



SCHOOL OF
HUMAN
MOVEMENTS
AND SPORTS

“VECHTEN TEGEN VECHTEN”

EGO

Onderzoek naar de werking van kickboksen in de Psychomotore
Therapie als agressieregulering

Student:	Wander Bakker	S319281
Begeleiders:	Lia van der Maas, Garrick Janssen	
Opleiding:	Psychomotore Therapie en Bewegingsagogie	
Datum:	januari 2011	

Inhoudsopgave

Voorwoord	4
Samenvatting.....	5
Inleiding.....	6
Methode.....	7
Theoretisch kader agressie.....	7
Eigen visie op agressie.....	9
Theoretisch kader antisociale persoonlijkheidsstoornis.....	10
Eigen visie antisociale persoonlijkheidsstoornis	11
Doelgroepanalyse Antisociale Persoonlijkheidsstoornis.....	12
Onderzoeksgroep	13
Indicatie en behandelplan.....	14
De module 'Controle en Conditie'	14
Onderzoeksinstrumenten.....	16
Resultaten	17
LECS Observatie.....	17
Agressie Vragen Lijst (AVL)	18
Conclusie	20
Discussie	22
Literatuurlijst	23
Bijlagen	24
Bijlage 1 DSM-IV en ICD10 Antisociale Persoonlijkheidsstoornis.....	24
Bijlage 2 Product PMT Antisociale Persoonlijkheidsstoornis met Impulscontrole problematiek.....	26
Bijlage 3 Agressie Vragen Lijst voorbeeld	28

Voorwoord

Het resultaat is er eindelijk. Ploeteren en veel nadenken over hoe mijn afstudeeropdracht eruit zou moeten zien heeft een behoorlijke tijd gekost. Het idee begon zich te ontwikkelen tijdens mijn eindstage van de opleiding Psychomotore Therapie en Bewegingsagogie in de intensieve en forensische psychiatrische kliniek Inforsa, onderdeel van Arkin Amsterdam. Ik ben daar in aanraking gekomen met kickboksen als methodiek voor in de psychomotore therapie. Een module die bestaat uit kickboks-, adem- en ontspanningsoefeningen die is ontwikkeld om patiënten gecontroleerd te leren omgaan met spanning en agressie in tijden van stressvolle- en voor hun bedreigende situaties.

Mijn interesse is ontstaan omdat ik bevooroordeeld was over de toepassing van deze vechtkunst in de psychomotore therapie. Ik was ervan overtuigd dat kickboksen een te negatief karakter zou hebben om als methodiek te kunnen gebruiken. Vooral voor mensen met een lage frustratietolerantie en die regelmatig agressief gedrag vertonen. *‘Hoe zou een bewegingsactiviteit uit een tak van sport waarbij een ander fysiek wordt uitgeschakeld therapeutisch kunnen worden ingezet om agressief gedrag tegen te gaan?’*

Om me nog meer te richten tot deze problematiek, waartoe de module is gericht, heb ik gekozen om de antisociale persoonlijkheidsstoornis meer uit te werken en te onderzoeken. Een psychiatrische stoornis die bij een groot gedeelte van de patiënten die deelnamen aan de module is gediagnosticeerd. De antisociale persoonlijkheidsstoornis is een aandoening waarbij het individu van jongs af aan impulsief en onverantwoord gedrag heeft ontwikkeld en aangeleerd. Het empathisch vermogen is onderontwikkeld en men laat zeer regelmatig agressief gedrag zien in stressvolle en bedreigende situaties. Concreet gezien, een doelgroep waarbij de controle over spanning en agressie flink verstoord is.

Ik ben tijdens de module actief aanwezig geweest. Tijdens het onderzoek heb ik samen met de patiënten de module ondergaan, zelf aangeboden en begeleid. Het is een module die nog niet lang bestaat en staat in mijn visie nog in de kinderschoenen. Het lijkt wel degelijk te werken maar er kan nog meer aan geschaafd worden zodat het meer een psychomotore therapeutisch karakter krijgt. Voor het onderzoek heb ik gebruik gemaakt van literatuur over agressie en antisociale persoonlijkheidsstoornis, de LECS observatieschema en een agressie vragenlijst (AVL) om tot een conclusie te kunnen komen.

Tot slot een dankwoord naar de mensen die mij hebben geholpen en gesteund bij mijn afstudeeropdracht. Om te beginnen gaat mijn dank uit naar mijn stageadres waarin ik de mogelijkheid en alle vrijheid heb gekregen onderzoek te doen. Maurice Feringa en Peter Theijssen hebben me hier tijdens het onderzoek in gesteund en me veel kunnen leren over het aanbod van deze module.

Zoals ik begon is het een heel proces geweest om tot een duidelijk onderzoek te komen. Scriptiebegeleiders Lia van der Maas en Garrick Jansen hebben me in tijden dat ik door de bomen het bos niet meer zag eer de weg gewezen. Maar ook de steun van familie en vrienden hebben enorm geholpen. Met motivatie en concretiseren.

Samenvatting

U heeft nu mijn afstudeeropdracht in uw handen. Een onderzoek die ik heb gedaan ten tijde van mijn eindstage psychomotore therapie op de intensieve en forensische psychiatrie Inforsa te Amsterdam. Graag zou ik met anderen mijn ervaringen willen delen en wat er uit mijn onderzoek naar voren is gekomen, wellicht mensen met dezelfde vooronderstelling dat kickboksen niet geschikt is als methodiek voor in de psychomotore therapie. Wel, mijn onderzoek zal u hopelijk op andere gedachten brengen en toch overwegen deze vechtkunst toch toe te passen, ten minste als u een psychomotore therapeut bent natuurlijk.

Ik start in de inleiding met de centrale vraagstelling en zijn bijbehoren deelvragen. Daarin worden concrete vragen gesteld over de toepassing van kickboksen in de psychomotore therapie en of de doelgroep, namelijk de antisociale persoonlijkheidsstoornis daar wel voor geschikt is.

In het hoofdstuk methode beschrijf ik uitgebreid over welke situatie het gaat. De module is bedoeld voor patiënten met een agressie/impulscontrole problematiek. Daarom zal ik eerst agressie uitlichten om een duidelijk beeld te scheppen wat agressie nou precies is en waar het vandaan komt. Omdat ik me richt tot de antisociale persoonlijkheidsstoornis zal ik deze stoornis ook uitlichten. Na de theorie zal ik de doelgroep en zijn indicatie behandelen. Hierdoor krijgt u een goed beeld waarom de module bestaat en waarom patiënten ervoor in aanmerking komen. De oefeningen van de module worden ook behandeld. Wellicht zult u bepaalde gerichte oefeningen herkennen zoals leiden- volgen een bekend thema is in de psychomotore therapie. Tot slot geef ik kort weer hoe ik de resultaten wil gaan krijgen om tot een mooie conclusie te komen.

In het hoofdstuk resultaten krijgt u een overzichtelijk beeld van observaties die zijn gemaakt in de periode van het onderzoek.

Als u het antwoord wilt weten op mijn centrale vraagstelling zal u moeten doorlezen. De conclusie geeft het verlossende antwoord op mijn vooronderstelling en wellicht die van u.

Inleiding

Om tot een goede centrale vraagstelling te komen ben ik gaan puzzelen met mijn probleemstelling, namelijk:

‘Is kickboksen wel geschikt als methodiek om patiënten met een agressieproblematiek te leren controleren van eigen handelen in stressvolle en bedreigende situaties’?

Omdat in er de module patiënten met verschillende diagnoses deelnamen heb ik de antisociale persoonlijkheidsstoornis meer uitgelicht omdat juist deze psychiatrische stoornis veel te maken heeft met de agressieproblematiek.

Ik ben tot de volgende centrale vraagstelling gekomen:

“Kan kickboksen als methodiek in de psychomotore therapie een bijdrage leveren om op een gecontroleerde wijze agressie te leren uiten voor mensen met een antisociale persoonlijkheidsstoornis in de intensieve en forensische psychiatrie”?

De centrale vraagstelling bracht bij mij de volgende deelvragen op:

- Behaalt de module zijn doelstellingen gericht op het leren adequaat om te gaan met stressvolle en bedreigende situaties?
- Leidt het aanleren van een vechtsport juist niet tot agressief gedrag?
- Werkt het voor patiënten met een antisociale persoonlijkheidsstoornis?

Om tot een conclusie te komen ben ik me gaan verdiepen in de theorie over agressie en de antisociale persoonlijkheidsstoornis. Naast dat ben ik de werking van de module en zijn psychomotore therapeutisch karakter gaan toetsen. Dat heb ik gedaan middels de LECS observatieschema. Een veelgebruikt observatieschema door psychomotore therapeuten afkomstig van de Calo. Tijdens mijn onderzoek ben ik een ander instrument tegengekomen die het zelfbeeld en zelfinzicht toetst wat betreft agressief gedrag. Deze heb ik de patiënten laten invullen zowel voor- als na het onderzoek. Tijdens de toepassing van de AVL ben ik tegen enkele problemen gestuit en kwam daarom ook op de volgende deelvraag:

- Is de AVL een geschikt middel om bij deze patiënten het zelfbeeld en inzicht in eigen handelen, met betrekking tot agressie, te toetsen bij patiënten in intensieve en forensische psychiatrie?

Methode

Om tot een conclusie te komen ben ik me gaan verdiepen in de problematiek agressie op zicht en in de antisociale persoonlijkheidsstoornis. Deze zijn beschreven in het theoretisch kader. Naast de theorie die er bestaat over agressie en antisociale persoonlijkheidsstoornis ben ik op onderzoek gegaan naar wat de problematiek en psychiatrische stoornis nou voor ons betekenen als Psychomotore therapeut. Ook de doelgroep en zijn behandeldoelstelling is nader omschreven. De module 'controle en conditie' beschreven om een duidelijk beeld te krijgen van de methodiek en tot slot behandel ik de onderzoeksinstrumenten waarmee ik samen met de theorie tot een conclusie wil komen.

Theoretisch kader agressie

Van Dale geeft er de volgende definitie over:

“Bedreiging of aantasting met geweld, syn. Agressiviteit (psych) vorm van destructief gedrag als uiting van de doodsdrift of als nevenproduct van een fundamenteel streven naar zelfontplooiing of zelfhandhaving”.

‘Effectief omgaan met agressie’ (Doremalen en Vervoort, 2004?)

Agressie is een vorm van gedrag om voor eigen belangen op te komen. Het eigen belang kan worden bedreigd door de ander. De ander heeft bijvoorbeeld andere verwachtingen, wensen en normen en waarden. Er is dan sprake van tegengestelde belangen. Tegengestelde belangen of conflicten worden normaliter middels een discussie en overleg opgelost. Maar conflicten kunnen zo hoog oplopen dat ze kunnen escaleren in boosheid, agressie en zelfs geweld. Zoals gezegd is een conflict uit te praten en op te lossen. Lukt dat niet, dan kan dat ingrijpende gevolgen hebben. Het is dus belangrijk om te de situatie te leren beheersen waardoor agressie en geweld uitblijft. Dat betekent dat je jezelf onder controle moet hebben.

Agressief gedrag hoeft niet altijd te ontstaan uit tegengestelde belangen of uit conflicten. Ze ontstaan ook wel bij een persoon die opkomt voor zijn eigen belangen, dus assertief is maar niet adequaat en maatschappelijk verantwoord kan handelen.

Bij het ontstaan van agressief gedrag kun je nog onderscheid maken tussen uitdagen en explosief gedrag. Uitdagend gedrag houdt in: provoceren, onterecht opdrachten weigeren, manipuleren, dreigen en dergelijke. Explosief gedrag houdt in: geladenheid, niet meer aanspreekbaar op het punt staan fysiek geweld te lijken gebruiken.

‘Omgaan met agressief gedrag’ (Breakwell, 2000)

Geweldpleging kan worden veroorzaakt door psychische aandoeningen of door langdurige economische zorgen, en dit soort oorzaken kunnen niet worden weggenomen.

Er is een probleem met de vooronderstelling dat geweld verklaren tot de beheersing ervan kan leiden. Waar voor bepaalde daden van geweld redenen gevonden kunnen worden, blijkt dikwijls dat een combinatie van meerdere factoren een rol heeft gespeeld in het veroorzaken van het incident (bijvoorbeeld het plegen van een geweldsdelict). In de praktijk is het zelden mogelijk om vooruit te lopen op hoe verschillende factoren elkaar beïnvloeden zodat zij veranderd kunnen worden om de geweldsuitbarsting te vermijden. Concreet gezegd is agressie niet te voorspellen omdat ieder

individueel weer uniek is en te maken heeft met verschillende bio-psycho-sociale factoren. Je kunt de oorzaak niet wegnemen of ontvluchten maar wel leren hoe ermee om te gaan.

Agressie hoeft niet per definitie negatief te betekenen. Eigenlijk is assertiviteit een vorm van agressief reageren. Assertiviteit zien we in onze westerse cultuur als iets positiefs en wordt ook vaak van je vereist op de werkvloer. Assertiviteit betekent dat je aan je eigen rechten en meningen vasthoudt. Het houdt in dat je erkenning van anderen eist dat je, binnen de grenzen van de wet, het recht hebt te beslissen hoe je denkt, voelt en handelt. Door assertiviteit worden *individualiteit* en *identiteit* gevormd en behouden, vaak in situaties waar beide worden aangevallen.

Maar terwijl assertiviteit in principe gewaardeerd wordt, ontstaat in de praktijk vaak een probleem, namelijk dat assertiviteit ongemerkt kan overgaan in agressie. Vaak weten mensen niet hoe ze hun eigen rechten moeten opeisen behalve door de rechten van anderen aan te vallen. Dit noemen we agressief gedrag.

Agressie wordt door psychologen gedefinieerd als elke vorm van gedrag met het oogmerk iemand tegen zijn of haar wil iets aan te doen of te verwonden. Een stap verder wordt geweld omschreven als een overwogen daad die de intentie heeft fysiek letsel toe te brengen.

Er kan onderscheid gemaakt worden tussen instrumentele en emotionele vormen van agressie of geweld. Instrumenteel is het bewust inzetten van een agressieve daad om tot een bepaald doel te komen. Emotionele agressie is het gevolg van een opeenstapeling van stressvolle en/of bedreigende gebeurtenissen en leidt tot niet opzettelijke toebrengen van schade.

Psychologische verklaringen agressie en geweld

Er zijn drie voornaamste soorten psychologische verklaringen voor agressie en geweld.

Instincttheorie: agressie is een behoefte, net zoals slapen en eten. Agressie is niet aangeleerd maar biologisch bepaald. Het agressieve instinct is ontwikkeld omdat het overlevingswaarde heeft voor de soort als geheel. Deze visie van agressie heeft weinig praktische waarde. Het is moeilijk zo dan niet onmogelijk om agressie te voorspellen of middelen te bepalen om in te grijpen.

Sociale of culturele leertheorie: Instrumenteel en observationeel leren

Instrumenteel: gedrag wordt beïnvloed door beloningen en op grond daarvan zal het weer eerder voorkomen. Niet alleen van invloed op goed gedrag, ook op agressieve daden kunnen worden beloond (materieel, sociaal of psychologisch).

Aangeleerd is bijvoorbeeld uithalen wanneer de andere je pijn doet, het voor jezelf opkomen, maar als de verpleegster je pijn doet door een prikje te geven is dat een andere situatie. Dit verschil in reageren als je pijn wordt aangedaan wordt meestal begrensd door een proces van differentiële bekrachtiging. Dat betekent dat een bepaald niet gewenst gedrag niet langer bekrachtigd wordt (extinctie) en tegelijkertijd meer gewenst gedrag juist wel bekrachtigd.

Leren door observatie: sociaal-model-leren. Dit betekent dat bepaald gedrag wordt aangeleerd door een rolmodel, bijvoorbeeld een ouder.

Aversieve stimulatietheorie:

Onaangename en aversieve stimulatie verhoogt het niveau van iemands fysiologische prikkeling (bloeddruk, hartslag, adrenaline etc). Dit wordt de frustratie-agressiehypothese genoemd. Herhaalde gefrustreerde gevoelens kunnen leiden tot agressief gedrag.

Eigen visie op agressie

Zoals de theorie vermeldt zijn er verschillende soorten van agressie en hoe deze ontstaat. Ik ben van mening dat agressie ontstaat uit het onvermogen adequaat op te gaan met stressvolle en/of bedreigende situaties. Adequaaf handelen betekent in deze zin het op een maatschappelijk verantwoorde manier een probleem of tegengesteld belang op te kunnen lossen. Dit onvermogen is ontstaan door een onbalans tussen assertiviteit, uiting van agressieve gevoelens, psychische en mentale factoren of aangeleerd gedrag.

Deze vormen van het ontstaan van agressie zijn in mijn ogen te behandelen en zie de mensen met deze problematiek als hulpbehoevend. Zij komen tot agressief gedrag omdat zij geen andere uitweg meer zien en weten niet anders te handelen. Het is een automatische reactie die als copingstrategie is ontwikkeld voor stressvolle en/of bedreigende situaties.

Daar ligt juist het punt waar je de problematiek op kunt behandelen. Het is onmogelijk je van alle risicofactoren te ontdoen of te ontvluchten dus zal je ermee om moet leren gaan.

Instrumentele agressie waarin agressie bewust als middel wordt ingezet laat ik buiten beschouwing in mijn onderzoek.

Agressie	=	Aangeleerd gedrag + Opgekropte negatieve energie + Handelen tegen bedreigende situatie + Middel om op te komen voor je eigen belangen + Overassertiviteit
-----------------	---	---

Theoretisch kader antisociale persoonlijkheidsstoornis

“De wereld is een arena, een gevecht van leven op dood. Anderen zijn erop uit mij eronder te krijgen. Macht maakt veilig. Je moet altijd sterker zijn dan de ander. Ik moet vooral mijn eigen belangen verdedigen, want iemand anders zal dat niet doen. Spijt is voor de zwakken.”
(Annejet Rümke)

In bijlage 1 vind je de DMS-IV en ICD-10 criteria van de antisociale persoonlijkheidsstoornis. Ik geef twee beschrijven van de persoonlijkheidsstoornis en geef uiteindelijk mijn eigen visie.

‘Verkenningen in de psychiatrie’, Annejet Rümke 2004

De antisociale persoonlijkheidsstoornis behoort in cluster B van de persoonlijkheidsstoornissen. De mensen uit cluster B vallen op door heftige emoties, de labiele stemming en het sociale rumoer om hen heen. Het zijn vaak egocentrische mensen, die zichzelf in het middelpunt stellen en slecht kunnen omgaan met wensen, noden en grenzen van anderen. Ze kunnen zich dramatisch uiten met sterk wisselende emoties en hebben vaak een slechte impulscontrole.

Bij de antisociale persoonlijkheidsstoornis is er in feite een stoornis in de moraliteit, zich uitend in een onvermogen zich in de ander in te leven en in een grof gebrek aan respect voor de rechten en grenzen van de ander. Deze mens leeft in een egocentrisch op zichzelf betrokken wereld, waarin hij zichzelf andere rechten toekent dan die voor andere mensen gelden, hij is uit op en geniet van macht over anderen. Hij schuwt geweld niet, heeft een lage frustratietolerantie en een gebrekkige impulsbeheersing. Als er iets mis gaat zal hij altijd de schuld bij een andere leggen. Bij criminelen, daders van zinloos geweld, hooligans en andere gewelddadige groeperingen vind je deze stoornis vaak, maar ook kun je ze aantreffen bij extremistische politici, zakenmensen, leidinggevenden, advocaten of als leerkracht. Mensen met een antisociale persoonlijkheidsstoornis kunnen (maar hoeven niet) een crimineel verleden of leven te hebben.

‘Psychiatrie toegelicht’, Laura Kaiser 2007

Bij de antisociale persoonlijkheidsstoornis is vooral sprake van een zwakke gewetensfunctie. Er ontstaat een agressieve reactie als wensen van hun niet vervuld worden. Het empathisch vermogen is beperkt in de zin van het zich in kunnen leven in de ander zijn belevingswereld, zich kunnen verontschuldigen, rechtvaardige manier van belangen afwegen, erkenning van het slachtoffer zijn van de ander, interesse hebben voor de ander en sympathie opbrengen voor de noden en behoeften van een ander. Schuld van frustratie en agressief gedrag wordt geexternaliseerd. Tevens kan milieu van herkomst aangeleerd hebben agressief te reageren om wensen vervuld te krijgen. Vanuit psychodynamisch oogpunt komt daar bij de opgekropte agressie vanuit hun ontwikkeling, veelal in de steek gelaten door ouderfiguur, het gemis aan affectieve band en onthechting. De antisociale persoonlijkheidsstoornis is gekenmerkt door gedragingen gericht op eigen driftbevrediging, ondanks dat hij daarmee de rechten en belangen van andere schendt en waarbij hij geen rekening houdt met wetten, normen, gevoelens en eigendommen van anderen.

De frustratietolerantie is gering omdat hij zijn driftbevrediging niet kan uitstellen.

Vanuit vele negatieve ervaringen met voor hem belangrijke mensen in hun verleden heeft hij geen empathie ontwikkeld. Hij heeft een basaal wantrouwen in zichzelf en in anderen. Vreest vanuit een laag zelfwaardegevoel geen gevaar ‘omdat zijn leven er toch niet toe doet’. Ziet wel kwetsbaarheden in anderen maar gebruikt deze om eigen doelen te bereiken (instrumenteel?).

Eigen visie antisociale persoonlijkheidsstoornis

In mijn eindstage heb ik voor het eerst patiënten met een antisociale persoonlijkheidsstoornis ervaren. Ik moet toegeven dat ik voorheen nog niet veel wist over deze aandoening. Het was voor mij een persoon die genoot van de ander pijn te doen, zowel fysiek als emotioneel. Daarbij stelde ik me ook voor dat de persoon vrijwel constant onhandelbaar was en slecht in contact.

Achteraf kan ik zeggen dat dit beeld totaal niet aan de orde is geweest. Met de meeste patiënten heb ik een redelijk tot goede relatie (patient – therapeut) gehad. Antisociaal gedrag heb ik wel kunnen waarnemen maar niet in die mate als ik verwacht had.

Ik zie de antisociale persoonlijkheidsstoornis als een aandoening die van (zoals de theorie het ook vermeld) jongs af aan is ontwikkeld door bio-psycho-sociale factoren (stress). Impulsief en onverantwoordelijk gedrag die uit onvermogen adequaat te handelen in stressvolle en/of bedreigende situaties ontstaat. In feite zijn deze personen constant over-assertief omdat ze alle anderen wantrouwen. Ze geloven dat de ander hen niet zal helpen of steunen maar juist tegen willen werken. Er zit niets anders op dan agressief te reageren en vaak heeft agressief gedrag in hun geval nog wel eens iets opgeleverd ook.

Deze stoornis ontstaat door de wereld waarin de persoon op is gegroeid en opgevoed. Van jongs af aan heeft de persoon moeten strijden voor zijn eigen belangen, hebben dierbare personen hem in de steek gelaten en soms ook mishandeld. Een beschermende factor als beschermende ouders of vrienden heeft hij nooit echt gehad. Naast dat zijn andere factoren zoals financiën en opleiding ook een probleem waardoor het mogelijk is dat er een verslaving kan ontstaan.

Zolang de persoon geen psychopaat is en redelijk stabiel wat betreft de psyche denk ik dat er mogelijkheden zijn om de antisociale persoonlijkheidsstoornis zo veel mogelijk terug stabiliseren tot meer verantwoordelijk en gecontroleerd gedrag. Mede dankzij agressieregulatie kan de antisociaal persoon leren om te gaan met tegenslag en spanning.

Antisociale persoonlijkheidsstoornis	=	lage frustratietolerantie + Wantrouwen tegen ieder ander + Impulsief + Onderontwikkeld empathisch vermogen + Alleen op de wereld + Uitgeschakelde gewetensfunctie + Onrealistisch wereldbeeld + Aangeleerd (agressief) gedrag
---	---	--

Op de opleiding krijg je de doelgroepanalyse aangeboden om als psychomotore therapeut een overzichtelijk beeld te krijgen van de psychiatrische stoornissen en daarbij behorende psychomotore strategie. Deze heb ik toegepast op de antisociale persoonlijkheidsstoornis.

Doelgroepanalyse Antisociale Persoonlijkheidsstoornis

A. algemene omschrijving van het ziektebeeld

Een stoornis in de persoonlijkheid die van jongs af aan is ontwikkeld. Er is een stoornis in de moraliteit, heeft een onderontwikkeld empathisch vermogen en een lage frustratietolerantie.

B. opsomming van de belangrijkste symptomen volgens LECS welke staan voor lichamelijk, emotioneel, cognitief en sociaal.

- L** Niet kunnen voelen van spanning door chronische spanningsniveau, eigen ademhaling kan niet worden ervaren, stoornissen in het voelen van bepaalde lichaamsdelen, moeite om eigen lichaam aan te raken.
- E** Onverschillig voor gedragsgevoelens van anderen, impulsiviteit, disfunctionele gevoelsuiting en affecten, gebrek aan empathie, gevoelsarmoede
- C** wegrationaliseren, externaliseren van eigen antisociale gedrag, bedriegen, liegen, onvermogen eigen schuldgevoel te beleven, overtuigd van het feit altijd aan het rechte eind te hebben, weinig vertrouwen in zichzelf als in anderen, ziet andere als onbetrouwbaar en slecht
- S** onvermogen zich te conformeren aan sociale normen, waarden en regels. Roekeloos negeren andermans veiligheid. Niet in staat lange relaties op te bouwen. Wantrouwen naar alle anderen.

C. opsomming van innerlijke gedragskenmerken

De wereld is een arena, een gevecht van leven op dood. Anderen zijn erop uit mij eronder te krijgen. Macht maakt mij veilig. Je moet altijd sterker zijn dan de ander. Ik moet vooral mijn eigen belangen verdedigen, want iemand anders zal dat niet doen. Spijt is voor de zwakken. Gebrekkige impulsbeheersing (Bron: Verkenning in de psychiatrie, Annejet Rümke 2004)

D. opsomming van uiterlijke gedragskenmerken

Verbale en fysieke agressie naar anderen, dieren of materiaal. Liegen, bedriegen en bedreiging. Impulsief gedrag.

E. beschrijving van het kernprobleem in één zin.

Een stoornis in de moraliteit, zich uitend in een onvermogen zich in de ander te leven en in een grof gebrek aan respect voor de rechten van de ander.
(Bron: Annejet Rümke)

F. beschrijving van de belangrijkste behandelingsrichtlijnen

Psychofarmaca in geval van verschijnselen van angst, psychoses of depressie

Cognitieve gedragstherapie

Sociale vaardigheid training

Antroposofische benadering: gericht op het versterken van het gezonde deel van de persoonlijkheid

Agressieregulatie/frustratietolerantie/omgaan met stress en spanning

G. beschrijving van de therapeutische attitude die daar bij hoort.

Directief en steunend

H. PMT-BA aanpak

Agressieregulatie

Onderzoeksgroep

De intensieve en forensische psychiatrische kliniek

Inforsa biedt behandeling, begeleiding en reclasseringsprogramma's voor volwassenen met complexe meervoudige problemen op psychiatrische en forensisch gebied.

(bron: inforsa.nl)

De deelnemers van de module controle en conditie ten tijde van mijn onderzoek waren afkomstig van verschillende afdelingen van de kliniek Inforsa, namelijk: Kliniek Intensieve Behandeling (KIB), de Forensisch Psychiatrische Kliniek (FPK) en de Langdurig Intensieve zorg (LIZ). Ze worden per afdeling kort toegelicht afkomstig van de internetsite van Inforsa (Arkin).

Kliniek Intensieve Behandeling

De KIB biedt klinische overname of verpleegkundige consultatie wanneer een behandeling in een reguliere GGZ-kliniek is vastgelopen of dreigt vast te lopen. Deze ontwrichting kan verschillende oorzaken hebben. Zoals ernstige gedragsproblemen of agressie, zeer complexe problematiek met comorbiditeit of een problematische interactie tussen cliënt en behandelteam.

Forensisch Psychiatrische Kliniek

De FPK biedt beveiligde, intensieve behandeling aan mensen met ernstige psychiatrische gedragsproblemen met een justitiële maatregel. Het doel is de delictgevaarlijkheid binnen de beschikbare tijd te verminderen, zodat resocialisatie via de reguliere GGZ mogelijk wordt.

Doelgroep

De doelgroep van de FPK bestaat vooral uit cliënten met een psychotische kwetsbaarheid. Vaak is daarnaast sprake van persoonlijkheidsproblematiek, middelengebruik en/of een verstandelijke beperking (IQ vanaf 60).

Langdurig Intensieve Zorg

Cliënten van de LIZ hebben langdurig intensieve behandeling nodig. Verblijf in de reguliere GGZ is daarom nog niet geschikt voor hen. De LIZ biedt langdurig intensieve behandeling en begeleiding. Structuur in een veilige, overzichtelijke en ordelijke omgeving. De LIZ biedt zorg op maat voor deze cliënten die anders tussen wal en schip raken.

Onderzoeksgroep specifiek voor de module Controle en Conditie

In mijn onderzoeksgroepen zitten patiënten uit zowel de forensische kliniek, langdurig intensieve zorg als de kortdurend intensieve behandeling. De groepen bestaan uit maximaal 6 personen. Er zijn 3 groepen samengesteld waarin de patiënten geen gelijktijdige start of eind van behandeling hebben. Dit betekent dat er groepsveranderingen kunnen ontstaan. Een patiënt wordt niet willekeurig in een groep geplaatst, maar er wordt goed nagedacht of een bepaalde patiënt wel in een bepaalde groep zou kunnen functioneren en waar ruimte is om tot de therapeutische doelstelling te komen.

Indicatie en behandelplan

De patiënten die geïndiceerd worden voor de module 'controle en conditie' komen zoals beschreven in het hoofdstuk onderzoeksgroep uit verschillende afdelingen van de instelling Inforsa. Waar de patiënten in overeenkomen zijn de gedragsproblemen die ontstaan in stressvolle en voor hun bedreigende situaties. Uitingen als heftige boosheid, agressief gedrag naar anderen of henzelf is het gevolg. De patiënten kunnen niet adequaat omgaan met spanning en ventileren deze op een niet maatschappelijk verantwoorde wijze.

Algemene doelstelling:

- behandelen en stabiliseren van psychiatrische stoornis(sen)
- Delictgevaarlijkheid binnen de beschikbare tijd te verminderen

Doelstellingen die patiënten hebben die in aanmerking komen voor de module 'controle en conditie':

- Leren adequaat om te gaan met spanning
- Leren actief te kunnen ontspannen in tijden van spanning of gespannenheid
- Leren op een gecontroleerde wijze spanningen te ventileren
- Het verkennen en herkennen van persoonlijke grenzen

De module 'Controle en Conditie'

De module 'controle en conditie' op opgesteld door psychomotore therapeut M. Feringa en bewegingsagoog en ervaringsdeskundige P. Theijssen. In de kliniek was er veel vraag naar het aanbod van vechtsporten of beter gezegd Martial Arts. Wat bleek dat veel patiënten al redelijk wat ervaring hadden met gevechtssporten. In de psychomotore therapie zijn er al meerdere takken van gevechtssporten bekend die een therapeutisch doel ondersteunen. Het meeste bekende is bijvoorbeeld de toepassing van Judo in de psychomotore therapie.

Bewegingsagoog P. Theijssen werkzaam voor de Bascule die in de kliniek op gehuisvest was heeft veel ervaringen en deskundigheid op het gebied van kickboksen. Samen met psychomotore therapeut M. Feringa hebben zij de module 'controle en conditie' opgestart

Om de module een therapeutisch karakter te geven moesten doe kickboksoefeningen niet de doelstelling hebben om de ander via de in de sport geoorloofde regels de ander uit te schakelen maar therapeutische doelstellingen krijgen. De naam van de module is met die reden ook niet 'kickboksen' geworden om de patiënten niet de verkeerde indruk te geven. Het woord 'conditie' is eraan toegevoegd om de patiënten meer te stimuleren om deel te nemen aan de module aangezien er animo is voor lichamelijke conditionele ontwikkeling.

Dit zijn de doelstellingen van de module:

- Verkennen en herkennen van (lijfelijke) spanningen
- Omgaan met tegenslag, stressvolle en bedreigende situaties
- Verkennen en herkennen van eigen persoonlijk grenzen en die van de ander
- Respect voor de gestelde omgangsregels en materiaal
- Controle krijgen in eigen kracht en inspanning
- Actief kunnen ontspannen in tijden of na spanning

Naast de kickboksoefeningen worden er adem- en ontspanningsoefeningen aangeboden die we kennen uit de psychomotore therapie en yoga. De oefeningen zijn lichamelijk georiënteerd om inzicht te krijgen tussen spanning en ontspanning. Naast dat bied je de patiënten oefeningen aan die eventueel gebruikt kunnen worden in tijden van spanning (simpel voorbeeld: tot 10 tellen).

Uitvoering in de praktijk

Warming-up:

Opwarming van het lichaam, mentaal als geestelijk voorbereiden, rek- en strekoefeningen, voorbereiden op wat er gaat komen, wennen aan de situatie, omgeving en anderen. Een eerste indruk van de toestand waarin de patiënten zich verkeren voor de psychomotore therapeut.

Oefeningen gericht op techniek:

Puur oefeningen op techniek van stoten, trappen, blokken, ontwijken, voetenwerk, houding en ademhaling. Krachtinspanning tot maximaal halve kracht.

Oefeningen gericht op conditie:

Oefeningen gericht op uithoudingsvermogen en stressvolle situaties waarin controle over eigen handelen moet worden vastgehouden. Technische uitvoering staat voorop.

Oefeningen gericht op verdedigen:

Oefeningen waarbij er ook verdedigd moet worden. Het betekent dat er een aanval terug wordt gedaan wat een bedreigende situaties betekent. Belangrijk is dat de patient het accepteert en gecontroleerd reageert.

Oefeningen gericht op kracht:

Oefeningen waarbij de stoten en trappen op een krachtiger niveau mogen worden uitgevoerd, eventueel zelfs op 100% gegeven kracht. Belangrijk is dat de patiënt niet over die 100% de oefeningen gaat uitvoeren wat dan verliest hij de controle. Een belangrijk element is doseren. De patiënt kan precies uitvoeren wat hem is opgedragen.

Oefeningen gericht op het verdrijven:

Leiden - volgen. Een bekend thema uit de psychomotore therapie waarbij de één mag leiden en de ander moet volgen, en omgekeerd. Dit kan een bedreigende situatie betekenen, namelijk dat de ander in jouw territorium komt en je wegdrijft. Belangrijk is dat de persoon die wordt weggedreven gecontroleerd reageert en goed zijn grenzen aangeeft. Belangrijk voor de ander is gecontroleerd weg te drijven en de grens van de ander te bewaken. Deze oefeningen gebeurt vooral met de psychomotore therapeut.

Oefeningen t.o.v. elkaar:

Bijna alle oefeningen zijn direct met de psychomotore therapeut. Als de psychomotore therapeut het vertrouwt om de patiënten met elkaar te laten oefeningen wat uiteindelijk ook het doel is. De patient moet met meerdere personen oefenen om te gaan met stressvolle en bedreigende situaties.

Oefeningen op elkaar

Dit zijn ook oefeningen waarbij er al vertrouwen is opgebouwd. Het zijn oefeningen waarbij de stoten en trappen de ander op een bal of direct op het lichaam raken of juist net niet raken.

Cooling down en ontspanningsoefeningen:

Uitlopen, rek- en strekoefeningen, ontspanningsoefeningen op de mat, ademhalingsoefeningen op weer te ontspannen en de ademhaling rustig te krijgen.

In de het boek '*In beweging*' staat een vergelijkbaar product voor de antisociale persoonlijkheidsstoornis gericht op de impulscontrole problematiek. Deze kunt u vinden in bijlage 2

Onderzoeksinstrumenten**LECS Observatie**

Hier worden observaties verdeeld in het lichamelijke, emotionele, cognitieve en sociale aspect.

Agressie Vragen Lijst (AVL)

Zowel voor- als achteraf ingevuld door de patiënten die deelnamen aan de module controle en conditie. Zelfstandig of met hulp van een persoonlijke begeleider op de afdeling. Het zijn 29 uitspraken gericht op gedrag met betrekking tot agressie, boosheid en bedreigende situaties. Op elke uitspraak kan er worden aangegeven in welke mate je er mee eens bent.

In bijlage 3 vindt u een voorbeeld van de agressievragenlijst.

Met de uitkomsten van zowel de voor- als achteraf ingevulde vragenlijst wil ik meten welk zelfbeeld en inzicht er is in eigen handelen in stressvolle en bedreigende situaties en of daar verandering in is te zien na het volgen van de module controle en conditie. Erkenning van een lage frustratietolerantie betekent dat de patiënt inzicht heeft in eigen handelen en zich herkent in agressief gedrag.

Resultaten

LECS Observatie

LECS Observatie	Voor	Na
Lichamelijk	- Ineengezakt - Trage reactie/beweging - Passieve houding - Snel vermoeid/uitgeput - Geeft aan niet gespannen te zijn - Mimiek soms boos - Doordringende blik - Oninvoelbare blik - Kijkt naar beneden - Geeft volop lijkt onbesuisd veel kracht - Mist nog wel een het doel (stootkussen) - Vaak in onbalans, zwalkend	- Actievere houding maar kan ook op een dag weer heel ingezakt en passief zijn - Betere uithoudingsvermogen - Stabieler - Kan beter doseren in kracht, maar nog wel eens onbesuisd hard - Ontspanning in gezicht tijdens oefeningen - Regelmatige ademhaling, minder snel buiten adem - Lichaam is meer in rust tijdens ontspanningsoefeningen
Emotioneel	- Patiënt lijkt gespannen - Patiënt lijkt geagiteerd - Patient lijkt soms weer neerslachtig - Over het algemeen is het niet goed te peilen welke emoties er spelen bij de patient, het is meer apathisch	- Patient laat meer emotie zien - Er wordt meer gelachen tijdens de sessie - Sommige patiënten kunnen aangeven hoe ze zich voelen - Er worden persoonlijke grenzen aangegeven
Cognitief	- Patient geeft regelmatig aan de oefening niet te kunnen - Wijt soms mislukking aan onkunde stagiair therapeut - Vindt zichzelf niet agressief, boosheid komt door omstandigheden - Gecombineerde oefeningen worden soms niet begrepen, raken in de war.	- Patienten lijken de gecombineerde oefeningen beter en sneller op te pakken. - Patient geeft vrijwel niet meer aan de oefening niet te kunnen -
Sociaal	- Oninvoelbare blik lijkt de patient afwezig te zijn - Kijkt bijna aan, vaak gericht in de verte - Patienten naar elkaar hebben vrijwel geen contact	- Er is meer contact tussen patient en therapeut en tussen de patiënten - Patient helpt soms de ander met de oefening door aanwijzingen te geven en te motiveren.

Agressie Vragen Lijst (AVL)

De agressie vragenlijst is een Nederlandse versie van *Buss & Perry's Agression Questionnaire (1992)*. De vragenlijst bestaat uit 29 items en meet verschillende vormen van agressief gedrag, namelijk: fysieke agressie, verbale agressie, woede en vijandigheid ((AVL; Meesters, Muris, Bosma, Schouten & Beuving, 1996). Om deze structuur van vier factoren te behouden, moesten er in de Nederlandse versie drie items worden weggelaten.

Wat uiteindelijk lastig bleek was wat ik nou precies kon meten wat relevant voor mij zou zijn geweest, namelijk of de module 'controle en conditie' werkt als agressiehantering. Ik heb daarom niet de officiële meetinstrumenten maar een eigen conclusie getrokken uit de resultaten. Ik richt me tot het zelfbeeld en zelfinzicht van de patient op zijn eigen gedrag. Erkent de patient zijn eigen agressief gedrag.

Een tweede punt wat lastig bleek is dat sommige patiënten de lijst niet wilden invullen. Ik vermoed uit wantrouwen en deconstructieve houding tegen de hulpverlening.

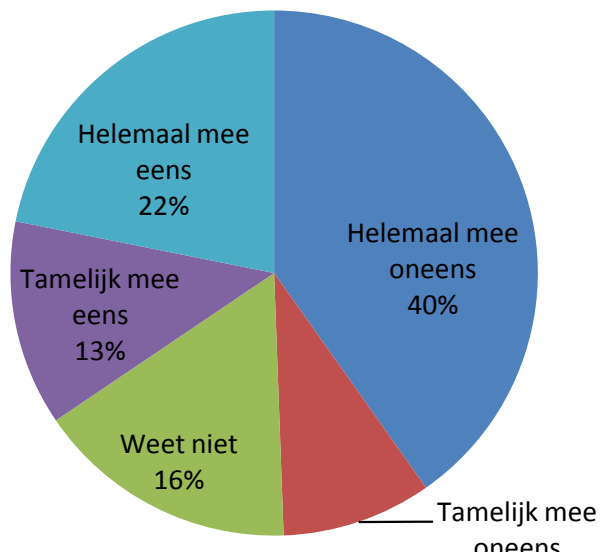
Een laatste hobbel op de weg is geweest dat er tussentijds mijn onderzoek veel wisselingen zijn geweest waardoor het aantal patiënten niet zowel voor als na de periode van 8 weken de lijst heeft kunnen invullen.

Ik kom uit op 3 patienten de gehele periode voldoende aanwezig zijn geweest.

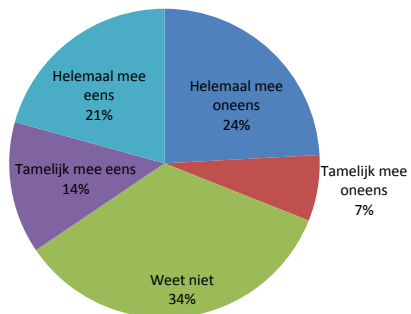
Zoals eerder beschreven bestaat de AVL uit 29 stellingen gericht op agressief gedrag. Ik heb de resultaten van de 3 patienten verwerkt in een taartdiagram en verdeeld in de mogelijke antwoorden, van helemaal mee eens naar helemaal mee oneens met deze stelling.

De resultaten staat op de volgende pagina weergegeven

AVL 3 deelnemers voor



AVL 3 Deelnemers Na



Conclusie

De resultaten uit de LECS observatie, AVL en literatuurstudie brengen mij tot de volgende conclusie.

“Kan kickboksen als methodiek in de psychomotore therapie een bijdrage leveren om op een gecontroleerde wijze agressie te leren uiten voor mensen met een antisociale persoonlijkheidsstoornis in de intensieve en forensische psychiatrie”?

Ja! In mijn ogen zijn de patiënten positief veranderd in hun gedrag ten opzichte van hun gedrag bij de start van het onderzoek. Om te beginnen heb ik uit de literatuur opgemaakt dat er wel degelijk mogelijkheden zijn om de antisociale persoonlijkheidsstoornis te behandelen, al richt je niet direct op de persoonlijkheidsstoornis zelf maar op het agressieve gedrag wat erbij hoort. Het aangeleerde agressieve gedrag kan door differentiële bekrachtiging veranderen in verantwoord en constructief gedrag, namelijk op een adequate wijze omgaan met stressvolle en bedreigende situaties. Er wordt dus in zo geëxperimenteerd met ander gedrag die voor hen ook heel voordelig kan zijn. Het brengt ze respect, vertrouwen, complimenten en vooruitgang in het algemene proces van de behandeling.

De module behaalt zijn doelstellingen al blijft het in algemene zin. De patiënten groeien steeds meer in de module en raken vertrouwd met de omgangsregels en de oefeningen. Deze worden door wat ik vermoed positieve ervaringen geaccepteerd. Door veelvuldige oefening met het doseren van krachtsinspanning krijgen de patiënten meer controle over eigen handelen. De acties zijn niet meer impulsief maar gecontroleerd uitgevoerd, zelfs in tijden van bedreigende situaties (bij een tegenaanval bijvoorbeeld). De wisselwerking tussen het intensieve en de ontspanningsoefeningen hebben de werkingen dat de patiënt meer zijn eigen lijf gaat voelen, vooral de ontspanning wordt ervaren.

Het kickboksen heeft in mijn ervaring niet geleid tot extra agressief gedrag. Duidelijke omgangsregels zorgen ervoor dat de oefeningen alleen in tijden van de module blijven. Zodra het doel van de module, namelijk omgaan met spanning en niet het leren kickboksen, niet binnendringt, is het op dat moment einde verhaal. De patiënten begrijpen dat de veiligheid gewaarborgd moet blijven.

Of de module wel geschikt is voor patiënten met een antisociale persoonlijkheidsstoornis is zeker gebleken. Ik moet zeggen dat ik vrijwel geen verschil heb kunnen zien tussen de patiënten met en zonder deze stoornis. Patiënten met een antisociale persoonlijkheidsstoornis zijn zeker niet onhandelbaar en ik heb mij geen één keer onveilig of bedreigt gevoeld.

Ik heb de module vergeleken met het theoretisch kader van agressie en de antisociale persoonlijkheidsstoornis. De module sluit in mijn ogen aan op de beschreven theorie. Namelijk dat agressie kan worden bestreden door te leren omgaan met bepaalde stressvolle en bedreigende situaties. Aangeleerd gedrag kan door differentiële bekrachtiging omgekeerd worden naar positief constructief gedrag.

Ondanks de positieve gedragsverandering die bij vrijwel elke patiënt is te zien ben ik van mening dat het nog een te weinig psychomotorisch karakter heeft. De wijze van aanbod is nog heel praktisch gericht wat misschien bij deze doelgroep wel past maar ik zie toch nog mogelijkheden meer inzichtelijk te werken. Wat namelijk niet duidelijk wordt is of het nieuwe positieve gedrag ook buiten de zaal zijn werking heeft. De patiënt komt daar in aanmerking met onverwachte stressvolle en bedreigende situaties waar ze in de module nog voorspelbaar zijn en de patiënt zich erop kan

voorbereiden. Ik heb nog vrij weinig inzicht gekregen in het denken, handelen en voelen die in de psychomotore therapie toch heel belangrijk zijn. Ik zou nog meer tijd vrij maken voor reflectie en evaluatie na een bepaalde oefening.

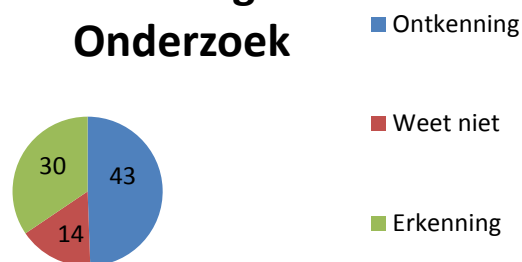
Op de vraag of de AVL een geschikt instrument is geweest om een beeld te krijgen in het inzicht van de patiënt in eigen handelen met betrekking tot agressie? Voor mij bracht het niet een duidelijk resultaat en was relevant genoeg tot de centrale vraagstelling. Er zijn wel duidelijke verschillen te zien tussen vooraf ingevulde vragenlijst en de achteraf ingevulde vragenlijst. Te zien is dat de erkenning in agressief gedrag groter is in de achteraf ingevulde lijst. Dat zou kunnen betekenen dat de module hen meer inzicht heeft gegeven in eigen handelen en ze beseffen dat ze zich wel degelijk agressief gedragen in bepaalde omstandigheden. Het antwoord 'weet niet' is ook zichtbaar groter geworden en de ontkenning kleiner. Dat zou kunnen betekenen dat de patiënten niet meer stellig ontkennen zich wel een agressief te gedragen.

Ik trek mijn grote twijfels of de vragen een eerlijk beeld geeft van het zelfbeeld van de patiënten.

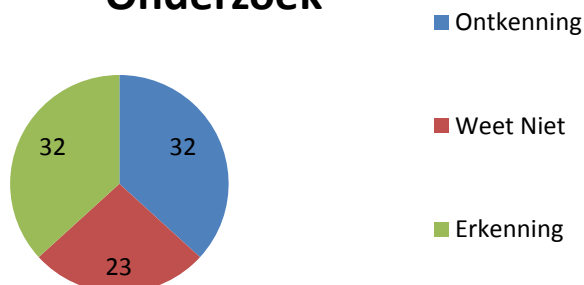
Vele factoren kunnen van invloed zijn op het moment dat ze de vragenlijst invullen, en daar bedoel ik vooral het psychotisch ziektebeeld mee.

Voor een volgende keer zou ik de vragenlijst meer willen relateren aan de gedragingen in de module omdat je de resultaten van de ingevulde lijst kan vergelijken met je eigen observaties. Nu zijn de vragen nog meer gericht op situaties die buiten de zaal zouden kunnen gebeuren (transfer).

Erkenning VS Ontkenning Agressief Gedrag Voor Het Onderzoek



Erkenning VS Ontkenning Agressief Gedrag Na Het Onderzoek



Discussie

Toen ik eenmaal volop bezig was met mijn onderzoek was ben ik tot de conclusie gekomen dat ik het onderzoek een volgende keer anders zou gaan aanpakken. Er blijkt uit de resultaten wel enige verandering te zijn in het gedrag van de patiënten. Gedrag waar in de doelstelling naar wordt gestreefd, namelijk adequaat omgaan met stressvolle en bedreigende situaties. De module blijkt door vooral praktische oefening de patiënten te leren om te gaan met spannende situaties en daarbij actieve ontspanningsoefeningen. Wat dat betreft heeft de module zeker zijn werking.

Naarmate ik steeds vertrouwder werd met de sport en de module begon ik toch te twijfelen aan het psychomotorisch karakter. Misschien verwacht ik te veel van deze doelgroep en dat zou kunnen met mijn geringe ervaring in de intensieve en forensische psychiatrie ten opzichte van de daar toen werkende psychomotore therapeut. Maar er is niets mis met een hogere uitdaging te zoeken en streven naar een beter resultaat. Als ik de module zou mogen aanpassen dat zou ik zoals ik al in de conclusie naar voren breng meet tijd vrijmaken voor inzicht in eigen denken, handelen en voelen.

De onderzoeksinstrumenten brachten mij tijdens het maken van de afstudeeropdracht vaak in twijfel. Wat zou kan ik nou met deze gegevens en kan ik hiermee de ander overtuigen van het feit dat ook kickboksoefeningen een uitstekende methodiek kan zijn voor in de psychomotore therapie.

De LECS observatieschema is een prettige methode om mee te werken maar maakt het voor een eindresultaat toch vrij lastig een goede conclusie te maken. Het blijft toch bij observatie, bepaalde feiten die zijn waargenomen maar is in mijn eigen nog niet genoeg om het tot een evidence based module te maken.

Literatuurlijst

Rümke, A. (2004). Verkenningen in de psychiatrie. Een holistische benadering
Zeist: Indigo

Van Hattum, M., Hutchemaekers, G (2000). In Beweging
Utrecht: Trimbos-instituut

Scholing, A., Wolters, P (2006). Leven met een antisociale persoonlijkheidsstoornis
Houten: Bohn Staflau van Loghum

Prof.dr. Vandereyken, W., Prof.dr. Hoogduin, C.A.L., Prof.dr. Emmelkamp (2000), Handboek
Psychopathologie deel 1 basisbegrippen
Houten: Bohn Staflau van Loghum

Prof.dr. Vandereyken, W, Prof.dr. Hoogduin, C.A.L, Prof.dr. Emmelkamp (2000), Handboek
Psychopathologie deel 2 klinische praktijk
Houten: Bohn Staflau van Loghum

Van Dooremalen, H., Vervoort, M. (2005). Effectief omgaan met agressie en geweld
:Reeds business

Breakwell, G.M. (2000). Omgaan met agressief gedrag
Zutphen: ThiemeMeulenhoff bv

Westerveld, T. (2004). Omgaan met agressie kun je leren
: Paperback

Derken, J. (1994). Handboek Persoonlijkheidsstoornissen
:Hardcover

Kaiser, L. H. W. M. (2007) Psychiatrie toegelicht
:Paperback

Bijlagen

Bijlage 1

DSM-IV Criteria

- Ten minste 18 jr
- Evidentie zijn voor een gedragsstoornis voor het 15^e jaar uit ten minste 3 van de volgende criteria
 - Een onvermogen zich te conformeren aan sociale normen m.b.t. het zich in overeenstemming met de wet gedragen zoals blijkt uit herhaaldelijke voorkomende handelingen die een reden voor arrestatie vormen;
 - Geïrriteerdheid en agressiviteit zoals blijkt uit herhaalde lijfelijke vechtpartijen of aanvallen van anderen;
 - Constante onverantwoordelijkheid zoals blijkt uit herhaald onvermogen om consistent werkgedrag vol te houden of financiële verplichtingen na te komen;
 - Impulsiviteit of onvermogen om met het oog op de toekomst te 'plannen';
 - Bedriegen zoals blijkt uit het herhaald liegen, een andere naam voorwenden, anderen met smoesjes overreden om persoonlijk voordeel of plezier te behalen;
 - Het roekeloos negeren van de veiligheid van zichzelf en anderen;
 - Een gebrek aan wroeging zoals blijkt uit het onverschillig zijn of wegrationaliseren van het benadelen, mishandelen of stelen van anderen.
- AP vindt niet exclusief plaats in het beloop van schizofrenie of een manische episode.

Daarnaast moeten er aanwijzingen zijn dat er ook voor het vijftiende levensjaar antisociaal gedrag is vertoond; of preciezer gezegd: een gedragsstoornis. Daarvoor moet men blijk geven van ten minste drie van de volgende vijftien kenmerken:

Agressie tegen mensen en dieren, bijvoorbeeld:

- Dikwijls anderen gepest, bedreigd of geïntimideerd.
- Vele malen begonnen met vechtpartijen.
- Gebruik gemaakt van een wapen, bijvoorbeeld een pistool, mes of andere voorwerpen die anderen ernstig letsel kunnen toebrengen.
- Heeft anderen mensen mishandeld.
- Heeft dieren mishandeld.
- In directe confrontatie iemand beroofd.
- Iemand gedwongen tot seks.

Vernieling van eigendommen, waaronder:

- Opzettelijk brand gesticht, met als doel ernstige schade aan te brengen.
- Andere manier opzettelijk andermans eigendommen vernield.

Onbetrouwbaarheid of diefstal, bijvoorbeeld:

- Eén of meerdere inbraken gepleegd, in huizen, gebouwen of auto's.
- Dikwijls gelogen om goederen of gunsten van anderen te krijgen, of om verplichtingen te ontduiken.
- Spullen van waarde gestolen zonder persoonlijke confrontatie met het slachtoffer.

Ernstige schending van regels, bijvoorbeeld:

- Voor het dertiende levensjaar vaak 's nachts van huis gebleven, ondanks een verbod van de ouders.
- Ten minste twee keer van huis weggelopen en toen ook 's nachts weggebleven.
- Al voor het dertiende levensjaar gespijbeld van school.

ICD-10 Criteria

Hierin wordt van een dissociële persoonlijkheidsstoornis gesproken. Er moet in behoorlijke mate zijn van ten minste 3 van de volgende criteria.

- Een harde onverschilligheid voor de gedragsgevoelens van anderen;
- Een grove en hardnekkige houding van onverantwoordelijkheid en negeren van sociale normen, regels of verplichtingen;
- Onvermogen om duurzame relaties te handhaven, maar geen moeilijkheden om ze aan te gaan;
- Hele lage tolerantie van frustratie en een lage drempel voor het ontladen van agressie, inclusief geweld;
- Onvermogen om schuld te beleven en om te leren van ongunstige ervaringen, met name straf;
- Opvallende geneigdheid om anderen de schuld te geven of om plausibele rationalisaties te geven voor het gedrag dat de persoon in conflict brengt met de maatschappij.

Aanhoudende geïrriteerd en de aanwezigheid van een gedragsstoornis gedurende de kindertijd en puberteit completeren het klinische beeld maar zijn geen vereisten voor deze diagnose.

Bijlage 2

Programma uit het boek *In beweging*

Rationale	Bij een antisociale persoonlijkheidsstoornis is de gewetensfunctie in ernstige mate gestoord. Bij de client met een antisociale persoonlijkheidsstoornis ontbreekt de controle over zijn agressieve impulsen. Agressieve delicten zijn het gevolg. De client ervaart in het algemeen geen (lijfelijke) spanningsopbouw voorafgaande aan een impulsdoorbraak en heeft dus het idee dat hij impulsdoorbraken niet kan voorkomen. Via Psychomotore Therapie kan de client zijn eigen spanningsopbouwleren ervaren. Hij kan leren om in spanningsvolle situaties te herkennen en te beheersen. Er wordt via lijfelijke ervaringen geprobeerd om tot een cognitieve herstructurering bij de client te komen ("ik kan mijn spanningsopbouw controleren en dus mijn eigen agressieve impuls beheersen", in plaats van "de ander veroorzaakt mijn agressie en veroorzaakt dus mijn impulsdoorbraak", of "de agressie overkomt mij, ik kan er niet tegen doen").
Indicaties	Ernstige impulscontrole stoornis met acting-out gedrag. Weinig contact hebben met het eigen lichaam door chronische overspanning, het niet kunnen voelen van het eigen lichaam of het lichaam enkel kunnen voelen bij extreme lichamelijke inspanning. Het eigen destructieve handelen al ik-vreem ervaren ('rode waas voor mijn ogen vlak voor en tijdens de agressieve handeling'), het gevoel buiten zichzelf te zijn. Een gestoorde waarneming van het eigen lichaam. Spanning van (bepaalde) spieren wordt bijvoorbeeld niet waargenomen, de eigen ademhaling kan niet ervaren worden, er zijn stoornissen in het voelen van bepaalde lichaamsdelen en client heeft moeite om het eigen lichaam aan te raken.
Contra-indicaties	Geen lijdenslast. Geen overeenstemming over een behandel noodzaak, ook niet vanuit extern bepaalde (lijdens)last. Sportactiviteiten zijn een te grote trigger voor destructieve handelingen gezien de cultivering van (eerder) beoefende vechtsporten. Ernstige lichamelijke klachten.
Doelen	Leren onderkennen, controleren en beheersen van impulsen die eerder agressief destructief handelen tot gevolg hadden. Sociaal wenselijk leren handelen.
Interventies	De rol van de therapeut is directief en steunend. Interventies hebben betrekking op • Het leren ervaren van lichaamsspanning • Het aanbieden van spanningsverhogende activiteiten • Het expliciteren van al succesvol toegepaste adequate acties van de client die zijn spanning verlagen • Het zoeken naar verdere spanningsverlagende activiteiten • Het oefenen met spanningsverlagende activiteiten op bewegings- en lichaamsgericht niveau

Randvoorwaarden	Middelgrote werkruimte met weinig prikkels. Slag-, stoot- en schopmiddelen voorhanden. Expliciete afspraken over veiligheid. Voor de client: geen destructie gericht op eigen persoon, therapeut, andere deelnemer en materiaal. Voor de therapeut: geen lijfelijke acties/interventies zonder vooraankondiging en commitment. VO-opgeleide psychomotorisch therapeut met ruime ervaring in (algemene) agressieproblematiek en socialisatie.
Behandelduur	8 bijeenkomsten met optie tot 16 bijeenkomsten, 1 keer in de week 50min.
Eindtermen	Patiënt kan (beter) omgaan met stressvolle en bedreigende situaties. Heeft enig inzicht in eigen persoonlijk grens en die van de ander. Kan omgaan met omgangsregels en enige vorm van respect voor het anderen en het materiaal.