	2,9	3,7	3,7
Spanningsregulatie	1,3	1,8	3,4	3,8

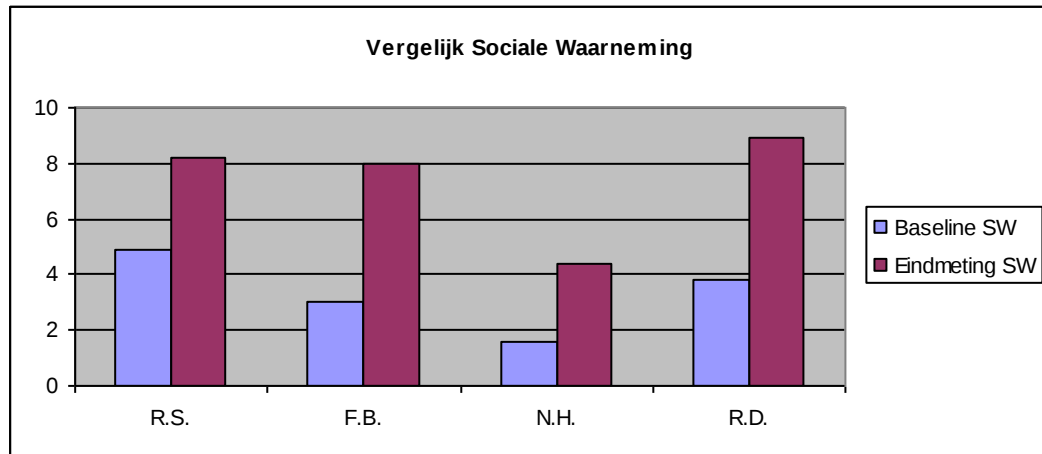
zelfbeoordelinglijst begeleider N.H.	Baseline	Tussenmeting 1	Tussenmeting 2	Eindmeting
Sociale waarneming	3,9	4,5	2,1	4,3
Begeleidbaarheid	3,9	4,0	3,3	4,4
Zelfreflectie	4,3	4,1	2,9	4,7
Spanningsregulatie	3,9	4,1	4,3	5,9

zelfbeoordelinglijst cliënt R.D.	Baseline	Tussenmeting 1	Tussenmeting 2	Eindmeting
Sociale waarneming	3,8	6,9	7,3	8,9
Begeleidbaarheid	5,4	8,6	8,9	9,2
Zelfreflectie	6,0	7,5	7,9	9,0
Spanningsregulatie	7,0	7,6	9,3	9,4

zelfbeoordelinglijst begeleider R.D.	Baseline	Tussenmeting 1	Tussenmeting 2	Eindmeting
Sociale waarneming	2,8	2,9	4,2	4,9
Begeleidbaarheid	3,0	3,9	3,7	4,9
Zelfreflectie	3,5	3,7	4,6	4,8
Spanningsregulatie	3,3	4,9	4,1	4,8

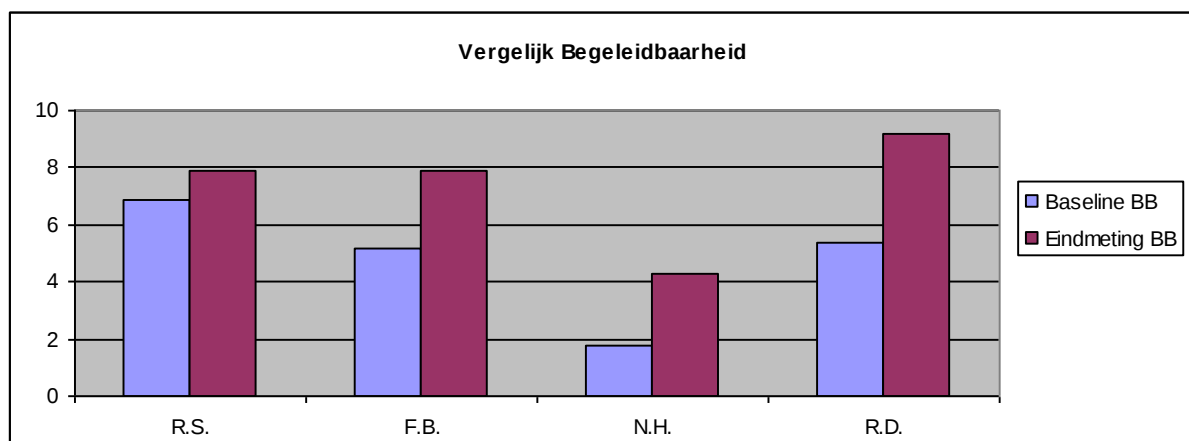
ZBL Sociale waarneming

Vergelijking Sociale waarneming	R.S.	F.B.	N.H.	R.D.
Baseline SW	4,9	3	1,6	3,8
Eindmeting SW	8,2	8	4,4	8,9



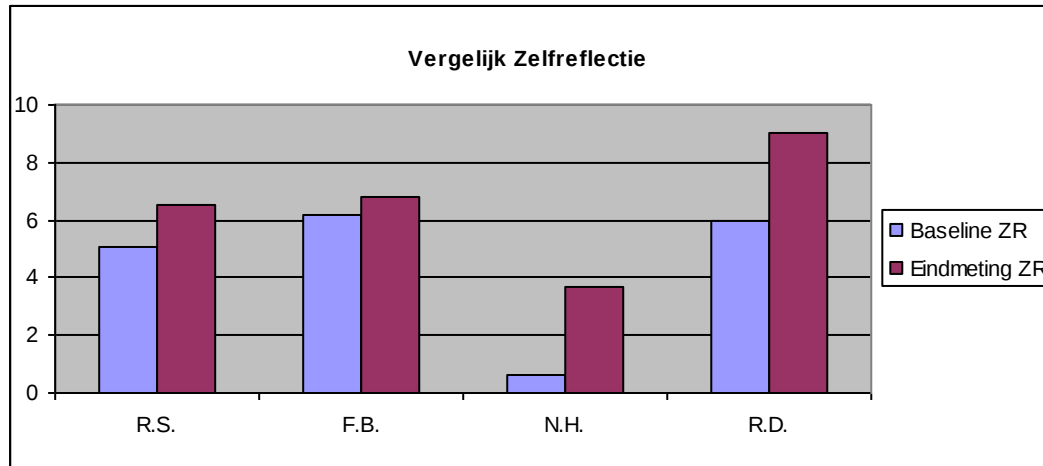
ZBL Begeleidbaarheid

Vergelijking Begeleidbaarheid	R.S.	F.B.	N.H.	R.D.
Baseline BB	6,9	5,2	1,8	5,4
Eindmeting BB	7,9	7,9	4,3	9,2



ZBL Zelfreflectie

Vergelijking Zelfreflectie	R.S.	F.B.	N.H.	R.D.	
Baseline ZR	5,1	6,2	0,6	6	
Eindmeting ZR	6,5	6,8	3,7	9	



ZBL Spanningsregulatie

Vergelijking Spanningsregulatie	R.S.	F.B.	N.H.	R.D.	
Baseline SR	5,9	3,4	1,3	7	
Eindmeting SR	6,6	7,3	3,8	9,4	

