



[www.DirectieveTherapie.nl](http://www.DirectieveTherapie.nl)

## Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij  
**de Stichting Cognitie en Psychose.**

Voor alle vragen:  
[info@gedachtenuitpluizen.nl](mailto:info@gedachtenuitpluizen.nl)

# Zelfcontroleprocedures bij de ambulante behandeling van agressief gedrag

Peter Meulenbeek, Kees Hoogduin en Cas Schaap \*

---

## Samenvatting

*De toepassing van zelfcontroleprocedures bij de behandeling van agressie wordt beschreven. Drie gevalsbesprekingen illustreren de behandelprocedure. Alcoholgebruik blijkt agressie vaak in de hand te werken. Wanneer de cliënt zijn agressieve uitingen niet als probleem ervaart, dient aan de motivering voor behandeling extra aandacht besteed te worden.*

## Inleiding

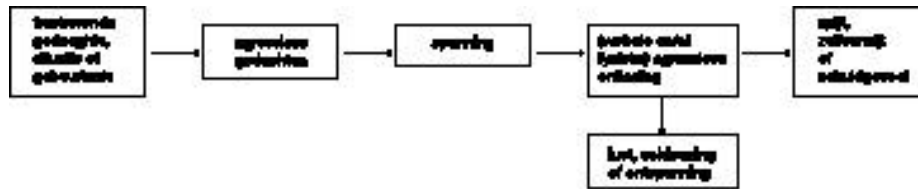
Cliënten met een stoornis in de zogeheten agressieregulatie stellen degenen die in de ambulante geestelijke gezondheidszorg werkzaam zijn vaak voor grote problemen. De cliënt wil vaak niet in behandeling en als hij dat wel wil weet de hulpverlener niet goed wat hij moet doen. Vaak speelt alcoholmisbruik bij het beledigend, vernielzuchtig gedrag een belangrijke rol (Walker & Brodsky, 1979). Wanneer agressief gedrag tot ernstige gevolgen voor de omgeving leidt en de booswicht er spijt van heeft of sterk onder druk wordt gezet, wordt soms behandeling gezocht. Voor deze, beperkte, groep cliënten kan de hier beschreven behandelmethode een bijdrage leveren om te leren zich te beheersen. Bij cliënten zonder spijt moet eerst maar geprobeerd worden de 'probleemdoos' te vullen (zie Van der Velden en Scholing, 1994).

## Directieve gedragstherapie, zelfcontroleprocedures

Bij de behandeling van agressie is het verkrijgen van zelfbeheersing het eerste behandelgoal. Zelfcontroleprocedures zijn vooral goed bruikbaar bij klachten die onder regie van de wil vallen, zoals gokken, te veel eten, werk uitstellen (Hoogduin, 1980). De therapeut en de cliënt maken eerst een gedragsanalyse volgens de in figuur 1 aangegeven volgorde.

---

\* DRS. P. MEULENBEEK is als psycholoog verbonden aan het Centrum Verslavingszorg Zeestraat te Den Haag;  
DR. C.A.L. HOOGDUIN is als hoogleraar psychopathologie verbonden aan de vakgroep Klinische Psychologie en Persoonlijheidsleer van de KU Nijmegen;  
DR. C. SCHAAP is als universitair hoofddocent verbonden aan dezelfde vakgroep.



Figuur 1 Volgorde van gebeurtenissen bij cliënten met agressieve ontladingen.

De cliënt observeert en registreert de voor hem geldende volgorde en voert daarna het opgestelde programma uit.

Het programma is opgebouwd uit maatregelen die genomen kunnen worden voordat de agressieve uiting plaatsvindt (stimuluscontrole en responsinterventie), en maatregelen wanneer de uiting al heeft plaatsgevonden (responsconsequenties). Zelfcontroleprocedures vragen in de regel veel inspanning van de cliënt; vandaar dat het goed motiveren van de cliënt belangrijk is voor het welslagen van de behandeling (Schaap et al., 1989). Dit kan onder andere gebeuren door:

- de cliënt te wijzen op de negatieve consequenties van zijn gedrag voor hemzelf en anderen, of beter nog: de cliënt te stimuleren deze negatieve consequenties zelf onder ogen te zien;
- de cliënt duidelijk te maken dat hij kan leren controle te krijgen over zijn agressieve impulsen;
- met de cliënt de winst te berekenen die adequaat gedrag zal opleveren.

Er moet naar gestreefd worden belangrijke personen uit de omgeving van de cliënt bij de behandeling te betrekken (Meichenbaum & Jaremko, 1983).

De zelfcontroleprocedure die bij de in dit artikel beschreven behandelingen was toegepast, was als volgt opgebouwd (zie ook: Meichenbaum, 1975; Feindler et al., 1984; McCullough et al., 1977).

Op de eerste zitting verzamelt de therapeut informatie over het agressieprobleem. Gezamenlijk stellen de therapeut en de cliënt de behandeldoelen vast. De cliënten wordt gevraagd hun moeilijkheid uiteen te rafelen volgens figuur 1. Ook wordt gevraagd de relevante omgevingsfactoren voor, tijdens en na de agressieve uiting op te schrijven. Op basis van deze gegevens wordt er een op de cliënt toegesneden behandelplan opgesteld.

### Behandelplan

Het behandelplan bestaat uit de volgende onderdelen.

- 1 *Registratie.* Om een goede registratie te garanderen krijgt de cliënt een formulier, waarop elke dag de agressieve gevoelens, en uitingen duidelijk weer te geven zijn.
- 2 *Stimuluscontrole.* De omgeving van de cliënt wordt zodanig ingericht dat de kans op agressie kleiner wordt. Hierbij kunnen de partner en anderen ingeschakeld worden.

- 3 *'Incompatible respons' als stimulus-responsinterventie*. Zodra de cliënt agressieve gedachten en/of een spanningsgevoel ervaart, die in het verleden vooraf gingen aan daadwerkelijke agressie verlaat de cliënt de prikkelende situatie en zoekt afleiding (zie fig. 1).
- 4 *Cognitieve herstructurering*. Door (bijvoorbeeld) gebruik te maken van humor (Novaco, 1977; Smith, 1973) en het bieden van een andere kijk op de situatie kan worden bereikt dat de cliënt de situatie anders gaat beoordelen en zich anders zal gedragen.
- 5 *Ontspanningsoefeningen*. De cliënt wordt geleerd zich te ontspannen. Ontspanning kan ook als stimulus-responsinterventie worden toegepast.
- 6 *Responsconsequenties*. Agressieve uitingen worden gevolgd door consequenties. Deze kunnen bestaan uit excuses aanbieden, de rommel opruimen, vergoeden van vernielde zaken, aanschaffen van een cadeau voor het slachtoffer. Wanneer de agressie in de relatie met de partner voorkomt, kan gedacht worden aan activiteiten die de relatie verbeteren. Ook activiteiten die de cliënt belangrijk vindt maar gemakkelijk uitstelt, zoals klusjes in huis doen, komen in aanmerking.
- 7 *Vaardigheidstraining*. Een recente situatie die tot agressie heeft geleid, wordt zo goed mogelijk nagespeeld. Het ontstaan, het verloop en de consequenties worden uitvoerig met de cliënt besproken. Daarna worden alternatieve sociaal acceptabele reacties met de cliënt doorgenomen, waarna de prikkelende situatie opnieuw wordt gespeeld en de cliënt zich gedraagt op de nieuwe manier. Over het verschil in verloop en consequenties wordt nagepraat.
- 8 *Preventie van recidieven*. Er worden tevens situaties nagebootst waarin de cliënt vaak veel moeite heeft zijn agressie te beheersen. Door dergelijke oefeningen kan de cliënt zich de meer volwassen gedragingen eigen maken in uiteenlopende situaties. Hierdoor wordt de kans op recidief kleiner (vgl. Collins & Marlatt, 1983).

### ***Uitvoeren van het behandelplan***

Bij elke bijeenkomst doet de cliënt verslag van zijn vorderingen. Waar nodig worden veranderingen in het programma aangebracht. Waar de toepassing van de techniek mislukte, wordt met de cliënt verder geoefend.

### ***Evaluatie***

Na vijf zittingen vindt een eerste evaluatie plaats. Wanneer op de tiende zitting blijkt dat er geen vermindering van de agressie is, kan de therapie bij deze cliënt als niet effectief worden beschouwd.

### ***Metingen***

Het effect van de behandeling wordt vastgesteld met behulp van zelfregistratie en de Zelf-Analyse-Vragenlijst (ZAV) (Van der Ploeg et.al., 1982). De zelfregistratie bestaat uit het dagelijks invullen van een formulier waarop de cliënt het aantal malen noteert dat hij boos, woedend of agressief is. Hij noteert daarbij het tijdstip, de duur, de aanleiding, de oplossing, de schade/gevolgen en eventueel drugs- of alcoholgebruik. Deze gegevens worden omgezet in een grafiek, die op elke zitting (eenmaal per week)

wordt bijgewerkt. De ZAV voor het meten van boosheid en woede als toestand en als dispositie wordt op de eerste, vijfde, tiende en de follow-up-zitting (drie maanden na de behandeling) afgenomen.

## Drie voorbeelden

Drie agressieve cliënten die waren aangemeld bij een RIAGG zijn door de eerste auteur volgens het beschreven model behandeld.

---

*De heer Smits, 39 jaar oud, is vaak gespannen en snel geïrriteerd. Hij kan zich soms zo kwaad maken dat hij zijn zelfbeheersing verliest. Dit gebeurt gemiddeld twee keer per week. Cliënt heeft sinds drieënehalf jaar een WAO-uitkering. Zijn vrouw werkt vier dagen per week; hij doet het huishouden. De relatie wordt als 'redelijk' getypeerd. Sinds cliënt niet meer gewoon buitenshuis werkt, is hij in toenemende mate geïrriteerd en agressief. Een blaffende hond op de camping of het doen van de huishouding zonder een prijzend woord van zijn vrouw, kan hem zo kwaad maken dat hij begint te schelden. Soms voelt hij daarbij de neiging tot slaan. Daarna heeft hij vaak spijt van wat hij gezegd of gedaan heeft. Excuses aanbieden vindt hij heel moeilijk; soms duurt het dagen voordat hij de moed hiervoor kan opbrengen. Cliënt heeft geen hoge dunk van zichzelf. Sterker: hij voelt zich een mislukkeling.*

*Als stimulus-responsinterventie wordt gekozen voor motorische activiteiten en hobby's (een à twee uur fietsen, wandelen, modelbouwen of ontspanningsoefeningen). Tijdens de zittingen worden de frustraties geanalyseerd en wordt getracht zijn kijk op de situatie en zijn gedrag te veranderen door rollenspel en relativering. Tevens wordt er aandacht geschonken aan riskante situaties. Omdat cliënt, voordat er agressie optreedt, erg gespannen wordt, wordt besloten dit als een teken op te vatten dat hij de situatie moet verlaten. Vindt er toch agressie plaats, dan zijn de volgende responsconsequenties opgenomen: het slachtoffer excuses aanbieden, een uur lang extra huishoudelijk werk en vervelende klusjes doen.*

*Op de vijfde zitting blijkt cliënt geen enkele keer kwaad of woedend te zijn geweest. De boosheidsdispositie op de ZAV blijkt gedaald te zijn van 38 naar 23 (norm 17), de toestandsboosheid is steeds laag geweest, respectievelijk 10 en 10 (norm 12). In overleg met hem wordt besloten de behandeling na vijf zittingen af te sluiten. Tijdens de evaluatie vertelt de heer Smits veel te hebben gehad aan de zelfcontroleprocedure. Hij is zich ervan bewust geworden hoe de agressie ontstond. Ook de interventies vindt hij nuttig en hoewel hij geen enkele keer meer agressief is geworden, past hij als hij zich wat gespannen voelt de ontspanningsoefeningen en de motorische activiteiten een paar keer per week toe. Bij follow-up gaat het hem nog steeds goed. De scores op de ZAV zijn gelijk aan die van de vijfde zitting.*

---

*De heer Hermens, dertig jaar oud, meldt zich aan met het probleem dat hij vaak gespannen is en last heeft van agressief gedrag. Sinds kort zit hij in de ziektewet in verband met gewrichtsklachten, spanningen en prikkelbaarheid. Hij werkt in een fabriek, maar heeft een hekel aan werk tussen vier muren. Tijdens een woedebui vernielt hij allerlei huisraad en bonkt hij met zijn hoofd tegen de muur. Bij aanmelding komt een dergelijke aanval gemiddeld zeven keer per week voor. Hij is bang dat hij zijn vrouw en zijn kind zal slaan. De aanvallen ontstaan meestal na het drinken van alcohol.*

*Na analyse van het probleem worden de volgende interventies afgesproken: als hij zich zorgen maakt of gespannen is, zal hij motorische activiteiten uitvoeren, zoals sporten en wandelen, of ontspanningsoefeningen doen. Tijdens de zittingen worden zijn teleurstellingen*

*geanalyseerd. Met rollenspel en relativerende opmerkingen wordt getracht zijn kijk op de situaties en zijn gedrag te veranderen; tevens wordt zijn alcoholgebruik verminderd. Het blijkt dat wanneer zijn handen gaan trillen dit een teken is dat agressie dreigt. Op dat moment zal hij onmiddellijk een andere situatie opzoeken. Als er toch agressief gedrag plaatsvindt, zijn daar de volgende consequenties aan verbonden: excuses aanbieden, schade vergoeden, één à twee uur nuttige activiteiten in de huishouding doen.*

*Na het begin van de behandeling komen de agressieve ontladingen niet meer voor. Bij de follow-up-zitting blijken de scores op de ZAV, in vergelijking met de eerste zitting, voor boosheidsdispositie gedaald te zijn (eerste zitting 25, follow-up-zitting 20) en voor de toestandsboosheid gelijk (10, hetgeen laag is). Cliënt rapporteert dat hij minder snel kwaad wordt. Hij heeft ook zijn alcoholgebruik teruggebracht van tachtig naar vijftien eenheden per week. Hij is niet meer bang zijn vrouw en zijn kind iets aan te doen. Datgene wat hij geleerd heeft, zegt hij nog regelmatig toe te passen. De analyses die zijn gemaakt van de riskante situaties en de oefeningen (rollenspel) zouden hieraan hebben bijgedragen. De motorische activiteiten maken hem rustiger. Ook doet hij nu regelmatig aan sport. Ontspanningsoefeningen doet hij één à twee keer per dag. Daarnaast kan hij beter met zijn vrouw praten. Zij is een grote steun voor hem geworden. Door de behandeling (met name de analyses) heeft hij geleerd relativerend op spanning te reageren.*

---

*De heer Jonker, 35 jaar oud, meldt zich aan met de klacht dat hij de laatste maanden snel geïrriteerd en agressief is. Een verkeerd woord of irritatie over iemands gedrag kan leiden tot het slaan, zelfs in elkaar slaan van deze persoon. Ook komt het vaak voor dat hij huisraad vernielt en verbaal agressief is. Drie jaar geleden is cliënt gescheiden van zijn vrouw, die hem had bedrogen. Hierop volgde een periode waarin niets hem meer kon schelen. Dit gevoel speelt hem nu nog af en toe parten. Cliënt heeft veel nachtdiensten, waardoor zijn sociale leven spaak loopt. Wanneer zijn nieuwe vriendin de relatie verbreekt, stort zijn wereld wederom in.*

*Als stimulus-responsinterventie worden ontspanningsoefeningen en motorische activiteiten (een uur wielrennen, wandelen of zwemmen) gekozen. Bij de analyse van zijn frustraties wordt geprobeerd zijn kijk op de situatie en zijn gedrag met rollenspel en relativerende opmerkingen te veranderen. Wanneer cliënt begint te trillen – een teken dat er een agressieve ontlading op komst is – zal hij andere omstandigheden opzoeken. De responsconsequenties na agressieve ontlading zijn: schade vergoeden, excuses aanbieden, een uur huishoudelijk werk doen (o.a. ramen wassen).*

*Voor de behandeling komt het agressieve gedrag gemiddeld vier keer per week voor; bij de tiende zitting is dit gedaald tot gemiddeld tweemaal per week. Uit de scores op de ZAV blijkt cliënt bij de tiende zitting lager te scoren op de vragenlijst voor zowel boosheidsdispositie als toestandsboosheid (resp. eerste zitting 26, tiende zitting 15; eerste zitting 20, tiende zitting 14). Op de afspraak voor een follow-up-gesprek komt hij niet opdagen. Bij navraag blijkt dat hij voor behandeling is opgenomen op een PAAZ. Voor de opname heeft hij veel gedronken. Tijdens de behandeling is het tweemaal voorgekomen dat cliënt niet verscheen op een afspraak en dan wekenlang niets van zich liet horen. Hij bleek dan door problemen met zijn vriendin (met wie de relatie inmiddels was hersteld) kwaad te zijn op alles en iedereen en het niet meer te zien zitten. Hij trok zich dan terug en dronk zeer veel. Na een week stopte hij met drinken; het duurde weken voordat hij weer de oude was. Ondanks dat hier in de behandeling aandacht aan is geschonken, bleek dit niet afdoende om de terugval te voorkomen.*

## Discussie

De drie cliënten scoorden bij aanmelding hoog wat betreft boosheidsdispositie op de ZAV. Dat houdt in dat het om cliënten ging, die veel situaties als frustrerend ervaren, waarbij ze zich kwaad en geërgerd voelen.

Uit de evaluaties van de behandeling door de cliënten blijkt dat zij vooral de actiegerichtheid, de overzichtelijkheid, de systematische aanpak en de samenwerking als positief beoordeelden. Een probleem was soms de motivatie. Dit blijkt dan vooral uit het niet, of slecht invullen van de registratieformulieren. Meestal volstond het de cliënt nog eens extra aan te sporen.

Bij twee cliënten kwamen er sinds het begin van de behandeling geen agressieve ontladingen meer voor en bij de derde cliënt beperkten de agressieve ontladingen zich tot verbale agressie. De analyses, het schema, de interventies en de aandacht die er besteed werd aan 'riskante' situaties werden door de cliënten als leerzaam en nuttig beschouwd. Ze pasten wat ze geleerd en geoefend hadden toe en beoordeelden de gevolgen daarvan als gunstig: ze voelden zich rustiger en werden minder snel boos dan voorheen.

Bij twee van de drie cliënten speelde alcoholgebruik een rol bij het agressieve gedrag. Steeds dient men bij agressief gedrag hierop door te vragen (zie McGrath, 1979; Walker & Brodsky, 1979). Alcoholgebruik kan immers leiden tot een verminderde impulscontrole, waardoor de kans op een agressieve ontlading toeneemt. Naast de directe aanpak van de agressie zal behandeling van dit alcoholgebruik moeten plaatsvinden.

---

### Abstract

*A 10-session treatment for three adult male patients with aggressive outbursts is described. This treatment consisted of a self-control program that comprised the following elements: registration, stimulus control, stimulus-response intervention, cognitive restructuring, relaxation exercises, response consequences, skills training, and recurrence prevention. The treatment was evaluated using (repeated measurement of) the Self-Analysis Questionnaire with which, among other things, anger proneness is measured. The treatment was successful in two patients: the third could not refrain from overindulging in alcohol and had to be institutionalized.*

## Referenties

- Collins, R.L. & Marlatt, G.E. (1983). Failures in the treatment of addictive behaviors. In: E.B. Foa & P.M.G. Emmelkamp (red.), *Failures in behavior therapy*. New York: John Wiley & Sons.
- Feindler, E.L., Marriott, S.A., & Iwata, M. (1984). Group anger control training for junior high school delinquents. *Cognitive Therapy and Research*, 8, 299-311.
- McCullough, J.P., Hutsinger, G.M., & Nay, W.R. (1977). Selfcontrol treatment of aggression in a 16-year-old male. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45, 322-331.
- McGrath, C. (1979). The crisis of domestic order. *Socialist Review*, 11-30.

- Meichenbaum, D.A. (1975). Self-instructional approach to stress management: A proposal for stress inoculation training. In: C.D. Spielberger & I.G. Sarason (red.), *Stress and anxiety*, Vol. 2. New York: John Wiley & Sons.
- Meichenbaum, D.A., & Jaremko, M.E. (1983). *Stress reduction and prevention*. New York: Plenum Press.
- Novaco, R. (1977). Stress inoculation: A cognitive therapy for anger and its application to a case of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45, 600–608.
- Ploeg, H.M. van der, Defares, P.B. & Spielberger, C.D. (1982). *Handleiding bij de Zelf-Analyse-Vragenlijst ZAV*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Schaap, C., Hoogduin, C.A.L., Keijsers, G., & Kersten, T. (1989). Motiveringstechnieken als methoden van sociale beïnvloeding. In: A.P. Buunk & A.J. Vrugt (red.), *Sociale psychologie en psychische problemen: op het raakvlak van sociale en klinische psychologie*. Assen: Dekker & Van de Vegt.
- Smith, R.E. (1973). The use of humor in the counterconditioning of anger responses: A case study. *Behavior therapy*, 4, 576–580.
- Velden, K. van der & Scholing, A. (1994). Nawoord (bij themanummer Mislukkingen & teleurstellingen in de psychotherapie). *Directieve therapie*, 14, 418–427.
- Walker, M.J. & Brodsky, S.L. (red.) (1979). *Sexual Assault*. Lexington, MA: D.C. Heath.