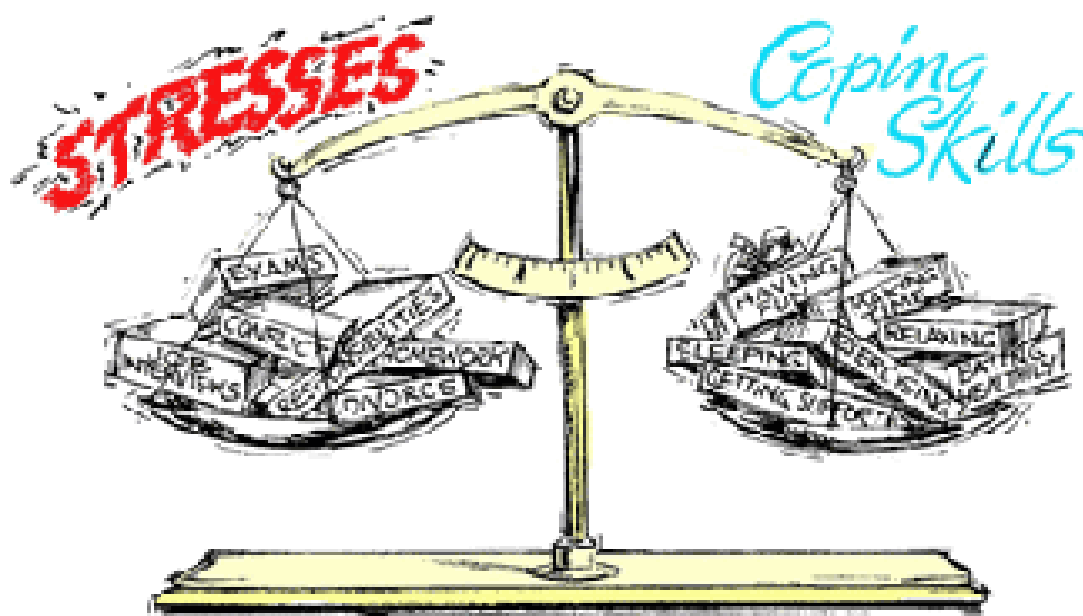


Copingstrategieën; het middel bij omgaan met spanning?

Draagt de PMT module omgaan met spanning, aangeboden binnen de forensische psychiatrie, bij aan het beter kunnen hanteren van spanning?



Auteur: Marij Doornebosch



Copingstrategieën; het middel bij omgaan met spanning?

Draagt de PMT module omgaan met spanning, aangeboden binnen de forensische psychiatrie, bij aan het beter kunnen hanteren van spanning?

Windesheim 

 GGZ Friesland
...omdat wij voor mensen zijn

Auteur:	Marij Doornebosch
Studentnr.:	s1014636
Klas:	4PB
Onderdeel:	Eindscriptie opleiding bewegingsagogie en psychomotorische therapie
Begeleidend	
docent:	E. van der Steeg
Beoordelend	
Docent:	M. van den Blink
Datum:	06-05-2010

Voorwoord

Deze scriptie heb ik geschreven in het kader van mijn afstuderen aan de opleiding bewegingsagogie en psychomotorische psychiatrie. Mijn eindstage heb ik gelopen binnen GGZ Friesland, op de afdelingen Forensische Psychiatrie te Franeker en de Ambulante Forensische Psychiatrie te Leeuwarden. Tijdens mijn stage heb ik een module ontwikkeld voor het omgaan met spanning. Toen mijn stagebegeleider, Norbert Nijland, met het idee kwam, te onderzoeken of deze module ook daadwerkelijk werkt, was ik niet direct enthousiast. Het onderzoek doen, was niet iets wat mij trok. Toen ik beseefte dat ik de module die ik zelf geschreven heb uit zou gaan voeren en ging onderzoeken wat cliënten hier uithalen, werd ik een stuk enthousiaster en begon ik aan de klus. Uiteindelijk viel het onderzoeken mij alles mee. Het literatuuronderzoek was leuk om te doen, omdat ik dingen tegen kwam die ik al wel vermoedde, maar wat nu in de literatuur bevestigd werd. Het uitvoeren van de module vond ik het leukste van mijn hele onderzoek. Ik heb echt van de momenten genoten die op woensdagmiddag plaatsvonden, waarop de module werd gegeven. Tot slot keek ik uit naar de eindmeting, wat zouden de cliënten mee hebben genomen uit de module?

Alleen had ik deze scriptie niet tot het resultaat kunnen krijgen tot wat het nu is geworden. Hiervoor wil ik een aantal mensen bedanken.

Om te beginnen wil ik de cliënten bedanken die hebben deelgenomen aan de module. Ik heb ervan genoten de module aan hen aan te bieden en zonder hen had ik niets kunnen onderzoeken.

Egbert Langstraat wil ik bedanken voor de bruikbare informatie die ik van hem heb gekregen voor dit onderzoek.

Mijn begeleidend docent, E. van der Steeg, wil ik bedanken voor de verfijnde, bruikbare feedback en de prettige manier van begeleiden.

De FPA van de GGZ Friesland, wil ik bedanken voor het mogelijk maken van het uitvoeren van mijn onderzoek op deze afdeling.

Annelies Boers (psycholoog in opleiding) en Colette Bosklopper (psycholoog) wil ik bedanken voor het uitlezen van de UCL en de SCL-90.

Tot slot wil ik mijn stagebegeleider, Norbert Nijland, bedanken voor de feedback die hij mij gaf op mijn scriptie en de feedback die ik kreeg tijdens het aanbieden van de module. Daarnaast wil ik hem bedanken voor de ruimte en het vertrouwen die hij mij gaf om de module uit te kunnen voeren.

Marij Doornebosch
06-05-2010

Samenvatting

Op de Forensisch Psychiatrische Afdeling van GGZ Friesland te Franeker, draait de module omgaan met spanning (Doornebosch & Nijland 2009). In de module worden aan de deelnemers vier copingstrategieën geleerd; actief aanpakken, sociale steun zoeken, vermijden en afwachten en afleiding zoeken. Deze copingstijlen zijn afgeleid van de Utrechtse Coping Lijst (Scheurs, Van de Willige, Bosschot, Telligen & Graus, 1993). Uit onderzoek blijkt dat goede copingsvaardigheden bij stress, de herhalingskans voor gewelddadig gedrag verminderen (Canton, Van der Veer, Van Panhuis, Verheul & Van den Brink, 2004).

Er is weinig onderzoek gedaan naar de effecten van psychomotorische therapie (PMT), wat de reden is van het onderzoeken van deze module. De hypothese in dit onderzoek is dat de module “omgaan met spanning” bijdraagt aan het vergroten van de copingstrategieën om om te gaan met spanning. Tevens is de hypothese dat de cliënten na het volgen van de module minder spanning ervaren, waardoor ze lager scoren op de HKT-30 en dus de kans op recidive bij de cliënten laag is.

Renshof (2009) beschrijft een twee fase model van stressverwerking. Dit model ziet er als volgt uit:

Fase 1 Primary appraisal: In deze fase wordt een inschatting gemaakt van de bedreiging die een situatie vormt voor de gezondheid van een persoon. De bedreiging wordt hierin bepaald door de aard en de intensiteit van de stressor.

Fase 2 Secondary appraisal: De desbetreffende persoon bepaalt in deze fase op basis van de waarnemingen uit de eerste fase en de copingstrategieën die hij bezit, hoe groot de bedreiging van de situatie voor hem is.

Wanneer de persoon denkt dat hij over voldoende copingstrategieën beschikt, om deze situatie aan te gaan, zal hij het probleem oplossen om verder te gaan.

In de module “omgaan met spanning” is gekozen voor de volgende definitie van coping; *“cognities en gedrag gekozen door een individu die volgen op een herkenning van een stressvolle gebeurtenis, tevens ontworpen om hiermee om te gaan of met de consequenties ervan”* (Van Wijck, 2008).

De vraagstelling van dit onderzoek is als volgt:

Kunnen de cliënten van de forensisch psychiatrisch afdeling van de GGZ Friesland te Franeker die deelnemen aan de PMT module “omgaan met spanning”, na het volgen van de module, spanning beter hanteren?

De onderzoeksgroep bestaat uit de drie deelnemende cliënten aan de PMT module “omgaan met spanning”, waarvan één cliënt vroegtijdig is uitgevallen. Voorafgaand (T0) aan en na afloop van de 12 weken durende module (T1), werden twee vragenlijsten afgenomen bij de deelnemende cliënten. De vragenlijsten zijn de Utrechtse Copinglijst (UCL) en de Symptom Checklist-90 (SCL-90).

Cliënt A en B ervaren na het volgen van de module, beiden minder angst en spanning. Bij cliënt A is dit niet te danken aan het vergroten van de copingstrategieën, aangezien zijn copingstrategieën gelijk zijn gebleven of zelfs gedaald zijn. Bij cliënt B kan het wel zo zijn dat de toename van copingstrategieën een rol heeft gespeeld bij het ervaren van minder angst en spanning. Dit resultaat kan verschillende hebben. Er kan op basis van de resultaten niet gezegd worden dat de module bijgedragen heeft aan het beter hanteren van spanning bij cliënt A en B.

Tot slot heeft dit explorierend onderzoek geleid tot een aantal aanbevelingen voor verder onderzoek en aanbevelingen voor verdere ontwikkeling van de module.

Inhoudsopgave

Voorwoord	03
Samenvatting	04
Hoofdstuk 1 Inleiding	06
1.1 Aanleiding en relevantie van het onderzoek	06
1.2 Doel/globale probleemstelling van het onderzoek	07
1.3 Bespreking relevante literatuur	07
1.3.1 Spanning en stress	07
1.3.2 Coping	08
1.3.3 Effectiviteit van coping bij het omgaan met spanning	09
1.4 Specifieke vraagstelling van het onderzoek en hypothesen	09
1.4.1 Vraagstelling	09
1.4.2 Deelvragen	10
Hoofdstuk 2 Methoden	11
2.1 Omschrijving van de onderzoeksgroep	11
2.1.1 Patiënt A	11
2.1.2 Patiënt B	12
2.1.3 Patiënt C	14
2.2 Omschrijving interventie	15
2.2.1 De module	15
2.2.2 Indicaties	15
2.2.3 Contra-indicaties	15
2.2.4 De behandeling	15
2.2.5 Referentiekader	15
2.3 Onderzoeksmethode	16
2.2.1 De UCL	16
2.2.2 De SCL-90	16
Hoofdstuk 3 Resultaten	18
3.1 Resultaten UCL	18
3.2 Resultaten SCL-90	19
Hoofdstuk 4 Discussie en Conclusie(s)	21
4.1 Beantwoording vraagstelling & discussie	21
4.1.1 Beantwoording deelvraag 1	21
4.1.2 Beantwoording deelvraag 2	21
4.1.3 Conclusie	
4.2 Bespreking sterke en zwakke punten van het onderzoek	23
4.3 Aanbevelingen voor verder onderzoek	24
4.4 Aanbevelingen voor de module	24
Literatuurlijst	25

Hoofdstuk 1 Inleiding

1.1 Aanleiding en relevantie van het onderzoek

In de forensische psychiatrie zijn veel cliënten die moeilijk met spanning om kunnen gaan, waardoor ze in de problemen zijn geraakt en in het verleden in aanraking zijn gekomen met justitie (Tervoort, 2009). In de behandeling komt het aanleren van verschillende copingstrategieën aan de orde zodat cliënten leren om op een goede manier met spanning om te gaan (Tervoort, 2009). Op de Forensisch Psychiatrische Afdeling (FPA) van GGZ Friesland te Franeker, was behoefte aan een PMT module voor het leren omgaan met spanning, deze is onlangs ontwikkeld. Voorafgaand aan de module zullen de deelnemers uiteenlopende manieren voor zichzelf ontwikkeld hebben om om te gaan met spanningen. Vaak zijn dit ineffectieve vormen van coping. Bij iemand die weinig probleemoplossend vermogen ofwel copingsvaardigheden bezit, kan dit lijden tot agressief gedrag of afhankelijkheid van middelen (Oppedijk, 2004). Daarnaast leidt teveel stress tot een psychose bij cliënten met schizofrenie (Emck, 1998), wat kan leiden tot een delict. In de module worden aan de deelnemers vier copingstrategieën geleerd;

- actief aanpakken,
- sociale steun zoeken,
- vermijden en afwachten en
- afleiding zoeken.

Deze copingstijlen zijn afgeleid van de Utrechtse Coping Lijst (Scheurs, Van de Willige, Bosschot, Telligen & Graus, 1993). Deze lijst beschrijft zeven schalen; actief aanpakken, palliatieve reactie, vermijden, sociale steun zoeken, passief reactiepatroon, expressie van emoties en geruststellende gedachten. Op basis van verschillende onderzoeken, kan coping worden onderverdeeld in vier dimensies van coping (Renshof, 2009). Op basis van deze vier dimensies, zijn de vier copingstrategieën gekozen die worden behandeld in de module.

Het *actief aanpakken* betekent dat de patiënt leert het probleem rustig van alle kanten te bekijken en alles op een rijtje te zetten en vervolgens doelbewust probeert het probleem op te lossen.

Bij *sociale steun zoeken* leert de patiënt het probleem te delen met anderen door steun, begrip en hulp te zoeken bij anderen, om vervolgens gezamenlijk het probleem op te lossen.

De derde coping strategie die aangeboden wordt, *vermijden en afwachten*, is niet gericht op het oplossen van het probleem, maar het vermijden ervan. Het probleem wordt niet aangepakt en er wordt ervaren wat er gebeurt wanneer een probleem niet opgelost wordt.

Bij de laatste coping strategie, *afleiding zoeken*, wordt met de patiënt gezocht naar manieren om afleiding te vinden om ervoor te zorgen dat de patiënt niet gaat piekeren en volledig in beslag genomen wordt door het probleem.

Uit onderzoek blijkt dat goede copingsvaardigheden bij stress, de herhalingskans voor gewelddadig gedrag verminderen (Canton, Van der Veer, Van Panhuis, Verheul, Van den Brink 2004). Stress en coping zijn dan ook items van de HKT-30, een risicotaxatieinstrument. Brand & Diks (2001) beschrijven in hun onderzoek dat copingsvaardigheden dienen als beschermingsfactor om delictrecidive te voorkomen. Dit is de reden dat het idee is ontstaan voor deze doelgroep een module te ontwikkelen, voor het aanleren van copingstrategieën bij stress.

De uitvoerder van deze module is de psychomotorische therapeut. Er is weinig onderzoek gedaan naar de effecten van psychomotorische therapie (PMT) en er is behoefte aan onderzoek. De hypothese in dit onderzoek is dat de module “omgaan met spanning” bijdraagt aan het vergroten van de copingstrategieën om om te gaan met spanning. Een tweede hypothese is dat de cliënten na het volgen van de module minder spanning ervaren, waardoor ze lager scoren op de HKT-30 en dus de risicotaxatie van de cliënten laag is.

1.2 Doel/globale probleemstelling van het onderzoek

Het huidige onderzoek is explorerend van aard, met als doel een eerste aanzet tot effectonderzoek naar de module “omgaan met spanning” (Doornebosch & Nijland 2010). Het doel van het onderzoek is PMT op de kaart te zetten bij behandelteams, door ze aan het denken te zetten over het onderwerp. In dit onderzoek gaat het dan vooral om het behandelteam en het management van de Forensisch Psychiatrische Afdeling van de GGZ Friesland te Franeker. Daarnaast kan de module, wanneer blijkt dat deze module veelbelovend is en lijkt bij te dragen aan het vergroten van de copingstrategieën en het beter leren hanteren van spanning bij cliënten, bruikbaar zijn voor collegae psychomotorisch therapeuten in vergelijkbare contexten. Dit onderzoek zal wellicht aanzet geven tot verder onderzoek.

1.3 Bespreking relevante literatuur

1.3.1 Spanning en stress

Lovaglio (1997) beschrijft stress als een gevoel van onontkoombare hulpeloosheid in een situatie waarin het welzijn in gevaar is. Hetgeen de stress veroorzaakt wordt hierbij de stressor genoemd. De stressor vormt dan een bedreiging voor de gezondheid van het lichaam.

Een stressvolle situatie of stimulans leidt tot psychofysiologische reacties en een verstoring van het biofysiologisch evenwicht/ homeostase van het lichaam. (Renshof, 2009; Scheurs et al 1993 & Wendelaar Bonga 2008). Je lichaam komt in een staat van ‘hyperarousel’. Doordat het sympathische deel van het autonome zenuwstelsel wordt geactiveerd, het bijniermerg aanzet tot de snelle afgifte van adrenaline en de afgifte van cortisol, worden de hartslag en de bloeddruk verhoogd, krijg je een snellere ademhaling, hogere spierspanning en leidt dit tot inhibitie van de spijsvertering en endocriene output. Op deze manier wordt je lichaam voorbereidt op een ‘fight or flight’ (vechten of vluchten) reactie en komen lichaam en geest op scherp te staan. Cortisol zorgt hierin voor de angstreactie. We kennen ook nog de ‘freeze’(bevrozen) reactie. Dit gebeurt wanneer het parasympathische zenuwstelsel wordt geactiveerd (Renshof, 2009; Wendelaar Bonga, 2008). Op basis van deze definitie kan aan cliënten uitgelegd worden waar de lichaamssignalen behorende bij stress vandaan komen.

Scheurs et al. (1993) beschrijven twee processen die worden doorlopen bij stressvolle situaties; appraisal en coping. Hierbij wordt appraisal beschreven als het cognitieve proces op grond waarvan een situatie wordt geïnterpreteerd en geëvalueerd. Voor de één levert een bepaalde situatie geen stress op wat voor de ander juist enorm veel stress op kan leveren. De situatie wordt beoordeeld als bedreigend, schadelijk of als een uitdaging. Hoe de persoon de situatie ziet hangt volgens Wientjes (1996) van de volgende factoren af;

- het repertoire van cognitieve en gedragsmatige vaardigheden dat het individu ter beschikking heeft om interne stressreacties te reguleren en externe stressoren het hoofd te bieden;
- persoonlijkheidskenmerken, met name een voorkeur voor het aangaan van uitdagingen en voor actieve, probleemgerichte copingstrategieën en het vertrouwen in de eigen mogelijkheden om de stressoren het hoofd te bieden;
- temperament kenmerken;
- psychobiologische kenmerken.

Renshof (2009) beschrijft een twee fase model van stressverwerking. Dit model ziet er als volgt uit:

Fase 1 Primary appraisal: In deze fase wordt een inschatting gemaakt van de bedreiging die een situatie vormt voor de gezondheid van een persoon. De bedreiging wordt hierin bepaald door de aard en de intensiteit van de stressor.

Fase 2 Secondary appraisal: De desbetreffende persoon bepaalt in deze fase op basis van de waarnemingen uit de eerste fase en de copingstrategieën die hij bezit, hoe groot de bedreiging van de situatie voor hem is.

Wanneer de persoon denkt dat hij over voldoende copingstrategieën beschikt, om deze situatie aan te gaan, zal hij het probleem oplossen om verder te gaan. Op deze manier wordt het lichamelijk evenwicht in deze stresssituatie hersteld. De draagkracht is voldoende om de draaglast aan te kunnen.

Op het moment dat de persoon inschat dat hij onvoldoende copingstrategieën bezit om de situatie aan te gaan, wordt het lichamelijk evenwicht niet hersteld en ervaart men stress (Renshof, 2009). In deze situatie is de draagkracht niet groot genoeg om de draaglast aan te kunnen.

1.3.2 Coping

In de module “omgaan met spanning” is gekozen voor de volgende definitie van coping; *“cognities en gedrag gekozen door een individu die volgen op een herkenning van een stressvolle gebeurtenis, tevens ontworpen om hiermee om te gaan of met de consequenties ervan”* (Van Wijck, 2008).

Er bestaan legio aan definities van coping. Uiteindelijk hebben deze definities veel overeenkomsten.

Over het algemeen laten alle definities van coping de volgende belangrijke elementen van dit proces zien; een gebeurtenis die impact heeft op een individu, een waardering van de gebeurtenis voor zichzelf; bedreigend of niet? en de manifestatie van cognitieve en optredende reacties om de bedreiging te verminderen of te verwijderen (Renshof, 2009; Schreurs et al., 1993; Wijck, 2008).

Copingstrategieën kunnen onder dezelfde omstandigheden per persoon sterk verschillen. Sommige mensen die gaan snel tot actie over (vechten of vluchten). Dit heeft onder andere te maken met een hoog adrenalinegehalte en een laag cortisolniveau in het bloed bij acute stress. Wanneer er ook nog testosteron in het bloed zit is de reactie nog heviger. In de literatuur wordt dit het A-type genoemd, ook wel korte lontjes (Wendelaar Bonga, 2008).

Het B-type reageert op diezelfde situatie met de “freeze” reactie. Deze groep heeft een minder adrenaline in het bloed, maar een hogere cortisolspiegel. Tussen het A- en B type zitten ook nog vele andere types met een mix tussen deze twee reacties.

In de literatuur worden twee verschillende manieren van coping onderscheiden; probleemgerichte coping en emotiegerichte coping (Renshof, 2009; Schreurs et al., 1993). Wanneer de oorzaak van de stress direct wordt aangepakt noemen we dit probleemgerichte coping. De oorzaak van het probleem wordt weggenomen, waardoor het effect op langere termijn grote is dan bij emotiegerichte coping. Emotiegerichte coping kost op kortere termijn minder energie, op langer termijn is het minder effectief omdat bij elke kleine verandering van de stresssituatie opnieuw moet worden gekeken hoe je hiermee omgaat (Renshof, 2009).

Op basis van verschillende onderzoeken, kan coping worden onderverdeeld in vier dimensies van coping. Dit zijn tevens de vier copingstrategieën die behandeld worden in de module “omgaan met spanning”; actieve coping, vermijdende coping, afleidende coping en hulp zoeken. De gekozen copingstrategie is van invloed op het psychisch welzijn van mensen met een psychiatrische stoornis. Daarom is het van belang verschillende copingstrategieën te onderscheiden. De gekozen copingstrategie wordt ook bepaald door de specifieke situatie en eerdere ervaringen (Renshof, 2009).

1.3.3 Effectiviteit van copingstrategieën bij het omgaan met spanning

Zoals we in bovenstaande paragraaf hebben gelezen, is een stressor pas een stressfactor als deze ook daadwerkelijk zo door het individu wordt opgevat. Dit hing onder andere af van de copingstrategieën die de persoon tot beschikking heeft om met de situatie om te gaan. Coping kan het effect van stress minimaliseren en de negatieve effecten kunnen worden verzacht. Een gebrek aan voldoende copingstrategieën kan leiden tot onder andere vermindering van de gezondheid en ontevredenheid (Van Wijck; 2008).

Effectief copinggedrag betekent dat een individu door een bepaalde copingstrategie gezondheidsklachten voorkomt (Schreurs et al., 1993). Je kunt niet zeggen dat de ene copingstrategie effectiever is dan de andere. Dit hangt van de gebeurtenis af. Het hangt af van de duur, frequentie, intensiteit, voorspelbaarheid en controleerbaarheid van situatie. Een copingstrategie kan in de ene situatie erg effectief zijn waarin hij in een andere situatie niet effectief is. Ook tijdsperspectief speelt mee in de effectiviteit van coping, wat te maken heeft met de effecten op korte en lange termijn. De copingstrategie vermijden en afwachten kan bijvoorbeeld op korte termijn veel effect hebben omdat op dat moment de fysiologische en emotionele spanning wordt gereduceerd. Het probleem blijft aanwezig, wat opnieuw kan zorgen voor stress (Schreurs et al., 1993).

Frequente blootstelling aan stress leidt op den duur tot het beter om kunnen gaan met stress (Wientjes 1996). Dit spontane proces is volgens de literatuur te versnellen en te beïnvloeden. Uit een onderzoek naar de effecten van Psychomotorische Therapie (PMT) bij behandeling van agressief gedrag door Langstraat (2010), blijkt dat PMT een bijdrage kan leveren aan de vergroting van het probleemoplossend vermogen van de cliënt. Één van de doelen van de bijeenkomsten PMT binnen dit het onderzoek van Langstraat was het uitbreiden van copingsvaardigheden om de cliënten meer handvatten te bieden in probleem- en stressvolle situaties. PMT zorgt in het onderzoek voor een afname op een passief reactiepatroon. Copingstrategieën als; actief aanpakken, sociale steun zoeken en emotionele expressie werden positief ontwikkeld. Dit wil zeggen dat cliënten na het volgen van de PMT bijeenkomsten iets doen om spanning te laten zakken, in plaats van het passief omgaan met deze spanning. Ook laat het onderzoek een afname van de palliatieve reactie en het vermijden zien, wat kan duiden op een aanwijzing voor een toename in proactief en meer adequaat oplossen van problemen.

1.4 Specifieke vraagstelling van het onderzoek en hypothesen

1.4.1 Vraagstelling

De vraagstelling van dit onderzoek is als volgt:

Kunnen de cliënten van de forensisch psychiatrisch afdeling van de GGZ Friesland te Franeker die deelnemen aan de PMT module “omgaan met spanning”, na het volgen van de module, spanning beter hanteren?

Het beter hanteren van spanning betekent in dit geval dat de deelnemers meer copingstrategieën aanleren om om te gaan met spanning. Volgens de literatuur betekent dit dat ze door het bezitten van meerdere copingstrategieën, situaties minder snel als stressvol zullen beoordelen (Schreurs et al 1993, Renshof, 2009) en dus stress beter kunnen hanteren.

1.4.2 Deelvragen

Om tot een antwoord te komen op de vraagstelling, zijn de volgende deelvragen geformuleerd:

Deelvraag 1:

De PMT module “omgaan met spanning” beoogt cliënten verschillende copingstrategieën¹ aan te leren om met spanning om te gaan. Is dit ook gerealiseerd bij de deelnemende cliënten?

¹ copingstrategieën zijn manieren om om te gaan met spanning. In dit geval gaat het dan om de gebruikte copingstrategieën in de module; vermijden en afwachten, actief aanpakken, sociale steun zoeken en afleiding zoeken.

Deelvraag 2:

Dragen de geleerde copingstrategieën, bij de deelnemende cliënten aan de module “omgaan met spanning”, bij aan het beter hanteren van spanning, zodat de risicotaxatie laag is en de kans op delictrecidive wordt verkleind?

Hoofdstuk 2 Methoden

2.1 Omschrijving van de onderzoeksgroep

De onderzoekspopulatie bestaat uit de drie deelnemende cliënten aan de PMT module “omgaan met spanning”. De deelnemers van de module verblijven klinisch op de Forensische Psychiatische Afdeling(FPA) binnen GGZ Friesland, gevestigd in Franeker. De FPA Franeker richt zich op mensen met een psychiatrische stoornis die met justitie in aanraking zijn gekomen en veroordeeld zijn tot behandeling om delictgedrag te voorkomen.

2.1.1 Cliënt A

Geboortejaar:

1983

Juridische status:

Rechtelijke machtiging

Aanmeldreden en hulpvraag:

Cliënt is vanuit GGZ Heerenveen /Sneek naar de FPA overgekomen, omdat hij i.v.m. herhaaldelijk grensoverschrijdend gedrag, daar niet te handhaven was. Cliënt liep veelvuldig weg, meestal naar zijn ouderlijk huis. Cliënt is bekend met gewelddadigheden waarvoor zijn ouders in het verleden vele meldingen bij de politie hebben gedaan. Deze hebben uiteindelijk geleid aangifte. De ouders hebben de aanklacht tijdens de rechtszitting gebagatelliseerd, waarop patiënt vrijgesproken is. De vraag van de verwijzer betrof nadere diagnostiek en behandelbeleid en is inmiddels gespecificeerd tot het samen met de patiënt toewerken naar een specifieke woon/leefsetting voor mensen met een aan autisme verwante contactstoornis. Doel daarbij is dat cliënt meer zelfstandigheid ten opzichte van zijn ouderlijk huis ontwikkelt en hij zijn gedrag meer in de hand leert houden zodat hij niet weer tot gewelddadigheden vervalt. Cliënt heeft recentelijk een strafzaak gehad i.v.m. gewelddadig gedrag, waarbij hij is veroordeeld tot een voorwaardelijk strafdeel binnen een Verplicht Reclasserings Contact. Patiënt is hierop in Hoger Beroep gegaan, welke zaak diende in maart 2010. Hij is veroordeeld tot een jaar voortgezet verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis.

Cliënt wil zich graag rustig voelen. Daarnaast wil hij controle over zijn gedrag en emoties krijgen. Tot slot wil hij een relatie met zijn ouders en broers opbouwen en onderhouden. Cliënt ziet een BW of IBW-situatie, als mogelijke tussenstap op weg naar zelfstandig wonen. Zijn voorkeur gaat hierbij uit naar Kwintes in Lelystad.

Diagnose met DSM IV classificatie

Cliënt is 25-jaar en heeft een licht benedengemiddelde intelligent. Hij is bekend met autismespectrumproblematiek, impulscontroleproblematiek en met geweldsincidenten waarvoor inmiddels een strafrechtelijk traject loopt. Daarnaast is hij bekend met misbruik van middelen m.n. cannabis, alcohol.

In het verleden is er sprake geweest van middelenaafhankelijkheid, depressiviteit en mogelijk drugsgeïnduceerde (rand)psychotische verschijnselen. Deze (rand)psychotische verschijnselen zijn gedurende zijn gehele verblijf binnen de FPA niet waargenomen.

DSM-IV classificatie:

As	Code	Waarde
1	299.00	Autistische stoornis
2	799.90	Diagnose op as 2 uitgesteld
3		geen relevante diagnose op as III
4	10	Problemen binnen de primaire steungroep
4	40	Werkproblemen
4	80	Problemen met justitie/ politie of met de misdaad
5	GAF begin	55

Algemene behandeldoelen:

- Stabiliseren en structureren van gedrag en leren voorkomen van geweldsincidenten naar zichzelf, en zijn omgeving.
- Consolideren farmacotherapie.
- Abstinentie van cannabis en alcohol is grotendeels gelukt; nu investeren in voorkomen van terugval.
Controle leren krijgen op impulsregulatie problematiek.
- Aanleren van adequate, sociaal acceptabele copingvaardigheden; inclusief trainen van sociale vaardigheden.
- Verbetering relaties in het primaire systeem zodra de tijd daar rijp voor is.
- Vinden van een gepaste woonvorm, werkactiviteiten, vrijetijdsbesteding en budgettering en dit alles met adequate begeleiding vanuit de forensische psychiatrie. Aanmelding Kwintes Lelystad is gerealiseerd, cliënt heeft daar reeds een intakegesprek gehad. Cliënt voldoet nog niet aan de noodzakelijke voorwaarden om de overgang naar Lelystad op korte termijn te kunnen bewerkstelligen.

Behandeldoel PMT:

Patiënt wil leren omgaan met spanning in contact met andere mensen en in situaties die onduidelijk voor hem zijn, om te voorkomen dat hij zo angstig wordt dat hij gewelddadig gedrag vertoont.

Patiënt wil graag naar Kwintes in Lelystad, waar ze geen separeer hebben, dus voor de tijd wil hij leren adequaat met spanningen om te gaan, zodat de separeer niet meer nodig is.

2.1.2 Cliënt B

Geboortejaar:

1968

Juridische status:

Schorsing met voorwaarden

Aanmeldreden en hulpvraag:

In eerste instantie is cliënt op 25 augustus 2009 vanuit PI de Grittenborgh op de FPA te Franeker geplaatst voor de duur van 12 weken i.v.m. een observatieperiode (om te komen tot o.a. een evt. behandeladvies en ter nadere diagnostiek); cliënt werd in eerste instantie onder meer bedreiging met de dood gericht tegen 2 buurtgenoten, mishandeling van zijn echtgenote, vernieling en gevaarlijk rijgedrag ten laste gelegd.

Na afloop van deze observatieperiode is cliënt begin december met ontslag gegaan en naar de BW Bedum verhuisd. De dag na zijn ontslag blijkt cliënt vanuit zijn kamer in de BW Bedum de politie te hebben gebeld en hen vervolgens te hebben opgewacht. Cliënt heeft toen een dienstdoend agent met een elektrische gitaar op het hoofd geslagen. Vervolgens is hij aangehouden en in de PI de Grittenborgh te Hoogeveen geplaatst alwaar hij 2 weken in detentie heeft gezeten.

Clïënt is op 17 december 2009 vanuit PI Grittenborgh met een artikel 80 (schorsing voorlopige hechtenis) hernieuwd op de FPA te Franeker opgenomen; cliënt wordt poging tot doodslag/moord ten laste gelegd i.v.m. de mishandeling van 2 politie agenten.

Een strafrechtelijke vervolging is reeds opgestart. Clïënt is op de FPA ter crisisinterventie (her)opgenomen; doel is om cliënten eerste instantie te stabiliseren. Het vervolgtraject (al dan niet binnen de FPA) zal primair afhankelijk zijn van zijn rechtszaak en de uitspraak daarvan. Uitspraak hiervan is een voorwaardelijke straf van één jaar met verplicht reclasseringscontact.

Diagnose met DSM IV classificatie

Clïënt is een nu 41-jarige man, bekend met roesmiddelen afhankelijkheid (cannabis en opiaten), in remissie. Daarnaast is er sprake van zwakbegaafdheid.

Sinds het wegvallen van structuur in 2008 (scheiding en verlies baan) is cliënt in een neerwaartse spiraal terechtgekomen waarbij hij bekend is met fors acting-out gedrag (vele mutaties bij politie i.v.m. burenruzies en conflicten thuis); tevens is er sprake van een aanpassingstoornis (gemengd met stoornissen in stemming en gedrag). In de persoonlijkheid vallen zowel borderline als antisociale persoonlijkheidskenmerken op.

DSM-IV classificatie:

As	Code	Waarde
1	304.00	Afhankelijkheid van opioïde
1	304.30	Cannabisafhankelijkheid
1	309.3	Aanpassingsstoornis: Met een stoornis in het gedrag
2	V62.89	Zwakbegaafdheid/ zwakzinnigheid *(hoofddiagnose)
3		geen relevante diagnose op as III
4	10	Problemen binnen de primaire steungroep
4	20	Problemen verbonden aan de sociale omgeving
4	40	Werkproblemen
4	50	Woonproblemen
4	60	Financiële problemen
4	80	Problemen met justitie/ politie of met de misdaad
4	90	Andere psychosociale en omgevingsproblemen
5	GAF begin	45

Algemene behandeldoelen:

- Het optimaliseren van fysieke en mentale conditie
- Het in kaart brengen van financiële problemen en vervolgens het regelen van deskundige coaching (eventueel bewindvoering).
- Het vergroten van weerbaarheid rondom drugsabstinentie.
- Het in reële proporties brengen van huidige problemen en leren hiermee omgaan zonder te vervallen tot expansief en destructief gedrag/ handelingen naar patiënt zelf en zijn omgeving.
- Zelfzorg en zelfredzaamheid en zelfvertrouwen herstellen.
- Ziekte besef en inzicht vergroten.
- Toekomst mogelijkheden t.a.v. wonen, werk, sociaal netwerk en sociale activiteiten aanleren in overleg met verwijzers en mede afhankelijk van beslissing Rechtbank te Groningen.

Behandeldoel PMT:

Patiënt wil binnen de module “omgaan met spanning”, werken aan de volgende doelstellingen;

- *Het leren herkennen van lichaamssignalen*
- *Het leren herkennen van lichaamssignalen behorende bij de verschillende spanningsniveaus,*
- *Het leren omgaan met spanning; d.m.v. de vier copingstrategieën; vermijden en afwachten, actief aanpakken, sociale steun zoeken en afleiding zoeken.*

2.1.3 Cliënt C

Geboortejaar:

1967

Juridische status:

Vrijwillig

Aanmeldreden en hulpvraag

In eerste instantie is cliënt in het kader van een detentiefasering (VI-datum 29/12/2009) opgenomen op de FPA te Franeker om aandacht te besteden aan zijn medicatieafhankelijkheid, aan een regelmatig dag-en nachtritme, een goed gevulde dagstructuur met arbeid en zinvolle vrijetijdsbesteding. Uiteindelijk zal samen met patiënt worden toegewerkt aan een voor hem geschikte vervolg-/woonvoorziening.

Cliënt verblijft vanaf 29 december 2009 op vrijwillige basis op de FPA. Cliënt wil zelf het liefst voor 31 jan. 2010 verhuisd zijn naar een voor hem geschikte woonvorm buiten klinische muren (bv. IBW/BW Sneek) in afwachting van een plek binnen de BW te Drachten.

Diagnose met DSM IV classificatie

Cliënt is een 42-jarige zwakbegaafde man met borderline persoonlijkheidsproblematiek en antisociale trekken. Daarnaast lijkt er sprake te zijn van middelenafhankelijkheid.

DSM-IV classificatie:

As	Code	Waarde
1	V71.09	Geen diagnose of aandoening op As I
2	301.7	Trekken van Antisociale persoonlijkheidsstoornis
2	301.83	Borderline persoonlijkheidsstoornis *(hoofddiagnose)
2	V62.89	Zwakbegaafheid/ zwakzinnigheid
3		geen relevante diagnose op as III
4	50	Woonproblemen
4	60	Financiële problemen
4	80	Problemen met justitie/ politie of met de misdaad
5	GAF begin	50
5	GAF einde	
5	GAF laatste	50
5	GAF max	50

Algemene behandeldoelen

In kaart brengen somatiek, instellen op medicatie en saneren, zoeken naar een geschikte woonsetting (RIBW), ondersteunen bij financiën, zorgen voor goede ambulante overgang (AFPN/FPTZ).

Cliënt wil zelf graag werken aan het leren omgaan met zijn angst voor reizen met het openbaar vervoer.

Behandeldoel PMT

Patiënt wil copingsvaardigheden leren om om te gaan met spanning. Hij wil wanneer hij spanningen heeft, na de module niet meer gebruik maken van medicatie om zijn spanningsniveau naar beneden te halen.

2.2 Omschrijving interventie

2.2.1 De module

De module 'omgaan met spanning' is bedoeld voor cliënten in de forensische psychiatrie, die het lastig vinden om om te gaan met spanning. De kernproblematiek van de cliënten hoeft in principe niet gelijk te zijn, wel moet gelet worden op een werkbare groepssamenstelling. Zie hiervoor ook de indicaties en contra/indicaties. In de module wordt aandacht besteed aan het herkennen van lichaamssignalen en wordt aan de deelnemers vier copingstrategieën geleerd; actief aanpakken, sociale steun zoeken, vermijden en afwachten en afleiding zoeken, met als doel spanning te verminderen en beter te leren hanteren, zodat recidivegevaar afneemt.

2.2.2 Indicaties

De cliënten kunnen door het behandelteam, de sociotherapie en door de PMT zelf geïndiceerd worden voor deze module. De cliënt die geïndiceerd wordt voor deze module, ervaart spanningen en vindt het lastig hiermee om te gaan.

2.2.3 Contra-indicaties

Contra-indicaties voor deze module zijn;

- Cliënten die spanningssignalen nog niet kunnen herkennen. Deze cliënten moeten eerst leren deze signalen te herkennen voor ze deel kunnen nemen aan deze module.
- Cliënten met een psychotische stoornis in de floride fase.
- Cliënten met fysieke beperkingen, waardoor bewegingsactiviteiten geheel onmogelijk zijn.
- Cliënten waarbij sporten spanning oplevert.
- Cliënten die door ernstige gedragsproblematiek niet in een groep kunnen functioneren. Deze patiënten zouden de module wel individueel kunnen volgen, mits er wat aanpassingen gedaan worden op de activiteiten omdat deze nu gericht zijn op een groep.

2.2.4 De behandeling

De module bestaat in totaal uit 12 bijeenkomsten van een uur. Deze bijeenkomsten vinden één's per week plaats. Achtereenvolgens worden de volgende thema's behandeld;

- 2 bijeenkomsten met het thema lichaamssignalen
- 2 bijeenkomsten met het thema afleiding zoeken
- 2 bijeenkomsten met het thema vermijden en afwachten
- 2 bijeenkomsten met het thema sociale steun zoeken
- 2 bijeenkomsten met het thema actief aanpakken
- 2 bijeenkomsten oefenen met de vier copingstrategieën.

Cliënten krijgen bij iedere bijeenkomst huiswerk mee. Ze krijgen de opdracht te oefenen met de behandelde copingstrategie en ze krijgen de opdracht om een situatie te beschrijven en daarbij te beschrijven wat hun spanningsniveau, lichaamssignalen, gevoelens en gedachten in die situatie waren en tot slot beschrijven ze hoe ze gehandeld hebben in deze situatie en hoe ze de volgende keer zouden willen handelen.

Een bijeenkomst kent de volgende vaste onderdelen; bespreking van het huiswerk, mental-set, rationale, oefening en nabespreking.

2.2.5 Referentiekader

Binnen deze module wordt eclectisch gewerkt, wat betekent dat er een mix is gemaakt van verschillende stromingen. De cognitief-gedragstherapeutische benadering staat in deze module op de voorgrond.

De gedragstherapeutische benadering, gaat ervan uit dat gedrag aan en af te leren is. De cognitieve psychologie ziet de mens als een informatieverwerkend systeem, als een soort computer: we hebben vaak allerlei automatische verklaringen, gedachten, over de wereld en onszelf. Ons gedrag wordt beïnvloed door onze interne software die bepaalde interpretaties genereert voor datgene wat we meemaken. Als we ons naar onze interpretaties gedragen, worden ze ook vaak bevestigd. Op deze manier kunnen vicieuze cirkels ontstaan (Weerman, 2006). Wanneer we kijken naar de doelgroep van deze module, hebben de patiënten zichzelf, of hebben anderen hen, bepaald gedrag aangeleerd; bijvoorbeeld een klap uitdelen op het moment dat de situatie onveilig is. Daarbij hoort een bepaald gedachtepatroon. Ook in deze module gaan we ervan uit dat gedrag aan en af te leren is. We proberen de vicieuze cirkel te doorbreken, door ze andere copingsvaardigheden te leren om om te gaan met spanning. Op deze manier hopen we ook het gedachtepatroon te veranderen. De PMT strategie oefenen staat hierbij centraal. Patiënten oefenen met elk van de vier copingstijlen twee keer tijdens therapie en thuis krijgen ze ook de opdracht hiermee te gaan oefenen. Tot slot wordt ze nog vier keer PMT geboden om alle vier de copingstijlen nogmaals te oefenen.

Er komt ook iets uit de cliënt-centerend benadering naar voren in deze module. Deze benadering gaat er vanuit dat er voldoende gezonde krachten in de patiënt aanwezig zijn. De patiënt wordt dan ook tijdens deze module niet afgewezen op het feit dat hij een delict heeft gepleegd. We gaan er hierbij vanuit dat er een reden is geweest voor dit gedrag en keuren het gedrag van de patiënt af, maar niet de patiënt als persoon. Daarnaast kiest de patiënt uiteindelijk zelf, welke copingstrategie voor hem het beste werkt en welke hij gaat gebruiken.

2.3 Onderzoeksmethode

Het onderzoek heeft een explorerend karakter. Er is nog niet eerder onderzoek gedaan naar deze module, wat maakt dat dit een eerste aanzet is tot onderzoek. Dataverzameling geschiedt door het afnemen van twee vragenlijsten. Voorafgaand (T0) aan en na afloop van de 12 weken durende module (T1), worden twee vragenlijsten afgenomen bij de deelnemende cliënten. De vragenlijsten zijn de UCL en de SCL-90.

2.3.1 De UCL

Bij de cliënt wordt voor en na de module de Utrechtse Coping Lijst(UCL) afgenomen. De UCL meet copinggedrag, dat wil zeggen de manier waarop iemand omgaat met problemen of stressvolle situaties (Schreurs et al., 1993). Coping wordt hierbij opgevat als een persoonlijkheidsstijl. De UCL bestaat uit 47 items verdeeld over zeven schalen: Actief aanpakken, Palliatieve reactie, Vermijden, Sociale steun zoeken, Passief reactiepatroon, Expressie van emoties en Geruststellende gedachten. Alle items worden beoordeeld op een vierpuntsschaal: zelden of niet, soms, vaak, zeer vaak. De betrouwbaarheid kan matig tot goed worden genoemd. Wanneer je deze test nogmaals zou afnemen, is de kans redelijk groot dat je nogmaals hetzelfde meet (Scheurs, 1993; Van de Willige, 1998). Ook de validiteit van deze vragenlijst is onderzocht als goed (Smit, 2008).

Deze wordt dan door de psycholoog van de afdeling uitgelezen en geïnterpreteerd, waarop ik mijn deelvraag kan beantwoorden. Met het afnemen van deze vragenlijst wordt beoogd iets te kunnen zeggen over het vergroten van het aantal copingsvaardigheden tijdens de module.

2.3.2 De SCL-90

Ook de Symptom checklyst-90 (SCL-90) wordt afgenomen voor en na het deelnemen aan de module omgaan met spanning. De SCL-90 is een zelfbeoordelingsschaal die lichamelijke en psychische klachten meet ten behoeve van de screening van psychopathologie (Leonard, 2003). De vragenlijst bestaat uit 90 omschrijvingen van klachten waarbij de onderzochte moet aangeven in welke mate hij/zij daar de afgelopen week last van heeft gehad. De SCL-90 kent acht schalen: 1. Agorafobie, 2. Angst, 3. Depressie, 4. Somatische klachten, 5. Insufficiëntie van denken en handelen, 6. Wantrouwen en interpersoonlijke sensitiviteit, 7. Hostiliteit en 8. Slaapproblemen. Bij beantwoording van de vragen beoordeelt de persoon zelf, op een vijfpuntsschaal, de mate waarin hij of zij, helemaal niet (1), een beetje (2), nogal (3), tamelijk veel (4) of heel erg (5) last heeft gehad van een klacht gedurende de afgelopen week, met vandaag erbij. De betrouwbaarheid en validiteit van deze vragenlijst is door meer dan duizend onderzoeken aangetoond (Smit, 2008).

Met het afnemen van deze vragenlijst wordt beoogd een uitspraak te doen over de mate waarin de deelnemende cliënten spanning ervaren.

Hoofdstuk 3 Resultaten

Cliënt C is in dit onderzoek na een drietal bijeenkomsten uitgevallen. De reden van uitval is zijn vertrek naar een BW, waardoor het niet meer mogelijk was de module in Franeker te volgen. Hij wordt dan ook niet meegenomen in de resultaten.

3.1 Resultaten UCL

De Utrechtse Coping Lijst (UCL), laat zien hoe iemand omgaat met problemen. Welke copingstrategieën heeft iemand om met een probleem om te gaan. Deze vragenlijst is voorafgaand aan het onderzoek afgenomen om de cliënten die deelnamen aan de module omgaan met spanning en na afloop van het volgen van de module omgaan met spanning. Cliënten worden hierin vergeleken met mannen in hun leeftijdsgroep. Cliënt C is na 2 bijeenkomsten van de module uitgevallen, deze zal verder niet beschreven worden.

Ruwe score	Beginmeting Cliënt A	Eindmeting Cliënt A	Beginmeting Cliënt B	Eindmeting Cliënt B
Actief aanpakken	18	13	16	18
Palliatieve reactie	21	22	15	19
Vermijden	18	18	18	13
Sociale steun zoeken	15	16	10	12
Passief reactiepatroon	11	8	18	14
Expressie van emoties	6	7	4	5
Geruststellende gedachten	10	10	10	11

Tabel 1: Begin- en eindmeting UCL cliënt A en B.

Cliënt A beschouwt zichzelf voorafgaand aan de module op de UCL als iemand die bij problemen of moeilijke situaties erg veel afleiding zoekt om niet aan een probleem te hoeven denken. Voorafgaand aan de module laat hij zaken veelal op hun beloop of gaat de situatie uit de weg en wacht af wat er gebeurt. Sociale steun zoeken is één van de copingstrategieën die patiënt al voor het volgen van de module veel inzette. Hij zag zichzelf als iemand die ergernis of kwaadheid gemiddeld laat blijken en zichzelf redelijk moed in kan spreken. Verder laat het resultaat van de beginmeting zien dat patiënt A redelijk doelgericht de zaken op een rijtje te kunnen zetten om met een probleem aan de slag te gaan.

Wanneer gekeken wordt naar de eindmeting van cliënt A, beschouwt hij zichzelf op de UCL als iemand die niet goed in staat is om een situatie rustig te bekijken en de zaken op een rijtje te zetten. Het resultaat van de eindmeting laat zien dat hij vaak de copingstrategie afleiding zoeken inzet. Hij laat zaken veelal op hun beloop gaan en wacht dan af wat er gebeurt. Cliënt zoekt veel sociale steun. Cliënt A geeft aan zich volledig door problemen in beslag te laten nemen, de zaak dan somber in te zien en te piekeren. Cliënt A ziet zichzelf als iemand die ergernis of kwaadheid gemiddeld laat blijken en zichzelf redelijk moed in kan spreken.

Wanneer we kijken naar de verschillen tussen de begin- en eindmeting, zien we dat de scores op de eindmeting veelal hetzelfde zijn gebleven als op de beginmeting. Cliënt A acht zichzelf tijdens de eindmeting iets minder in staat om situaties rustig te bekijken en zaken op een rijtje te zetten. Daarnaast geeft hij tijdens de eindmeting aan dat hij zich in zeer hoge mate in beslag laat nemen door problemen en te piekeren. De resultaten van de voormeting laten zien dat dit toen nog gemiddeld was.

De resultaten van Cliënt B, laten bij de beginmeting zien dat hij zich op de UCL als iemand beschouwt die zich volledig door problemen in beslag laat nemen. Hij ziet dingen hierbij somber in en piekert. Hij laat in hoge mate de zaken op hun beloop gaan en wacht hierbij af wat er gebeurt.

Daarnaast beschouwt Cliënt B zichzelf als iemand die gemiddeld de situatie kan bekijken om zaken op en rijtje te zetten. Ook scoort hij gemiddeld op de copingstrategieën afleiding zoeken en sociale steun zoeken. Het resultaat laat zien dat hij zichzelf moed in kan spreken en ergernis of kwaadheid niet veel laat blijken.

Cliënt B laat bij de resultaten van de eindmeting zien, dat hij zichzelf na het volgen van de module beschouwt als iemand die zich in hoge mate door problemen in beslag laat nemen. Hij ziet dingen somber en piekert. Hij maakt veel gebruik van de copingstrategie afleiding zoeken en houdt zich met andere dingen bezig. Cliënt B beschouwt zichzelf als iemand die gemiddeld de situatie kan bekijken om zaken op een rijtje te zetten. Hij laat zaken gemiddeld op zijn beloop gaan en wacht af. Hij zoekt gemiddeld sociale steun en kan zichzelf gemiddeld moed in spreken. Ergernis of kwaadheid zal hij redelijk laten blijken.

Op de UCL geeft cliënt B op de nameting aan iets meer afleiding te zoeken en iets minder de zaken op hun beloop laat gaan. Daarnaast geeft hij aan zich wat minder door de problemen in beslag te laten nemen en wat meer ergernis en kwaadheid laat blijken. Verder is alles veelal gelijk gebleven.

3.2 Resultaten SCL-90

De SCL-90 is een klachtenlijst die laat zien hoeveel lichamelijke en psychische klachten iemand op dat moment ervaart. De cliënt zijn vergeleken met poliklinische psychiatrische patiënten.

Deze vragenlijst is voorafgaand aan het onderzoek afgenomen om de cliënten die deelnamen aan de module omgaan met spanning en na afloop van het volgen van de module omgaan met spanning. Cliënt C is na 2 bijeenkomsten van de module uitgevallen, deze zal verder niet beschreven worden.

Ruwe score	Beginmeting Cliënt A	Eindmeting Cliënt A	Beginmeting Cliënt B	Eindmeting Cliënt B
Angst	22	17	17	12
Agorafobie	25	11	10	7
Depressie	29	27	63	48
Somatische klachten	24	20	13	13
Insufficiëntie van denken en handelen	24	20	23	11
Sensitiviteit	36	35	23	23
Hostiliteit	11	10	8	6
Slaapproblemen	5	5	5	3
Algeheel niveau psychisch/lichamelijk disfunctioneren	197	162	183	138

Tabel 2: Begin- en eindmeting SCL-90 cliënt A en B.

Cliënt A geeft tijdens de beginmeting op de SCL-90 aan in hoge mate moeite te hebben met openbare gelegenheden of bepaalde plaatsen. Hij scoorde gemiddeld in het ervaren van angst en spanning. Cliënt A scoorde beneden gemiddeld op het ervaren van een neerslachtige stemming, een lage zelfwaardering en slaapproblemen. Hij geeft aan in gemiddelde mate lichamelijke problemen, worde en irritatie te ervaren. Ook problemen in denken en handelen en onvrede met zichzelf in de omgang met anderen ervaart hij gemiddeld. Tot slot ervaart hij tijdens de beginmeting een gemiddeld niveau van psychisch- en lichamelijk disfunctioneren.

Ten tijde van de eindmeting, laten de resultaten van de SCL-90 zien dat cliënt A in beneden gemiddelde mate angst en spanning ervaart. Hetzelfde geldt voor het moeite hebben met openbare gelegenheden, een neerslachtige stemming, fysieke klachten en slaapproblemen. Hij geeft hiernaast aan in gemiddelde mate woede en irritatie, onvrede met zichzelf in omgang met anderen en

problemen in denken en handelen te ervaren. Tot slot ervaart hij de tijdens de eindmeting een beneden gemiddeld niveau van psychisch- en lichamelijk disfunctioneren.

Het ervaren van angst, spanning en fysieke klachten, zijn ten tijde van de eindmeting iets afgenomen in vergelijking met de voormeting. De hoge mate van moeite met openbare gelegenheden die cliënt A in de voormeting ervoer, is in de nameting significant afgenomen naar beneden gemiddeld. Daarnaast zijn alle klachten veelal gelijk gebleven. Gezien hij een fysiek gezonde jong volwassene is, ervaart hij redelijk veel klachten. Hij lijkt mee een redelijk hoog spanningsniveau wel te functioneren. Dit past bij zijn diagnose autisme.

Tijdens de beginmeting, geeft patiënt B op de SCL-90 aan dat hij de afgelopen tijd in hoge mate een neerslachtige stemming ervaart met daarbij een gebrek aan energie en gedachten van schuld, hopeloosheid en dood. Hij ervaart hier beneden gemiddeld angst, spanning, worde, slaapproblemen, moeite met openbare gelegenheden en problemen om zijn gedrag te sturen. Hij ervaart weinig lichamelijke klachten en onvrede met zichzelf in omgang met anderen. Cliënt B ervaart beneden gemiddeld psychisch- en lichamelijk disfunctioneren.

Tijdens de eindmeting zegt betrokkene de afgelopen tijd weinig tot bijna geen klachten te ervaren. Op bijna alle klachten scoort betrokkene laag tot zeer laag. Hij ervaart wel een boven gemiddelde neerslachtige stemming met daarbij gebrek aan energie en gedachten van schuld, hopeloosheid en dood. Over het algemeen ervaart hij een laag niveau van psychisch- en lichamelijk disfunctioneren. Alle klachten op de SCL-90 zijn na de module iets afgenomen. Bijna alle klachten waren in de nameting laag tot zeer laag met uitzondering van het in hoge mate ervaren van een neerslachtige stemming. In de beginmeting ervaart hij deze klachten bovengemiddeld.

Hoofdstuk 4 Discussie en Conclusie(s)

4.1 Beantwoording vraagstelling

4.1.1 Beantwoording deelvraag 1

De eerste deelvraag van dit onderzoek is als volgt;

De PMT module “omgaan met spanning” beoogt cliënten verschillende copingstrategieën aan te leren om met spanning om te gaan. Is dit ook gerealiseerd bij de deelnemende cliënten?

In de module ging het specifiek om het aanleren van de vier copingstrategieën afleiding zoeken, vermijden en afwachten, sociale steun zoeken en actief aanpakken.

Wanneer we kijken naar de copingstrategie afleiding zoeken, zien we dat cliënt A deze strategie ten tijde van de voormeting al veel inzette. Tijdens de nameting gebruikt cliënt A nog steeds vaak deze strategie. Een mogelijke verklaring hiervoor, is dat cliënt deze strategie al aangeleerd had tijdens individuele PMT waarbij afleiding zoeken het thema is. Hij volgde individuele PMT al voor de module en dit is hij met ditzelfde thema blijven volgen naast de module. Wat uit de rapportages blijkt, is dat cliënt A voorafgaand aan het module op bed liggen en muziek luisteren als afleiding zoeken inzette en dat hier een verschuiving zichtbaar is naar het zoeken van afleiding buiten de muren van de afdeling. Hij gaat nu bijvoorbeeld naar een voetbalwedstrijd, de bioscoop of het theater. In de module is hij hiertoe aangespoord, maar ook vanuit de sociotherapie is dit aangemoedigd. Wat het precieze effect van de module is, is niet te zeggen. Het zoeken van andere vormen van afleiding, zou ervoor gezorgd kunnen hebben dat cliënt A minder angst en spanning ervaart.

Cliënt B maakte tijdens de beginmeting nog gemiddeld gebruik van de copingstrategie afleiding zoeken, wat na de module veel is geworden. Dit kan een aantal verklaringen hebben. Cliënt B maakt mogelijk de transfer naar de afdeling vanuit de module omgaan met spanning. Het kan ook zijn dat het iets te maken heeft met de uitspraak van zijn rechtszitting op het moment dat hij de module voor de helft gevolgd heeft. Op de afdeling en binnen PMT was toen zichtbaar dat hij opleefde en meer zicht voor zijn omgeving kreeg. Wat ook meer zicht kan geven op dingen die afleiding kunnen bieden. Daarnaast werd cliënt B rond de start van de module gediagnosticeerd met een dysthyme stoornis. Het zou mogelijk kunnen zijn dat zijn ervaring ook te maken heeft met de medicatie die aanslaat. Deze zou ervoor kunnen zorgen dat hij meer zicht krijgt voor zijn omgeving en dingen die hem afleiding zouden kunnen bieden. Deze zelfde verklaringen, zouden een rol gespeeld kunnen hebben in de verschuiving die cliënt B laat zien van een meer vermijdende en afwachtende copingstrategie naar het actief aanpakken van het probleem en het meer uiten van ergenis en kwaadheid.

De copingstrategie sociale steun zoeken is bij beide cliënten gelijk gebleven. Cliënt A doet dit veel en cliënt B maakt gemiddeld gebruik van deze strategie. Echter uit rapportages blijkt dat cliënt B meer sociale steun lijkt te zoeken dan voorheen. Cliënt verteld na afloop van de module, dat hij zich een stuk bewuster is geworden van de manieren die er zijn om met spanning om te gaan. Mogelijk zet hij de copingstrategie sociale steun zoeken nu bewuster in.

Bij cliënt A zijn vrijwel geen veranderingen zichtbaar in het vergroten van de copingstrategieën. Mogelijk heeft dit te maken met zijn autisme spectrum stoornis. Bekend is dat autisten vrijwel geen fantasiewereld hebben. Dit gebrek aan voorstellingsvermogen kan ervoor zorgen dat de transfer vanuit de module naar de afdeling moeilijk is voor een autist (Rigter, 2002). Tijdens de module kon

cliënt A tijdens de sessie, de copingstrategieën inzetten. Mogelijk kon hij dit niet vertalen naar de afdeling en is deze module niet geschikt voor cliënten met een autisme spectrum stoornis.

Omdat er een N=2 onderzoeksgroep is, kan geen betrouwbare uitspraak gedaan worden over het resultaat van deze deelvraag. De resultaten kunnen op toeval berust zijn en met vele andere factoren te maken hebben. Op basis van deze resultaten kan wel samenvattend geconcludeerd worden dat Bij cliënt A de copingstrategieën vrijwel gelijk zijn gebleven en dat bij cliënt B de copingstrategie afleiding zoeken gestegen is en er een verschuiving heeft plaats gevonden van een meer vermijdende strategie naar het actief aanpakken van het probleem.

Voor een duidelijke uitspraak is vervolgonderzoek nodig, met een grotere onderzoeksgroep.

4.1.2 Beantwoording deelvraag 2

Dragen de geleerde copingstrategieën, bij de deelnemende cliënten aan de module “omgaan met spanning”, bij aan het beter hanteren van spanning, zodat de risicotaxatie laag is en de kans op delictrecidive wordt verkleind?

Bij beide cliënten is het ervaren van angst en spanning iets afgenomen. Ook het moeite hebben met openbare gelegenheden, wat kan duiden op spanning en stress, is bij beide cliënten afgenomen. Ook hier kan geen betrouwbare uitspraak gedaan worden, over de bijdrage van de module aan dit resultaat.

Bij cliënt B vond er een grotere verandering plaats op de SCL-90. Hij ervaart op bijna alle items minder klachten. Bij cliënt B zou de oorzaak kunnen zijn dat zijn copingstrategieën vergroot zijn. Een mogelijke andere verklaring hiervoor is de uitspraak van de rechtszaak, wat hem naar eigen zeggen oplucht.

Bij cliënt A werden copingstrategieën niet vergroot, wat dus geen oorzaak zou kunnen zijn van het minder ervaren van angst en spanning. Mogelijk oorzaken hiervan zouden kunnen zijn dat hij nu andere manier van afleiding zoeken inzet. Deze manier zijn mogelijk voor hem effectiever voor het reguleren van angst en spanning. Ook heeft cliënt A minder moeite met openbare gelegenheden. Het vaker betreden van deze openbare gelegenheden, kan er toe geleid hebben dat cliënt dit als minder stressvol ervaart.

4.1.3 Conclusie

De hoofdvraag van dit onderzoek is als volgt:

Kunnen de cliënten van de forensisch psychiatrisch afdeling van de GGZ Friesland te Franeker die deelnemen aan de PMT module “omgaan met spanning”, na het volgen van de module, spanning beter hanteren?

Zoals eerder in dit onderzoek vermeld, kan ook op de hoofdvraag van dit onderzoek geen betrouwbaar antwoord gegeven worden in verband met de N=2 onderzoeksgroep. Wat wel geconcludeerd kan worden is dat cliënt A en B ten tijde van het volgen van de module, beiden minder angst en spanning zijn gaan ervaren. Het beter hanteren van spanning is in deze hoofdvraag gedefinieerd al het vergroten van copingstrategieën om beter leren om te gaan met spanning. Dit omdat het vergroten van copingstrategieën volgens de literatuur bijdraagt aan het wel of niet stressvol beoordelen van verschillende situaties en dus de stress beter kunnen hanteren (Scheurs et al 1993, Renshof, 2009). Bij cliënt A kan de bijdrage van het vergroten van de copingstrategieën geen rol gespeeld hebben, aangezien deze copingstrategieën gelijk zijn gebleven of zelfs gedaald zijn. Bij cliënt B daarentegen, kan het wel zo zijn dat de gestegen copingstrategieën een rol hebben gespeeld bij het ervaren van minder angst en spanning. Dit resultaat kan op verschillende oorzaken berust zijn,

er kan dus niet gezegd worden of de module bijgedragen heeft aan het beter hanteren van spanning bij cliënt A en B.

4.2 Bespreking sterke en zwakke punten van het onderzoek

De kleine onderzoeksgroep van N=3, wat uiteindelijk N=2 werd, is één van de zwakke punten van dit onderzoek. Op basis van deze kleine onderzoeksgroep kan geen betrouwbare uitspraak worden gedaan over het effect van de module omgaan met spanning.

Ook het ontbreken van een controlegroep, draagt niet bij aan een betrouwbare uitspraak over het effect van deze module. Er zijn veel andere factoren dan de module, die bijgedragen zouden kunnen hebben aan de uitkomst van dit onderzoek.

Aan dit onderzoek zijn drie cliënten gestart met verschillende psychiatrische problematiek. Uiteindelijk bleven één cliënt met de diagnose autisme en één cliënt met een afhankelijkheid van cannabis en opioide, zwakzinnigheid en een aanpassingsstoornis over. Om te toetsen of de module voor meerdere doelgroepen geschikt is, zouden deze ook aan de module moeten deelnemen.

Wat een sterk punt van dit onderzoek is en wat aan te bevelen is voor vervolgonderzoek, zijn de vragenlijsten die gebruikt zijn bij dit onderzoek. De UCL en de SCL-90 samen, zijn valide instrumenten om de onderzoeksvraag te beantwoorden. De UCL meet of de copingstrategieën zijn vergroot en de SCL-90 meet of het ervaren van angst en spanning verminderd is.

4.3 Aanbevelingen voor verder onderzoek

Één van de aanbevelingen voor vervolgonderzoek, is een grotere onderzoeksgroep. Op basis van een grotere onderzoeksgroep, lukt om een betrouwbaardere uitspraak te doen over het effect van de module omgaan met spanning.

Naast een grotere onderzoek, is het aan te bevelen een controlegroep in te zetten. Echter is het vaak lastig om in een zorgprogramma met een controlegroep te werken, wegens het ethische dilemma dat je op dat moment een groep cliënten onthoudt van behandeling. Wel zou je hier een andere behandeling naast kunnen zetten.

De module beoogt dat, op een aantal contra-indicaties na, een groot deel van de doelgroep op de FPA kan deelnemen aan de module omgaan met spanning. Voor vervolgonderzoek is het aan te bevelen verschillende doelgroepen te plaatsen binnen de module. Dit om te onderzoeken of de module daadwerkelijk voor cliënten met uiteenlopende stoornissen geschikt is.

Voor verder onderzoek is aan te bevelen aanvullend literatuur onderzoek te doen naar de effectiviteit van de verschillende copingstrategieën. Hierbij valt te denken aan welke copingstrategie is effectief in welke situatie en ervaar je ook minder stress wanneer je meer gebruik maakt van de copingstrategie actief aanpakken in plaats van vermijden en afwachten? Daarnaast is het interessant om te kijken naar de manieren van afleiding zoeken. Welke vorm van afleiding zorgt ervoor dat je minder spanning ervaart, is dit een actieve vorm van afleiding of bijvoorbeeld afleiding in gedachtes?

4.4 Aanbevelingen voor de module

Aanbeveling voor de module is om directiever te zijn in het opgeven van de huiswerkopdrachten. Tijdens het geven van de module is de cliënten aanbevolen steeds de huiswerkopdrachten te maken,

wat in praktijk nagenoeg niet gebeurde. Om de transfer te verbeteren is het aan te bevelen de huiswerkopdrachten een verplicht kader te geven.

De huiswerkopdrachten zijn nu veelal hetzelfde. De deelnemende cliënten vullen een schema in, waarbij ze hun gedachtes, gevoel, spanningsniveau, lichaamssignalen en handelen beschrijven bij een spanningsvolle situatie.

Ze beschrijven daarnaast wat ze in die situatie anders hadden willen doen of juist niet. Het is zinvol om bij al deze punten stil te staan. Wellicht motiveert steeds de dezelfde opdracht niet, de opdrachten te maken. Aanbeveling is, om hier wat afwisseling in aan te brengen.

Om de transfer naar de afdeling en het dagelijks leven te maken, is het aan te bevelen hierin samenwerking te zoeken met de persoonlijk begeleider(s) van de cliënt. Dit kan bijvoorbeeld door ze samen het huiswerk te laten maken of te bespreken. Dit zorgt ervoor dat de persoonlijk begeleider goed op de hoogte is, waar de cliënt mee aan het oefenen is, wat het makkelijk maakt hem hierin te sturen.

Omdat uit de resultaten blijkt en we hebben gezien dat de cliënt met autisme de transfer naar de afdeling niet kan maken, is aan te bevelen een stoornis in het autisme spectrum, toe te voegen aan de contra indicaties van de module. De module dient voor deze doelgroep zodanig aangepast te worden dat de transfer gemakkelijker te maken is. Een samenwerking met sociotherapeuten die helpen de transfer naar de afdeling te maken, is hierin denkbaar.

Literatuurlijst

- Brand, E.F.J.M. & Diks, G.J.M. (2001) Richtlijnen voor risicotaxatie in de forensische diagnostiek: theorie en praktijk. *Tijdschrift voor psychiatrie* 43, 693-704.
- Canton, W.J., Veer, T.S. van der, Panhuis, P. J. A. van, Verheul, L., Brink, W. van den. (2004) De voorspellende waarde van risicotaxatie bij de rapportage pro Justitia. Onderzoek naar de HKT-30 en de klinische inschatting. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 49.
- Emck, C. (1998) *Stress Management Training voor jongeren met psychotische stoornissen*, Accco, Leuven (België).
- Hart, H., Dijk, D. van, Goede, M. de, Jansen, W. & Teunissen, J. (2004) *Onderzoeksmethoden*. Boom, Amsterdam.
- Langstraat, E. (2010) Een pilot studie naar effecten van psychomotorische therapie bij behandeling van agressief gedrag. *Zwolle: VU Windesheim*
- Leonard, L. (2003) Symptom Checklist. *Pearson, artikelnummer: 1591.0*.
- Lovallo, W.R. (1997) Stress and health biological psychological interactions. London: Sage Publications
- Oppedijk, D. (2004) Risicotaxatie. *Balkbrug; Rijks TBS inrichting Veldzicht*.
- Renshof, A.A.H. (2009) Stressreactie en coping: Het verschil tussen mensen met een lichte – matige verstandelijke beperking met en zonder hechtingsproblemen. *Utrecht: Universiteit Utrecht*.
- Rigter, J. (2002) *Ontwikkelingspsychopathologie bij kinderen en jeugdigen*. Bussum: Uitgeverij Coutinho
- Scheurs, P.J.G., Willige, G. van de., Bosschot, J.F., Telligen, B. & Graus, G.M.H. (1993) De Utrechtse Coping Lijst: UCL. Omgaan met problemen en gebeurtenissen. *Lisse: Swets en Zeitlinger b.v.*
- Scheurs, P.J.G. & Willige, G. van de. (1998) UCL: Utrechtse Copinglijst. *Gent: Universiteit Gent*.
- Smit, E. (2008) Persoonlijkheidsstoornissen. Landelijk zorgprogramma voor forensisch psychiatrische patiënten met persoonlijkheidsstoornissen. *Expertisecentrum Forensische Psychiatrie*.
- Tervoort, M. (2009) *Forensische psychiatrie. Tussen dwang en vrijblijvendheid*. Gorcum: Koninklijke van Gorkum b.v.
- Weerman, A. (2006) *Zes psychologische stromingen & één patiënt*. Soest: Uitgeverij Nelissen.
- Wendelaar Bonga, S.E. (2008) Geworteld in het water. De evolutie van de stressrespons. *Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen*
- Wientjes, C.J.E. (1996) Grensverleggende activiteiten: een evaluatie. *Soesterberg: TNO Technische Menskunde*.
- Wijck, S. van. (2008) De relatie van werkstress met specifieke copingstijlen; verschil tussen mannen en vrouwen? *Utrecht: Universiteit Utrecht*.