

Agressieregulatie
door vaktherapieën in
de forensische
psychiatrie

Henk Smeijsters

DANKWOORD

Met dank aan de vaktherapeuten die aan dit onderzoek hebben meegewerkt:

- Sonja Aalbers (muziektherapeute, voorheen GGZ Drenthe)
- Maria Astleithner (stagiaire danstherapie, Rheinische Kliniken Bedburg Hau)
- Julie Kil (danstherapeute, Rheinische Kliniken Bedburg Hau)
- Jasper de Klerk (psychomotorisch therapeut, Groot Batelaar)
- Veronika Nowakowski (beeldend therapeute, Rheinische Kliniken Bedburg Hau)
- Barry Reijs (psychomotorisch therapeut, voorheen Groot Batelaar)
- Marianne Steijnis (beeldend therapeute, GGZ Drenthe)
- Gemmy Willemars (beeldend therapeute, voorheen Groot Batelaar).

Met dank aan de personen die voorafgaand, tijdens of na het onderzoek advies hebben gegeven en/of zijn geïnterviewd:

- Couzijn Evers (tot mei 2007 manager Poli en Deeltijdkliniek Groot Batelaar)
- Drs. Sanne van Haaren (GZ psychologe, intaker, diagnosticus en behandelaar Groot Batelaar)
- Richard von Hoch (psychiater, Rheinische Kliniken Bedburg Hau)
- Drs. Ruud Hornsveld (klinisch psycholoog/onderzoeker, FPI De Kijvelanden en
- Radboud Universiteit Nijmegen)
- Richard van de Kamp (sociotherapeut, Groot Batelaar)
- Renate Molak (psychologe, Rheinische Kliniken Bedburg Hau)
- Prof.dr. Chijs van Nieuwenhuizen (coördinator behandeling en onderzoek, GGZ Eindhoven en de Kempen)
- Maria Portner-Pieper (psychologe, Rheinische Kliniken Bedburg Hau)
- Drs. Marije de Vos (onderzoeker en coördinator Schema Focused Therapy studie, FPC De Rooyse Wissel)
- Dr. Martin Wenzel (Chefarzt, Rheinische Kliniken Bedburg Hau)

- Drs. Ingrid Westerdijk (behandelcoördinator polikliniek Groot Batelaar)
- Yvonne Westerveld (beeldend therapeute TBS Kliniek Veldzicht Balkbrug)
- alle andere professionals die voor en tijdens het onderzoek feedback hebben gegeven.

Met dank aan de psychologen, sociotherapeuten, verpleegkundigen en andere behandelaars / begeleiders die schriftelijk data hebben aangeleverd.

Met dank aan de instellingen die dit onderzoek mogelijk gemaakt en financieel ondersteund hebben:

- GGZ Drenthe
- Groot Batelaar
- Rheinische Kliniken Bedburg Hau.

INHOUD

	<i>Pagina</i>
Inleiding	5
Hoofdstuk 1 Literatuuronderzoek.....	7
Hoofdstuk 2 Rationale voor vaktherapieën	12
Hoofdstuk 3 Probleemgebied agressie.....	15
Hoofdstuk 4 Respondenten.....	17
Hoofdstuk 5 Vraagstelling	19
Hoofdstuk 6 Onderzoeksmethode.....	20
Hoofdstuk 7 Behandelingskader.....	26
Hoofdstuk 8 Resultaten.....	29
<i>Cliënt 1</i> Muziektherapie met een jongeman veroordeeld voor auto-inbraken	30
<i>Cliënt 2</i> Beeldende therapie met een meisje met een onverwerkt trauma.....	32
<i>Cliënt 3</i> Beeldende therapie met een man die zijn delict niet wil voelen	37
<i>Cliënt 4</i> Beeldende therapie en psychomotorische therapie met een heftige cliënt met stemmingswisselingen.....	41
<i>Cliënt 5</i> Anti-agressietraining dans en beeldend met een cliënte die bepaalt wat op TV komt	45
<i>Cliënt 6</i> Anti-agressietraining dans en beeldend met een onzekere cliënte met een kort lontje.....	49
<i>Cliënt 7</i> Anti-agressietraining dans en beeldend met een verwarde cliënte die op de vlucht slaat	55
<i>Cliënt 8</i> Psychomotorische therapie met een doemdenker die eigenlijk vrolijk is.....	57
Hoofdstuk 9 Cross-analyse	63
Hoofdstuk 10 Discussie	66
Hoofdstuk 11 De auteur	72
Hoofdstuk 12 Literatuur.....	73
Bijlage Items procesverslagen en change interviews.....	81

INLEIDING

Vanaf 2000 vindt, geïnitieerd door de GGZ Eindhoven en de Kempen onderzoek naar vaktherapieën in de forensische psychiatrie plaats. Gestart werd met het beschrijven van probleemgebieden en vaktherapeutische behandelingen die bij deze probleemgebieden geïndiceerd zijn. Dit mondde uit in het boek *Vaktherapieën in de forensische psychiatrie* (Smeijsters & Cleven, 2004). Het onderzoek waar het boek verslag van doet was een consensus based onderzoek onder vaktherapeuten. Meerdere vaktherapeuten van de verschillende media werden schriftelijk en mondeling ondervraagd hoe zij met bepaalde probleemgebieden werken. De logische vervolgstap was onderzoek naar het proces en het effect van de vaktherapeutische behandeling. Omdat er sprake is van een groot aantal probleemgebieden is het vervolgonderzoek uit het oogpunt van haalbaarheid afgebakend tot het probleemgebied agressie. Dit verslag laat zien dat een systematische procesmatige verslaglegging, mits deze efficiënt gebeurt en binnen het reguliere werk past, veel belangrijke informatie oplevert.

Het verslag is een onderzoeksverslag. Het is bedoeld voor vaktherapeuten en andere behandelaars die op deze wijze kennis kunnen nemen van hoe vaktherapieën aan de behandeling van agressieregulatie bijdragen. Er is onder resultaten bewust gekozen voor een uitgebreide beschrijving van de afzonderlijke casussen. Op basis van dit onderzoeksverslag wordt een artikel geschreven waarin minder uitgebreid en op een hoger abstractieniveau beschreven wordt wat dit onderzoek heeft opgeleverd.

Het document beschrijft allereerst reeds uitgevoerd onderzoek naar het gebruik van vaktherapieën bij agressieregulatie in de forensische psychiatrie. Vervolgens wordt het probleemgebied agressie beschreven, gevolgd door de onderzoeksmethode en het behandelingskader. De inclusiecriteria en respondenten komen daarna aan bod. De resultaten geven

allereerst per cliënt en per medium een overzicht van de diagnostische thema's en veranderingen binnen en buiten de sessies, gevolgd door een cross-analyse van de resultaten waarbij thema's uit de afzonderlijke casussen geïntegreerd zijn.

De discussie aan het einde van het verslag vergelijkt de in dit onderzoek gevonden diagnostische thema's met schemamodi uit de schema-focused therapy, gaat in op de verklaring van de gevonden resultaten, vergelijkt vaktherapieën met andere therapieën en bespreekt de sterke en zwakke kanten van het onderzoek.

Hoofdstuk 1

LITERATUURONDERZOEK

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste bevindingen uit het literatuuronderzoek samengevat, toegespitst op evaluatieonderzoek en aan agressieregulatie gerelateerde effecten in gevangnissen en forensische klinieken (zie Smeijsters & Cleven, 2004, 2005a/b, 2006)¹.

Een zeven jaar durend onderzoek naar recidive beschreven in het Criminal Justice Funding Report (1999) wijst uit dat bij delinquenten, die soortgelijke therapieën als de vaktherapieën hebben gehad, in vergelijking met de totale populatie, de disciplinaire problemen in de gevangenis met 75% en de recidive met 27% verminderen. De gewelddadige incidenten nemen af op het moment waarop vaktherapie wordt ingevoerd.

DRAMATHERAPIE

Een onderzoek van Chandler (1973) waarin de experimentele groep situaties uit het dagelijkse leven naspeelde en gebruik werd gemaakt van voortdurende rolwisselingen met als doel perspectiefneming, wijst uit dat de experimentele groep tijdens de follow-upmeting de helft minder delicten pleegde dan de placebogroep en de controlegroep. Cogan en Paulson (1998) toonden met behulp van een kwalitatief onderzoek aan dat therapeutisch theater in dramatherapie bij personen die gevangen zitten voor gewapende diefstal en mishandeling leidt tot het verminderen van angst, toename van empathie voor anderen en het vermogen tot conflicthantering.

¹ De literatuurstudie werd als onderdeel van een uitgebreidere literatuurstudie eerder gepubliceerd. Het deel over agressieregulatie wordt op deze plaats herhaald.

MUZIEKTHERAPIE

Muziektherapeuten beschrijven effecten zoals het verminderen van angst, spanning, vijandigheid, vechtgedrag en het vergroten van frustratietolerantie, realiteitsbewustzijn (Thaut, 1989a/b, 1992) en zelfperceptie (Hoskyns, 1988). Het onderzoek van Thaut (1989a) laat zien dat zowel na receptieve muziektherapie, groepsimprovisatie als het luisteren naar ontspannende muziek statistisch significante positieve effecten optreden op de volgende zelfbeoordelingsschalen: 'depressief versus gelukkig', 'zeer gespannen versus zeer ontspannen' en 'negatief/boos/verward versus positief/goed over jezelf denken'. In het onderzoek van Daveson en Edwards (2001), een vragenlijstonderzoek met items voor zelfevaluatie na 12 sessies, onder vijf vrouwelijke delinquenten in een gevangenis, rapporteren de vrouwen dat zij meer ontspannen zijn, minder stress ervaren en zich beter zelf kunnen uitdrukken. De deelnemers vonden dat zingen, liedcompositie, liedparodie en luisteren naar gezongen liedjes hun stress, boosheid en frustratie verminderde. Drieschner (1997) toonde met behulp van een kwantitatief experimenteel onderzoek aan dat bij forensische cliënten de slagwerkimprovisatie in de muziektherapie, vergeleken met een tangram-puzzle activiteit, een sterker boosheidverminderend effect heeft. Een dubbele gevalstudie bij twee mannen met een antisociale persoonlijkheidsstoornis en verslavingsproblematiek naar de invloed van receptieve muziektherapie op het exploreren van verdriet, laat zien dat door de inzet van muziektherapie mannen beter in staat zijn verdriet toe te laten (Hillewaere, 2003). Terwijl deze mannen voorheen vooral luisterden naar muziek die agressie uitdrukt bleken zij aan het einde van de sessie en na verloop van meerdere sessies muziekstukken met een verdrietige lading beter te kunnen toelaten. Uit het onderzoek van Zeuch en Hillecke (2004) met het monochord blijkt dat bij forensische cliënten op korte termijn statistisch significante positieve effecten optreden ten aanzien van algemeen welbevinden, lichamelijke ontspanning, het ervaren van lichamelijke pijn en emotioneel evenwicht. Op de lange termijn blijft een significant effect bestaan bij emotioneel evenwicht.

BEELDENDE THERAPIE

In de literatuur van Gussak (1997), Gussak en Virshup (1997), Baillie (1998), Liebmann (1998) en Gussak en Cohen-Liebmann (2001) wordt melding gemaakt van het gegeven dat beeldende therapie het inzicht van cliënten in zichzelf en anderen vergroot. Uit de case vignettes van Bennink, Gussak en Skowran (2003) blijkt dat cliënten door het tekenen van bijvoorbeeld een vulkaan, hun boosheid symbolisch ontladen en sublimeren, terwijl ze daar verbaal en cognitief niet toe in staat zijn. Nadat gevoelens in het beeldend werk een uitdrukking hebben gevonden blijkt het mogelijk hierover met anderen te praten. Riches (1998) meldt 29% reductie van disciplinaire maatregelen binnen een gevangenis als gevolg van 13 maanden beeldende therapie. Hij haalt Amerikaans onderzoek aan (Brewster, 1983; Peaker & Vincent, 1990) waaruit blijkt dat het aantal overtredingen van regels in de gevangenis door beeldende therapie met 75-81% afneemt en twee jaar na ontslag 69% van de personen die beeldende therapie hadden gekregen niet meer in de problemen was gekomen. Bij de controlegroep zonder beeldende therapie was dit slechts 42%.

DANS-BEWEGINGSTHERAPIE

Brown, Houston, Lewis en Speller (2004) doen verslag van een onderzoek naar de toepassing van *Motionhouse Dance Theatre* workshops met gevangenen in een therapeutische gemeenschap. Er werd gewerkt met vergelijkingen vooraf en achteraf op basis van kwalitatieve inhoudsanalyses van emotionele thema's en metaforen. Met behulp van participerende observaties werden veranderingen tijdens het proces geregistreerd. Tijdens follow ups vonden interviews plaats. Door middel van psychometrische testen werd op verschillende tijdstippen statistisch getoetst. Vooral de kwalitatieve analyses lieten zien dat dans het emotionele bewustzijn, de emotionele expressie en nieuwe manieren van denken faciliteert en het zelfbeeld en zelfconcept verandert. Bij de cliënten nam de bereidheid toe over zichzelf, hun ervaringen en het delict te praten. Statistische significante verschillen traden op ten aanzien van de manier van aanraking

(b.v. toename van schouderklop, een knuffel geven, de handen vasthouden) en bij wie (b.v. toename bij een kennis of ouder). Veel van deze gedragingen verminderden tijdens de follow up.

De onderzoekers geven aan dat het effect voor een deel te danken is aan de interactie tussen de therapeutische gemeenschap en de dansworkshops en de persoon van de workshopleider.

PSYCHOMOTORISCHE THERAPIE

Henquet (2005) publiceerde resultaten van een effectonderzoek naar het door middel van psychomotorische therapie losmaken van opgekropte spanning bij (niet forensische) psychiatrische cliënten. Hij vond met behulp van de *Buss-Durkee Hostility Inventory* (BDHI) significante verschillen in positieve richting tussen de voor- en nameting bij de experimentele en niet bij de controlegroep. Ook werden significante verschillen gevonden bij de nametingen tussen beide groepen. Het aantal cliënten dat volgens de *Reliable Change Index* én de BDHI cut-off scores in de experimentele groep verbeterde bedroeg 53%, in de controlegroep 20%.

Bij de psychomotorische behandeling van plegers van huiselijk geweld blijkt dat 68% van de cliënten in de periode van de training tot twee maanden daarna geen huiselijk geweld meer gepleegd had (Dijk, 2005). Bij 26% was wel sprake van een vorm van recidive, waarbij ook het gooien met iets of kapot maken van de huisraad als recidive werd aangemerkt.

Boerhout en Van der Wee (2007) deden onderzoek naar effecten van de PMT-module agressieregulatie bij cliënten die zich hadden aangemeld bij een centrum voor klinische psychotherapie. Zij maakten onderscheid tussen cliënten die agressie opkroppen (internaliseerders) en cliënten die woede uitageren (externaliseerders). Omdat te weinig externaliseerders in de steekproef aanwezig waren werd in de berekening gewerkt met een groep internaliseerders en niet-internaliseerders. Scores op de Zelf-expressie en Controle Vragenlijst (Van Elderen e.a., 1994) laten zien dat tijdens de baseline waarin nog geen training plaatsvond geen statistisch significante verschillen optraden. Metingen voor en na de module laten statistisch significante positieve verschillen zien bij de groep internaliseerders, zowel

op de subschaal internalisatie als op de subschaal externalisatie. Dit betekent dat de internaliseerders hebben geleerd woede minder op te kroppen en meer te uiten. Het effect op internalisatie bij internaliseerders is het sterkste. 26 weken na beëindigen van de therapie bleef dit effect statistisch significant. De vergelijking tussen internaliseerders die de module volgden en internaliseerders die het reguliere programma volgden zonder de module bleek echter niet significant. Beide groepen gaan op internalisatie significant vooruit, maar er is geen significant verschil tussen beide groepen.

Hoofdstuk 2

RATIONALE VOOR VAKTHERAPIEËN

Een belangrijke constatering met het oog op de vaktherapieën is dat onderzoekers naar persoonlijkheidsstoornissen binnen de forensische psychiatrie concluderen dat cliënten verbaal moeilijk toegankelijk zijn en gedrags- en experiëntiële technieken noodzakelijk zijn die zich richten op een breed gebied van de persoon (Arntz & Bögels, 2000). Vaktherapieën worden in sommige gevallen gezien als een nuttige aanvulling of zelfs een alternatief voor de cliënten met beperkte verbale vaardigheden (Bernstein, Arntz & De Vos, 2007).

Emotionele reacties kunnen optreden zonder tussenkomst van hogere cognitieve processen (LeDoux, 1998). Er loopt een pad van de zintuiglijke waarneming naar de thalamus. Van daaruit maakt de prikkeling een korte ‘loop’ naar de amygdala en een lange loop naar de amygdala via de cortex. De korte loop heeft als kenmerk dat hij snel en grof is (“quick and dirty”). Bij traumatische ervaringen en ook bepaalde persoonlijkheidsstoornissen – die vaak een gevolg zijn van traumatische ervaringen – zien we paniecreacties en impulsief gedrag die mogelijk verklaarbaar zijn op basis van de directe loop naar de amygdala. Het is dan niet zozeer de disfunctionele cognitie die bepalend is voor het impulsieve gedrag, maar de directe, snelle ondoordachte emotionele reactie.

Door de activiteit van de amygdala te onderdrukken verminderen negatieve emoties en agressieve impulsen (Sitskoorn, 2006). Onderdrukking gebeurt als de directe loop naar de amygdala wordt afgeremd door cognitieve reflectie via de lange loop naar de prefrontale cortex. Toch zijn cognities niet altijd in staat het emotionele schema van de amygdala te controleren (Den Boer, 2007). Het impliciete emotionele geheugen van de amygdala blijft werkzaam als het expliciete (declaratieve) geheugen ervaringen al

vergeten is. Door disfuncties in de prefrontale hersenen, disfunctionerende spiegelneuronen en een niet of slecht functionerend amygdala-proces kunnen psychopaten zich ook slecht inleven in anderen. Den Boer stelt op basis hiervan de effectiviteit en responsiviteit van de cognitieve therapie ter discussie. Volgens hem kunnen er op ‘onbewuster niveau’ disfuncties zijn waaraan geen cognities te pas komen.

Een *emotioneel geheugen* (LeDoux) is niet hetzelfde als een de *herinnering van een emotie*. Dit laatste is het gedistantieerd reflecteren over een emotie. Weten dat iets verschrikkelijk was is geen emotie. Je herinnert je de emotie, praat en reflecteert erover. Het emotioneel geheugen daarentegen overvalt je als je met een bepaalde stimulus geconfronteerd wordt. Het is een emotioneel weten dat in het *present moment* daadwerkelijk aanwezig is, gevoeld wordt. Het is *lived experience* (Stern, 2004). Als sprake is van emotioneel geheugen kan een therapie helpen die het emotieschema dat in het present moment als *lived experience* optreedt vervangt door een andere emotie. Het is een therapie die gebruikmaakt van ‘emotioneel leren’. Emotioneel leren speelt zich af in het *kernzelf* (Damasio, 2003). Het kernzelf doet bewust, non-verbaal, niet-cognitief en verbeeldend verslag van de wijze waarop de toestand van het organisme verandert als het een bepaald object verwerkt. Het bevat de woordloze verslaggeving, ‘vertelling’, ‘film’, ‘pantomime’ van het causale verband tussen object en het daardoor zich wijzigende *proto-zelf* (de voorbewuste verzameling van neurale patronen van het levende organisme die binnen diens lichaamsgrenzen de fysieke structuur in kaart brengt). Het kernbewustzijn van het kernzelf gaat gepaard met een stroom van emotionele toestanden, zichtbaar in lichaamshouding, beweging en prosodie. De emotionele beleving van het kernzelf is gekenmerkt door *vitality affects* (Stern, 1985, 2004). *Vitality affects* zijn globale dynamische, processen die ten grondslag liggen aan psychische fenomenen. De mens voelt en handelt in een bepaald tempo, met een bepaald ritme, een bepaalde dynamiek, vorm: snel, langzaam, chaotisch, gestructureerd, impulsief, doordacht, planmatig enz.

Vaktherapieën vormen ook in de forensische psychiatrie een krachtige behandelvorm omdat zij de cliënt aanzetten tot anders handelen en ervaren in het present moment. Zij bieden een niet-cognitieve therapiebenadering die tijdens het present moment inspeelt op de vitality affects van het kernzelf.

Juist omdat dit proces voor een belangrijk deel buiten de cognitieve laag plaatsvindt kunnen vaktherapeutische activiteiten daarbij een belangrijke rol spelen. De parameters die de vitality affects bepalen (tempo, ritme, dynamiek, vorm enz.) zijn dezelfde parameters die in de ‘media’ van de vaktherapieën centraal staan (drama, muziek, beeld, dans, beweging, psychomotoriek). Door mediumactiviteiten in het present moment kunnen cliënten in het medium representaties vinden voor actuele kernzelfervaringen die moeilijk onder woorden te brengen zijn. Door vervolgens de representaties in het medium te veranderen, kunnen cliënten nieuwe vitality affects ervaren waardoor hun kernzelfervaringen veranderen. Daardoor komen nieuwe emotieschema’s tot stand die bij veelvuldige ervaring als hersenpatronen verankerd worden.

Bovenstaande rationale voor de vaktherapieën is uitgewerkt in het *analoge-procesmodel* (Smeijsters, 2003, 2005a/c, 2006a).

Dramatherapeuten, muziektherapeuten, beeldend therapeuten, danstherapeuten en psychomotorisch therapeuten behandelen een breed scala van psychosociale problemen en psychiatrische stoornissen. Zij doen dit door gebruik te maken van de eigen aard van de hen ter beschikking staande media (Profiel van Vaktherapeutische Beroepen, 2006).

Hoofdstuk 3

PROBLEEMGEBIED AGRESSIE

Probleemgebieden zijn psychische en psychosociale gebieden van problematisch denken, voelen en handelen die zowel verband houden met psychische stoornissen als met de delictketen die kenmerkend is voor delinquente cliënten. Probleemgebieden beschrijven psychische factoren die veelal in samenhang en in een bepaalde volgorde leiden tot het delict. Zij kunnen voorkomen bij verschillende typen stoornissen en krijgen door een stoornis een bepaald accent. Hun bijdrage aan het delict kan sterk zijn of zwak, afhankelijk van de plaats in de delictketen en andere probleemgebieden die conditioneel zijn voor het delict. Probleemgebieden worden onderscheiden op basis van modellen zoals bijvoorbeeld het kwetsbaarheid-stress-coping model en het terugvalpreventiemodel, klinische ervaring en factoranalytische studies (Smeijsters & Cleven, 2004)

De selectie van het probleemgebied agressie voor het evaluatieonderzoek heeft plaatsgevonden in overleg met vertegenwoordigers van Flevo Future (nu Oostvaarderskliniek), de Pompekliniek, de GGZ Eindhoven en de Kempen en de Rheinische Kliniken Bedburg Hau. Alhoewel ook belangstelling bestond voor het probleemgebied gebrek aan empathie, was de meerderheid van de aanwezige vaktherapeuten ervan overtuigd dat agressie het meest op de voorgrond tredende probleemgebied is en een evaluatie van de bijdrage van vaktherapieën aan agressieregulatie in een behoefte voorziet.

Daar waar sprake is van agressie betreft het altijd een vorm van *destructieve agressie* (Boerhout & Van der Weele, 2007): mentaal of fysiek geweld tegenover anderen, dieren, dingen of jezelf.

Inclusiecriteria

- Jeugdige of volwassene
- Normaal begaafd
- Persoonlijkheidsstoornis of trekken van een persoonlijkheidsstoornis
- Een gewelddelict gepleegd hebben (of dreigen te plegen)
- Agressie herhaaldelijk te snel uiten en niet kunnen controleren
- (of) zich agressief uiten als gevolg van extreme controle
- (of) zich agressief uiten doordat ze agressie oppotten
- (of) agressie instrumenteel gebruiken.

De indeling in soorten agressie vertoont overeenkomst met de indeling die Dutton en Golant (2000) ten aanzien van huiselijk geweld hanteren:

- Het *cyclische* type (emotioneel labiel, behoefte aan macht in intieme relaties, extreme gevoelens van jaloezie en razernij, snel geïrriteerd, Cluster B – borderline)
- Het *overgeremde actieve* type (controlefreak, behoefte aan dominantie, perfectie, overheersing, cluster C – obsessief compulsief)
- Het *overgeremde passieve* type (emotionele onbeschikbaarheid, weinig verbaal, teruggetrokken, cluster C – vermijgend afhankelijk)
- Het *psychopathische* type (antisociaal, instrumenteel, bewust gepland, cluster B)

De vraagstelling van het onderzoek wordt toegespitst op agressie in brede zin omdat bij het acuut optreden van agressie veelal niet gekozen wordt voor een vorm van vaktherapie. Agressie in brede zin sluit ook beter aan bij de reeds ontwikkelde producten voor agressiebeheersing.

Hoofdstuk 4

RESPONDENTEN

Er wordt geselecteerd op een hoofddiagnose op As II. De cliënten zijn afkomstig uit verschillende instellingen (multi-site onderzoek). Aan deze fase van het onderzoek hebben de instellingen Rheinische Kliniken Bedburg Hau (danstherapie en beeldende therapie), Groot Batelaar (beeldende therapie en psychomotorische therapie) en de GGZ Drenthe (beeldende therapie en muziektherapie) intensief meegewerkt. Bij begin van het onderzoek zijn meerdere instellingen benaderd. Instellingen die afzagen van deelname deden dat omdat ze op dat moment geen cliënten hadden die voldeden aan de inclusiecriteria, omdat zij het invullen van de procesverslagen als te arbeidsintensief beschouwden of omdat in hun onderzoeksbeleid voor een andere invalshoek werd gekozen. Tabel 1 geeft een overzicht van de cliënten en de vaktherapieën die hebben deelgenomen. Het is niet gelukt dramatherapeuten te laten deelnemen. En ook muziektherapeuten zijn ondervertegenwoordigd. De reden is ofwel dat zij geen cliënten hadden die aan de inclusiecriteria voldeden of naast hun reguliere werk te weinig tijd hadden om aan het onderzoek mee te doen.

Tabel 1 De cliënten

Clïënt	Leeftijd	Geslacht	Delict	Diagnose	Medium	Sessies
1	20	Man	Auto-inbraken (27x)	DSM-IV · As I: V71.09 geen diagnose · As II: V301.9 met afhankelijke, maar ook antisociale kenmerken	Muziek	10
2	17	Vrouw	Gewelddelict	Dreigende persoonlijkheidsstoornis met borderlinetrekken	Beeldend	17
3	25	Man	Mishandeling en poging tot moord	DSM-IV · As I: geen diagnose · As II: persoonlijkheidsstoornis met anti-sociale en narcistische trekken · As III: geen diagnose · As IV: gescheiden van partner en kinderen, verhuizing · As V: GAF-score 80	Beeldend	9*
4	26	Man	Openbare geweldpleging	ADHD met antisociale persoonlijkheidstrekken	Beeldend en psychomotorisch	5 (be) 3 (pmt)*
5	43	Vrouw	Roof met geweld	ICD-10 F60.30: emotioneel instabiel, storingen impulscontrole, antisociale kenmerken F10.1: schadelijk gebruik van alcohol	Dans en beeldend	5
6	24	Vrouw	Zware brandstichting (2x)	ICD-10 F60.31: emotionele instabiele persoonlijkheidsstoornis, borderline type	Dans en beeldend	10*
7	19	Vrouw	Roof, diefstal met chantage en aanzienlijk geweld	ICD-10 F60.31: emotionele instabiele persoonlijkheidsstoornis, borderline type F19.1: schadelijk multiple middelengebruik F91.2: stoornissen in het sociale gedrag met aanwezige sociale binding	Dans en beeldend	10*
8	21	Man	Mishandeling, geweld, bedreiging, dealen (waarvoor geen straf of veroordeling)	DSM-IV: · As I: ADHD, impulsieve / hyperactieve type · As II: antisociale persoonlijkheidsstoornis	Psychomotorisch	11 geregistreerd voor dit onderzoek

De data van deze sessies zijn in dit artikel verwerkt. De therapie loopt nog door.

Hoofdstuk 5

VRAAGSTELLING

De vraagstelling is welke diagnostische thema's en welke veranderingen ten aanzien van agressieregulatie, binnen en buiten het medium, optreden in de ogen van vaktherapeuten, andere behandelaars en begeleiders en cliënten. Tevens is de vraag hoe vaktherapie zich in de ogen van de genoemde respondenten verhoudt tot andere behandelingen zoals de dialectische gedragstherapie volgens Linehan en de schema-focused therapy volgens Young.

Hoofdstuk 6

ONDERZOEKSMETHODE

Hutschemaekers (2003) signaleert dat het voor therapieën en dus ook voor de vaktherapieën belangrijk is het handelen en de uitkomst van dit handelen te monitoren. In een recente publicatie wordt het belang van monitoring nog eens onderstreept (Hutschemaekers, Tiemens, Smit, 2006). Wie *evidence based practice* in de oorspronkelijk bedoelde betekenis toepast kent een serieuze rol toe aan de praktijkkennis en ervaringskennis van therapeuten en cliënten (Smeijsters, 2006b).

Experimenteel onderzoek (RCT, CCT) gebeurt in de vaktherapieën slechts mondjesmaat. Daar zijn meerdere redenen voor die zowel van methodologische als inhoudelijke aard zijn. Vaktherapieën lenen zich, net als andere vormen van ervaringsgerichte, persoonsgerichte therapieën niet zo gemakkelijk voor een standaardbenadering en standaardmeting (Smeijsters, 2005a, 2006a/b). Onderzoekers naar persoonsgerichte therapieën, waaronder de psychotherapieën en vaktherapieën luisteren naar de verhalen van cliënten en therapeuten en proberen deze te begrijpen (Buchholz, 1999; Aldridge, 2004, 2005). Verhalen van cliënten en therapeuten zijn rijk aan informatie. Daar komt bij dat vaktherapeuten, in het bijzonder creatief therapeuten, werken met ‘verhalen in het medium’ die spelmatig, improviserend, spontaan en creatief van aard zijn. Standaardisatie door behandelprotocollen en meetinstrumenten is nodig, maar mag niet zo ver gaan dat zij het spelmoment tegenwerkt.

PRACTICE BASED EVIDENCE

In situaties waarin de standaardinterventie en standaardmaat geen oplossing bieden is onderzoek nodig waarbij de praktijkkennis van hulpverleners en cliënten een belangrijke rol speelt (Smeijsters, 2006b). *Practice based*

evidence is het resultaat van onderzoek waarbij cliënten en hulpverleners fungeren als experts op hun eigen terrein (Van der Laan, 2003/4). De Groot (1980; 1986) stelt dat het ‘objectief’, ‘betrouwbaar’ en ‘valide’ meten van gedrag weinig zegt over het ‘mentale model’ dat mensen, in ons geval therapeuten en cliënten, hanteren. Je moet, aldus De Groot, luisteren naar wat mensen je vertellen over wat ze geleerd hebben. In de plaats van ‘objectief’ gedrag komen ‘zachte’ effecten, ‘subjectief gemeten op belevingsniveau’. Volgens De Groot kun je alleen door een diepte-interview er achter komen wat er echt in iemand omgaat. De uitkomsten van dit onderzoek kunnen beschouwd worden als practice based evidence.

QUALITATIVE CHANGE PROCESS RESEARCH

Tegemoet komend aan de eis van monitoring en de behoefte te kunnen aantonen op welk moment in de individuele behandeling veranderingen optreden is in dit onderzoek gekozen voor een vorm van *qualitative change process research* (Elliott, Slatick, & Urman, 2001). Rond de behandeling van individuele cliënten werd een monitoringsysteem opgezet waarbij vaktherapeuten, andere behandelaars, sociotherapeuten en de cliënten zelf verslag deden van het proces en de uitkomst van de behandeling. Anders dan bij een gecontroleerd effectonderzoek met standaardbehandeling en standaardeffectmetingen vooraf en achteraf, werd gekozen voor monitoring ‘op maat’, waarbij het individuele proces van de cliënt nauwgezet gevolgd wordt. Wekelijks werd door meerdere personen verslag gelegd van wat er binnen en buiten de vaktherapeutische sessie gebeurde.

Binnen het change process research vormt dit onderzoek een combinatie van de *Helpful aspects of therapy form* (HAT) en het *Change Interview*. In het Change Interview vraagt de onderzoeker na afloop van de therapie of de cliënt veranderingen heeft waargenomen, waardoor deze veranderingen mogelijk veroorzaakt zijn, welke factoren het therapeutische proces gefaciliteerd of belemmerd hebben en wat gemist werd. De HAT is hiermee vergelijkbaar, maar wordt afgenomen aan het einde van een sessie. De therapeut vraagt welke gebeurtenis in de sessie het meeste geholpen heeft,

hoe sterk deze hulp was, wanneer dit gebeurde en hoe lang dit duurde. In het onderhavige onderzoek werd de HAT per sessie schriftelijk afgenomen bij de vaktherapeuten en andere behandelaars.

DATAVERZAMELINGSTECHNIEKEN

In dit onderzoek werd gebruik gemaakt van de volgende dataverzamelingstechnieken:

1] Procesverslagen door vaktherapeuten

Dit zijn verslagen waarmee het verloop van de therapie en het gedrag van de cliënt tijdens de sessie geregistreerd wordt. Deze verslagen hebben als doel het gedrag van de cliënt tijdens de sessie, zowel 'in' als buiten het medium, te registreren. Het betreft een 'open' format waarin de vaktherapeut zijn waarnemingen kort kan beschrijven. Een aantal topics dient daarbij als leidraad.

Het format werd in onderling overleg zodanig opgesteld dat het past binnen de reguliere rapportage die ter plekke gangbaar is en de tijdsinvestering zo laag mogelijk is. Het onderzoek levert aldus een bijdrage aan het cliëntvolgsysteem. Voor de items van de procesverslagen zie de bijlage.

2] Procesverslagen door andere behandelaars / begeleiders

Dit zijn verslagen waarmee andere behandelaars/begeleiders (b.v. sociotherapeuten, persoonlijk begeleiders) het gedrag van de cliënt buiten de sessie en ingrijpende gebeurtenissen registreren. Het betreft een 'open' format waarin de behandelaar/begeleider wekelijks zijn waarnemingen kort kan beschrijven. Een aantal topics dient daarbij als leidraad. De items komen vrijwel overeen met de items uit het procesverslag van de vaktherapeuten onder punt 1. Voor de items van de procesverslagen zie de bijlage.

Change interviews door de onderzoeker

Het change Interview (Elliott, Slatick & Urman, 2001) is een half gestructureerd interview. Het change interview werd door de onderzoeker afgenomen aan het einde van de behandeling bij een aantal cliënten waar de mogelijkheid daartoe bestond. Change interviews werden ook afgenomen bij andere behandelaars/begeleiders. Voor de leidraad met topics zie de bijlage.

KWALITATIEVE MEERVOUDIGE GEVALSSTUDIE

Het design van dit onderzoek is een meervoudige gevalsstudie. Een gevalsstudie neemt de actuele individuele cliënt en de individuele behandeling als uitgangspunt en staat dicht bij de klinische praktijk met name daar waar het moeilijk is deze praktijk te manipuleren en de praktijk zo complex is dat deze zich niet leent voor een reductie tot een beperkt aantal variabelen (Yin, 2003; Aldridge, 2005). De gevalsstudie bij therapie is een vorm van procesevaluatie die de behandeling van begin tot einde begeleidt en onderzoekt welke interventie op welk moment welk effect heeft en waarom (Swanborn, 2002). Met name de *kwalitatieve* gevalsstudie onderzoekt door middel van een *thick description* de complexe relaties tussen alles wat er is (Geertz, 1973; Hutjes & Van Buuren, 1992; Stake, 1995). Bij de kwalitatieve gevalsstudie gaat het om de reconstructie van het procesverloop (Wester, 2000). Het gaat om 'begrijpen' en 'verklaren' van de volle breedte van het verschijnsel waarbij de verwevenheid van relevante factoren behouden blijft (Hutjes, 2000). Kenmerkend van de kwalitatieve gevalsstudie is verder dat de processen beschreven worden vanuit de zin en betekenis die betrokkenen daaraan geven (Hutjes & Van Buuren, 1992). Rijkdom, diepgang en relevantie komen in de plaats van eenduidigheid, standaardisatie en generalisatie. Een gevalsstudie is een onderzoek op zich. In dit onderzoek zijn meerdere gevalsstudies tegelijkertijd uitgevoerd, waardoor sprake is van een meervoudige gevalsstudie.

NATURALISTIC/CONSTRUCTIVISTIC INQUIRY

Binnen het onderzoek zijn de volgende technieken uit de *naturalistic/constructivistic inquiry* (Lincoln & Guba, 1985; Smeijsters, 2005a) toegepast:

- *Repeated analysis*: reeds geanalyseerde data zijn iteratief vergeleken met en aangepast op grond van nieuw verzamelde data
- *Triangulatie*: er is gebruik gemaakt van verschillende bronnen (vaktherapeuten, sociotherapeuten, psychologen, cliënten) en er is gewerkt met verschillende typen dataverzameling (procesverslagen, change interviews)
- *Member checking*: de resultaten van de analyse zijn ter goedkeuring voorgelegd aan de respondenten
- *Peer debriefing*: de onderzoeksmethode, het onderzoeksproces en de onderzoeksresultaten zijn voorgelegd aan onafhankelijke experts

Binnen de naturalistic/constructivistic inquiry geldt *trustworthiness* als overkoepelend kwaliteitscriterium. Het valt uiteen in credibility, dependability, confirmability, transferability en authenticity (Smeijsters, 2005a). De bovenstaande technieken zorgen voor trustworthiness. Transferability betekent dat het bij een (meervoudige) gevalsstudie niet gaat om het trekken van een steekproef die representatief is voor de populatie. In plaats van het trekken van een steekproef staat replicatie, waarmee bedoeld wordt dat door het vergelijken van gevalsstudies kan worden vastgesteld of vergelijkbare resultaten optreden (Yin, 2003). Generalisatie van de resultaten van dit onderzoek komt dus niet tot stand door at random steekproeftrekking en statistische toetsing, maar door *thick description* waardoor andere behandelaars kunnen inschatten of en in welke mate deze data met de data van hun eigen cliënten vergelijkbaar zijn.

Op basis van de maximale variatie wordt gezocht naar vergelijkbare patronen tussen casussen. Naarmate de variatie groter is hebben de gevonden overeenkomsten een bredere geldingskracht (Hutjes & Van Buuren, 1992).

DATA-ANALYSE

De procesverslagen en change interviews zijn geanalyseerd met behulp van technieken van kwalitatieve inhoudsanalyse.

- Coderen** per medium, per cliënt, per sessie, per categorie ('in' medium, buiten medium tijdens sessie, buiten sessie) werd elk procesdocument gecodeerd. Coderen betekent fragmenten van een typerende code voorzien. Daarbij werd gebruikt gemaakt van de technieken *selecteren* (onbelangrijke passages schrappen) en *parafraseren* (binnen belangrijke passages overbodige woorden weglaten).
- Beschrijven** per medium, per cliënt, per sessie werden fragmenten van vergelijkbare codes geïntegreerd tot beschrijvingen die (binnen de afzonderlijke categorieën) de kern van het proces weergeven.
- Thematiseren** per medium, per cliënt werden de beschrijvingen van alle sessies tot thema's geïntegreerd. Hier is sprake van *categorizing* (de categorieën: diagnostische thema's, veranderingen binnen de sessies, veranderingen buiten de sessies) en daarbinnen *conceptualizing* (conceptontwikkeling). Daarbij werd gebruik gemaakt van *synthetiseren* (passages op een hoger abstractieniveau integreren) en *analyseren* (relaties tussen soorten verschijnselen bepalen (b.v. oorzaak – gevolg, voorwaarden, condities, fasen enz.)
- Cross-analyse** tenslotte werden de thema's van alle media en alle cliënten met elkaar geïntegreerd.

Hoofdstuk 7

BEHANDELINGSKADER

Aansluitend bij het *qualitative change process research* is niet gekozen voor een gestandaardiseerd behandelproduct, maar een behandelkader waarbinnen afgestemd op de cliënt de noodzakelijke geachte variatie is toegestaan. Als input voor dit behandelkader dienden de resultaten van het voorafgaand praktijkgericht kwalitatief onderzoek en de in de afgelopen jaren door individuele vaktherapeuten ontwikkelde behandelproducten (zie Smeijsters & Cleven, 2004, 2005a/b, 2006).

De noodzakelijke flexibiliteit en afstemming op de individuele cliënt werd gewaarborgd door algemene richtlijnen en niet gedetailleerde technieken en gedragingen voor te schrijven (Rolvsjord, Gold & Wigram, 2005). Dit heeft tot gevolg dat de begrippen in Tabel 2 niet in concreet observeerbaar gedrag beschreven zijn. De tabel geeft het behandelingskader zoals dat voorafgaand aan het onderzoek samen met vaktherapeuten consensus based werd opgesteld. Het kader is in principe mediumoverstijgend.

Tabel 2 Behandelingskader

Doelen	<ul style="list-style-type: none">· in contact komen met agressieve gevoelens· agressie kunnen toelaten· agressie adequaat kunnen uitdrukken· inzicht in de agressiegeschiedenis· inzicht in het agressieverloop· kunnen omgaan met agressieontlokkers· greep krijgen op gedachten en gevoelens die kunnen leiden tot delictgedrag· de agressiespiraal kunnen doorbreken· tijdens risicovolle situaties zelfcontrole ontwikkelen· agressie in constructieve richting kunnen ombuigen
Werkwijze	Re-educatief: <ul style="list-style-type: none">· focaal inzichtgevend· directief klachtgericht
Methode	<ul style="list-style-type: none">· actieve deelname door de cliënt (dus niet receptief)· directieve, structurerende rol van de vaktherapeut· met de focus op de overeenkomst tussen gedrag in het medium en gedrag buiten het medium
Werkvormen	<ul style="list-style-type: none">· de agressiegeschiedenis doorlopen· agressieve gevoelens laten uitbeelden· fysieke oefeningen voor het herkennen van agressieve spanningen· schijngevechten, schijnruzie, krachten meten· statusspelen (personen in bovengeschiede en ondergeschikte positie tegenover elkaar plaatsen: macht-onmacht, groot-klein)· afwisseling tussen constructie en destructie· in een beheersbare situatie kracht gebruiken· materialen inzetten die een appel doen op agressief handelen· risicosituaties waarin de patiënt agressief reageert in spelvorm neerzetten en alternatief gedrag oefenen, in verschillende moeilijkheidsgraden, met veel of weinig afstand tot de realiteit· (onderdelen van) het delict uitbeelden, bijbehorende gedachten, gevoelens en gedragingen en alternatieve gedachten en gedragingen aanleren

De vaktherapeuten die uiteindelijk deelnamen hebben dit kader mediums specifiek en afgestemd op de cliënt ingevuld.

De vaktherapeuten hebben gebruik gemaakt van interventies die karakteristiek zijn voor het behandelkader en binnen het kader de voor de individuele context noodzakelijke aanpassingen gemaakt (Margison et al, 2000). Zij konden gebruik maken van een zelf of door anderen ontwikkeld behandelproduct als dit paste binnen het behandelkader.

Hoofdstuk 8

RESULTATEN

Overeenkomstig het uitgangspunt dat *qualitative change process research* het proces van de individuele cliënt in de breedte en diepte volgt, geven de resultaten allereerst per cliënt en per medium een overzicht van diagnostische thema's en veranderingen binnen en buiten de sessies. Daarna volgt een cross-analyse waarbij diagnostische thema's en veranderingen binnen en buiten de sessies over meerdere cliënten geïntegreerd zijn. Diagnostische thema's, veranderingen, visies en dergelijke zijn categorieën waarbinnen thema's ontwikkeld werden. Per cliënt kregen de thema's binnen de categorieën geleidelijk vorm door op de informatie van verschillende waarnemers over alle sessies een kwalitatieve inhoudsanalyse toe te passen. De diagnostiek gebeurde bottom up en de namen van de thema's zijn gekozen op basis van de data. Zij zijn niet ontleend aan de DSM IV.

De beschrijvingen van de casussen lopen wellicht uiteen omdat niet alle vaktherapeuten op dezelfde manier informatie in de volle breedte en diepte hebben aangeleverd. De informatie is wel consequent aangeleverd, maar bepaalde (achtergrond)informatie was slechts beperkt aanwezig of werd niet opgespoord en niet aangeleverd. In bepaalde gevallen was sprake van een korte onderbreking van de therapie als een cliënt niet kwam opdagen. Maar de uitval was nihil, de therapeuten die cliënten hebben aangemeld konden hen behandelen en monitoren zoals beoogd.

Diagnostische thema's

► *Gecontroleerde agressie*

De cliënt is een rustige man, die wel agressief kan worden. Regelmatig scheldt hij een half uurtje en dan is het weer goed, hij heeft moeite met nee zeggen, vindt zichzelf een meeloper. In situaties waarin hij geconfronteerd wordt met financiële problemen en conflicten met de ouders blijft hij onevenredig rustig. In de context van zijn gehele gedrag duidt dit erop dat hij agressie oppot. In de muziektherapie is hij stil en volgzaam, praat zachtjes en neemt geen initiatief. Hij zit vaak voorover gebukt en zijn mimiek is vlak. Ook hier houdt hij zich onder controle, onderdrukt zijn irritatie en agressie en zegt dat hij het zinloos vindt om boos te worden. Tijdens nabesprekingen wordt in zijn stem hoorbaar dat de spanning oploopt, maar hij houdt controle over de situatie.

Hij vertelt dat hij buiten de therapie moeilijk kan verdragen dat mensen hem onderbreken als hij geconcentreerd met iets bezig is of als de ander niet luistert. De cliënt zegt dat hij het “Lang laat gaan”. Uiteindelijk flapt hij verbaal uit, pakt de ander vast of geeft hem een klap. Hij zegt: *“Mijn agressie ligt soms naast mijn bed en soms achter de kast”*

Hij vergelijkt dit met wat er gebeurt in de muziektherapie, waar hij ook niet kan verdragen dat het spel van de ander zijn eigen spel doorkruist. Hij gaat hier wisselend mee om. Soms sluit hij zich af voor het spel van de muziektherapeut en gaat zijn eigen gang in het spel, soms stopt hij en kijkt hij de therapeut stilzwijgend aan.

► *Bang voor fouten*

De cliënt is bang fouten te maken en vertelt dat zijn vader nooit tevreden is. Zijn vader zendt tegenstrijdige berichten uit: soms doet hij het in de ogen van zijn vader goed en soms juist helemaal niet. In de gesprekken met andere behandelaars scheldt hij op zijn vader, maar daarbij zijn nauwelijks emoties zichtbaar. De tegenstrijdige berichten van zijn vader hoort hij niet

meer, daardoor wordt hij niet boos op zijn vader, maar de kritische stem van zijn vader klinkt nu van binnen.

Tijdens het muzikale spel is hij ingespannen bezig fouten te voorkomen. Hij speelt zo precies mogelijk. Als hij de controle verliest zucht hij, gaat hij langzamer spelen, stopt met spelen en zegt dat het niet gaat. Hij luistert niet meer naar het spel van de muziektherapeute en haakt muzikaal af.

Hij onderkent niet dat zijn fouten hem frustreren, maar zegt wel dat hij innerlijk vloekt. Als hij met steun van de muziektherapeute de frustratie benoemt, laat hij deze non-verbaal nauwelijks zien.

Bij het oefenen met powerchords (open greep en 3e positie, afwisselend na vier tellen, in een vast tempo) houdt hij in de ene richting (van 3e naar open positie) het tempo goed aan, in de andere richting niet. Omdat hij boven alles geen fouten wil maken gaat hij vertragen. De angst voor fouten maken is te sterk.

► *Onvermogen luid en snel te spelen*

De cliënt speelt een korte melodie op de gitaar die de muziektherapeute hem aanbiedt. Hij speelt steeds dezelfde volgorde van tonen, zacht, in eenzelfde tempo, zonder ritme. Het is de bedoeling dat hij de tegenstelling leert ervaren tussen zacht en hard, lage en hoge tonen, langzaam en snel en daarmee met behulp van de ‘spanningsmeter’ oplopende spanning leert ervaren. Hij zegt aanvankelijk dat zijn spanning met 1% stijgt en ontkent dat hij agressie voelt.

Als de muziektherapeute hem uitdaagt door luider te spelen blijft hij zacht spelen of stopt meteen. Hij reageert lachend. Bij de opdracht luider of sneller te spelen loopt de spanning zichtbaar op. Hij is niet in staat in de muziek een gepaste reactie te vinden op het luide spel van de muziektherapeute. Hij verstrakt en sluit zich af. Luider spelen vindt hij onzin omdat hij niet boos wil worden.

Later merkt hij op dat hij het volume als sterk uiteenlopend ervaart. Op een schaal van 0 tot 10 beleeft hij de verschillen als fluctuerend tussen 1 en 7. De muziektherapeute ervaart de verschillen veel minder groot. Blijkbaar ervaart de cliënt de expressie al gauw als te sterk, houdt hij zichzelf in en

drukt hij gevoelens onvoldoende uit. Als hij daartoe gestimuleerd luider gaat spelen blijft de muziek verhoudingsgewijs zacht.

Veranderingen

Zijn vrees voor fouten verandert niet. De uitvoering en het muzikale contact met de muziektherapeute verandert hij zo dat de kans op fouten zo gering mogelijk is.

► *Gevoelsexpressie*

Wat wel enigszins verandert is dat hij bij tijd en wijle luider durft te spelen en daarmee meer ruimte geeft aan gevoelens van agressie. Halverwege de therapie blijkt dat – ook al overstemt de muziektherapeute hem muzikaal – hij niet stopt en zich niet van de muzikale kaart laat vegen. Hij doet dit door zich af te sluiten voor het spel van de muziektherapeute. Hij staat zichzelf toe luider te spelen, wanneer hij gebruik maakt van een andere techniek, namelijk de slagtechniek in plaats van het tokkelen. Maar hij houdt vast aan zijn eigen tempo om te voorkomen dat hij fouten maakt.

Cliënt 2

Beeldende therapie met een meisje met een onverwerkt trauma

Diagnostische thema's

► *Agressie*

De cliënte maakt ruzie als ze haar zin niet krijgt. Ze saboteert, intimideert, manipuleert en lokt agressie uit. De meisjes op de groep zijn bang voor haar mimiek en felle blik in de ogen. Ze gebruikt forse scheldwoorden richting groepsleiding, smijt met dingen of loopt naar haar kamer.

In de beeldende therapie trekt ze door uitdagend non-verbaal gedrag en door veel en luidruchtig te praten de aandacht. Haar omgang met materiaal is hardhandig. Tijdens een aantal sessies maakt ze zich boos over haar

afwezige vader. Ze is ook boos over haar verblijf in de instelling en mist haar moeder.

Soms wordt haar boosheid vooraf gegaan door een vorm van vrolijkheid waarbij ze druk pratend vertelt met wie en waarover ze ruzie heeft gehad. Dit slaat dan om in gekanker op anderen. Maar ze is ook stil en somber naar aanleiding van ervaringen met anderen. Dan wordt ze passief boos en defensief en pot ze haar agressie op en. Anderen krijgen voortdurend de schuld.

Bij het maken van de collage over zichzelf knipt ze de plaatjes grof uit. Ze werkt aanvankelijk impulsief omdat ze vooral bezig is met zich te uiten. Ze heeft moeite met details, met de fijne motoriek. Ze tekent scherp met het liniaal.

► *Schaamte, onzekerheid en angst*

Tijdens het verloop van de therapie komt haar verkrachting ter sprake die vanaf dat moment bepalend is voor de thematiek in de beeldende therapie. De verkrachting gebeurde op 14 jarige leeftijd waarna ze tweemaal een suïcidepoging deed en de woedeaanvallen toenamen.

In de beeldende therapie laat ze ook haar kwetsbare kant zien. Ze zit in elkaar gedoken, haar gezichtsuitdrukking is vaak flets en achter haar soms bleke, waterige ogen gaat verdriet schuil. Ze brengt ook haar zelfmoordpoging ter sprake. Ze ontwijkt oogcontact.

De cliënte zoekt bescherming door lange tijd haar jas aan te houden. Dit houdt haar lichaam en daarmee ook symbolisch haar seksuele trauma voor anderen verborgen. Over haar werkstukken is ze onzeker, ze ziet ze snel als mislukking. De schaamte, onzekerheid en angst die voor een belangrijk deel bepaald zijn door de verkrachting zijn waarschijnlijk de oorzaak van haar agressieve uitingen.

Veranderingen binnen de sessies

► *Agressie uiten*

Aan het einde van vrijwel elke beeldende sessie is ze ontspannen en opgewekt. De beeldende sessie heeft een duidelijke functie in het op korte

termijn afvloeien van agressie. Aan de hand van beeldende werkstukken is het mogelijk te spreken over gevoelens die achter de agressie schuil gaan. Verschillende vormen van agressie en emoties worden weergegeven in gedichten, kleuren en kunstkaarten.

Tegen het einde van de therapie is ze in staat over conflicten te praten zonder in de agressie te schieten. Ze kan schaamte, angst en onzekerheid hanteren zonder te vluchten in agressie. Dit blijkt ook uit het voorval bij de rechtbank waar ze tegenover de rechter op een acceptabele manier kenbaar maakte dat zij zijn manier van spreken niet prettig vond.

► *Trauma verwerken*

Vanaf het begin is ze opgelucht dat ze zichzelf in woord en beeld mag uitdrukken. Het beeldend materiaal haalt haar als het ware over de drempel. Ze voelt zich veilig en trekt haar jas uit. Ze maakt een collage met als titel “Dit ben ik” en brengt zo haar agressie en trauma in beeld. Ze knipt een silhouet uit, zoekt vormen, kleuren, materialen en kunstkaarten die een uitdrukking geven aan haar gevoelens van het trauma. Ze werkt met de kleuren bruin (“vies”), zwart (“dreiging”) en andere donkere kleuren (“angst”). Daarbinnen hebben woorden over haar trauma – in de vorm van gedichten die ze als huiswerk maakt – hun plek. In de gedichten differentieert ze tussen gevoelens van boosheid en teleurstelling.

► *Ik-versterking*

Meerdere malen komt ze stil of boos binnen en veelvuldig verlaat ze de sessie ontspannen en is ze trots over het beeldend werkstuk dat ze tijdens de sessie gemaakt heeft. De complimenten van de beeldend therapeute over haar werkstukken doen haar bijzonder goed. Het oogcontact neemt toe. Haar grove motoriek en impulsiviteit verminderen vanaf de tiende sessie. Ze is beter in staat de juiste kwasten te kiezen, passend bij de grootte van het vlak en heeft meer feeling voor het verspreiden van de verf en de juiste druk op de kwast. Als ze in de veertiende sessie klei mag knijpen, slaan en scheuren blijkt ze enige tijd nodig te hebben. Ze begint heel voorzichtig en durft het stompem blijkaar niet meteen aan. Er blijven dingen fout gaan, bijvoorbeeld bij een potloodtekening te fors gummen waardoor het papier stuk gaat, maar ze leert onvolkomenheden

accepteren en kan toch trots zijn op het resultaat. Deze acceptatie van het onvolmaakte versterkt mogelijk ook haar relativiserende houding ten opzichte van de verkrachting. Zij onderkent dat deze gebeurtenis niet haar hele leven mag bepalen en dat je kunt doorleven, recht hebt op bestaan ook als er onvolkomenheden zijn.

Veranderingen buiten de sessies

Uit het telefonische interview van de onderzoeker met de pedagogische medewerker die co-mentor is komt naar voren dat de cliënte het afgelopen half jaar een behoorlijke vooruitgang geboekt heeft. Confrontaties komen nog wel voor, maar het is een stuk minder geworden.

Ze wordt gecoacht vanuit het principe dat boosheid uiten mag, maar dat dit adequaat moet gebeuren.

Haar expressie is nog niet altijd goed onder controle, het verandert langzaam. In vergelijking met het verleden toen ze met voorwerpen gooide is ze alleen nog agressief in haar taalgebruik.

Ze kan erover praten als ze het niet goed doet, vindt haar agressie zelf ook niet leuk en ziet dit onder ogen, maar heeft daar hulp bij nodig. Van de leiding vraagt ze haar te vertellen hoe men er tegenaan kijkt. Ze staat ook meer open om naar het verhaal van andere jongeren te luisteren. Ze luistert, laat anderen uitpraten en geeft tegenargumenten. Bij een verschil van mening schiet ze niet meteen door in agressie. Op dit punt is een duidelijke verbetering merkbaar.

De visie van de cliënte

Ze vertelt dat ze vroeger haar boosheid uitte door te gooien en te slaan. Weglopen vindt ze al beter dan met voorwerpen gooien, maar dit is naar haar mening niet de beste oplossing. Ze vindt dat ze geleerd heeft niet meer weg te lopen en in gesprek te gaan. Als de cliënte naar haar zusje van twee jaar kijkt voelt ze dat dit haar ontwapent. Dan denkt ze: "Waarom ben ik eigenlijk boos?"

Het irriteert haar als mensen geen tijd hebben om echt met haar over haar boosheid te praten. Wat haar helpt is dat iemand haar laat praten en naar haar luistert. Praten en gehoord worden is belangrijk, niet meteen zeggen wat fout is. Ze heeft iemand nodig die haar helpt erover heen te komen, vertrouwen in haar heeft, de tijd neemt en blijft luisteren. De beeldend therapeute doet dat. Ze vraagt waarom en hoe ze boos werd. Daarna zoeken ze samen naar een betere oplossing om met boosheid om te gaan.

Over het silhouet, met daarin het gedicht en kleuren zegt ze:

“Als ik naar mijn silhouet kijk denk ik: ja dat klopt precies. Ik heb nagedacht over de woorden die ik er naast geschreven heb. Ze zeggen iets over mij. Het duurt lang om goede woorden te vinden. Ik heb ook lang naar de goede kleuren gezocht.”

In het werkstuk zijn open slaande deuren zichtbaar, waartussen een figuurtje wegloopt. Zij is het zelf, vertelt ze, omdat zij ook wegliep en niet met haar trauma geconfronteerd wilde worden. Ze heeft een gedicht gemaakt over verkrachting en zegt dat het gedicht haar oplucht. Als ze het leest voelt ze het verdriet in het gedicht en dat voelt als een opluchting. Ze is erg trots op dit werkstuk.

Ze zegt niet langer voor haar trauma te willen weglopen:

“Als ik wegloop blijf ik boos. Nu leer ik praten, nu geef ik het een plekje in mij zelf.”

Over de waarde van beeldend werken zegt ze:

“Als je alleen woorden gebruikt is het niet af. Woorden is meer begrijpen, kleur zit dicht bij het gevoel. Kleuren zeggen veel, met kleuren ga je kijken, kun je iets beter aan anderen duidelijk maken. Ik houd niet van praten. Beeldende werkstukken maken meteen duidelijk waar het over gaat, zij communiceren.”

en *“Praten op papier is gemakkelijker dan oog in oog praten. Zomaar verbaal praten en in de ogen kijken (praatgroep) werkt niet, je voelt je minder op je gemak. Bezig zijn en praten gaat beter.”*

Ze vindt onbelangrijk of de werkstukken er mooi uitzien. De buitenkant is misschien niet mooi, maar ze is trots dat het haar gelukt is. Voor haar is de inhoud mooi.

Cliënt 3

Beeldende therapie met een man die zijn delict niet wil voelen

Diagnostische thema's

► *Gebrekkige impulscontrole*

Het delict, op grond waarvan de cliënt voorwaardelijk gestraft is, was het gevolg van impulsief handelen. De cliënt heeft zich vooral op momenten dat hij zijn familie mist minder goed in de hand. Hij erkent dat hij problemen met agressie heeft en is gemotiveerd hier iets aan te doen.

► *Oppotten en controleren*

Uit angst voor de reactie van anderen en uit angst voor eigen controleverlies uit de cliënt zich uitermate gecontroleerd. Hij is bang voor de reactie die er komt als hij zich verbaal uitspreekt. Hij is bang voor afwijzing, bang uitgelachen te worden. Hij is ook bang niet gehoord te worden en maakt daarom subtiel duidelijk wat hij voelt. Als mensen zijn subtiele non-verbale signalen niet opmerken dan is dat volgens hem hun eigen schuld. Door zijn controlerende houding bouwt hij in contacten veel spanningen op. Doordat deze spanningen niet adequaat geuit worden is de prikkelbaarheid groot. Om negatieve interacties te vermijden trekt hij zich zoveel mogelijk terug. In de beeldende therapie is de cliënt stil en afwachtend, neemt hij een lijdende lichaamshouding aan en maakt een gespannen indruk. Hij ziet er gefrustreerd uit, maar laat geen emoties zien. Hij is verlegen bij vragen over zijn gevoelsleven en moeilijk tot beeldend handelen aan te zetten. Ten opzichte van zijn broer (zijn enige familielid in Nederland) waarmee hij in huis woont, uit hij non-verbaal irritaties. Hij is bang voor escalatie als hij zich tegenover zijn broer werkelijk zou uitspreken.

Ook tijdens de sessies uit hij zijn ongenoegen non-verbaal. In de beelden die hij maakt komt dit onderwerp terug. Zij worden gekenmerkt door ingehouden gecontroleerde agressie, maar alle signalen zijn er, tot in detail uitgewerkt.

► *Perfectionisme*

De cliënt vertelt dat hij geen fouten mag en kan maken: “Fouten zijn er door mijn vader uitgeslagen”. Hij kan mislukking en lelijkheid niet verdragen. Hij kan daarom in beeldend werken ook “...niet zomaar iets doen...”. Hij geeft zichzelf geen ruimte om te experimenteren met nieuw en ander gedrag.

Hij kan moeilijk kritiek verdragen en zijn manier van denken is rigide.

► *Veroordelen*

De cliënt ziet zichzelf als slachtoffer, is boos over de situatie thuis en probeert de beeldend therapeute van zijn gelijk te overtuigen. Hij wil bepalen hoe het er thuis aan toe moet gaan en accepteert geen andere visie.

► *Het delict is onbespreekbaar*

De cliënt heeft gesprekken met een psychologe in opleiding. Met haar praten over het delict en de gevoelens en gedachten die aan het delict voorafgaan irriteert hem. Hij wil hieraan niet herinnerd worden. Hij verheft zijn stem, gaat indringend spreken, valt verbaal aan en beschuldigt. Zijn lichaam is gespannen en de ogen gaan wijd open. Een enkele keer stuift hij weg en knalt de deur achter zich dicht. Hij heeft het gevoel dat hij voor een “rechercheur” zit en voelt zich door haar aangevallen.

► *Ambivalentie*

De terugkeer van zijn moeder naar Curaçao bedrukt hem. De relatie met zijn moeder is gekenmerkt door ambivalentie. Hij probeert haar goed te adviseren maar vindt het moeilijk zijn gevoel naar haar toe te verwoorden. Hij voelt zich niet door haar gehoord, voelt zich gevangen in een dilemma, wil die onrust niet en wil zich er tegen beschermen. Hij kan de relatie goed analyseren maar kijkt de andere kant uit als het over zijn eigen gevoel gaat.

Veranderingen binnen de sessies

► *Spanning onderkennen en uiten*

In de beeldende therapie werkt de cliënt in de agressieregulatiemodule aan een spanningsmeter. Elk spanningsniveau krijgt een kleur in overeenstemming met de kleuren van de regenboog. Hij schrijft er tekst bij. De cliënt geeft zelf aan baat te hebben bij de beeldende therapie, daardoor beter met spanning om te kunnen gaan en de opbouw van spanning in fases beter te herkennen. Hij komt na verloop van tijd rustiger en meer ontspannen over dan in de voorgaande weken.

Geleidelijk onderkent hij bij zichzelf de volgende gradaties:

1. Ontspanning
2. Lichamelijke onrust
3. Negatieve gedachten
4. Non-verbaal negatief gedrag naar anderen (verwachten dat anderen zijn negatieve signalen opvangen en zich beter gaan gedragen)
5. Verbale en matige fysieke agressie naar anderen
6. Heftige explosieve agressie

In de beeldende therapie komt hij door succeservaringen tot een bepaalde mate van ontspanning. Hij zegt nu tussen lichamelijke onrust (2) en negatieve gedachten (3) te zwerven. Tijdens het werken komen onmacht en verdriet ter sprake. De negatieve gedachten hebben met zijn broer te maken.

De cliënt is heel hard aan het werk om uitbarstingen te voorkomen. Hij wordt steeds opener over hoe hij contacten met anderen ervaart. Hij erkent dat hij bang is voor zijn eigen gevoelens en ze liever niet onder ogen ziet. In de beeldende therapie wil hij leren experimenteren en gevoelens tot uitdrukking leren brengen.

► *Op weg naar het uiten van agressie*

De beeldende therapie heeft ook als doel agressieve gevoelens in het lichaam te benoemen en beeldend vorm te geven. Bij de opdracht zijn innerlijke boosheid in een houding in klei uit te drukken werkt de cliënt

constructief en gedreven. Hij werkt graag met een dierfiguur. Het beeld in klei is zacht en rond, maar de rug is bot en gespierd. Aan het einde van de opdracht is hij heel ontspannen.

In een volgende sessie wordt uitgegaan van zijn boze gevoelens tijdens een incident (met een jongen op straat, zie beneden). Hij krijgt de opdracht op zijn spieren en zijn mond te letten als hij schreeuwt.

De cliënt maakt daarbij een leeuw als symbool van zijn boosheid, maar hij heeft moeite om agressie in het beeld te leggen. Het is een mooie leeuw met goede verhoudingen. Het lukt hem uiteindelijk toch tot een scherpere vormgeving te komen. Zijn bek staat open en de leeuw krijgt scherpe tanden, nagels, gekerfde haren, maar zit in een niet-actieve, niet-aanvallende houding.

Het blijft moeilijk zichzelf in een gewelddadige houding te tekenen. De cliënt gaat niet in op de uitdaging om het gevoel in een vrijere vormgeving expressiever of meer karikaturaal weer te geven. Hij weet niet hoe hij dit moet aanpakken en vraagt telkens hulp.

► *Perfectionisme loslaten*

De cliënt tekent met potlood en werkt heel precies en controlerend (gummend) aan de spanningsmeter. Als de beeldend therapeut hem vraagt in een steeds korter wordende tijdspanne 8 abstracte tekeningetjes met pastelkrijt te maken, neemt de spanning bij hem meteen toe. Hij komt niet tot vormgeving en gooit snel en impulsief het bijltje erbij neer. Hij onderkent dat hij niet om kan gaan met onduidelijkheid. Als hij zelf de tijdsduur mag bepalen en weer aan de slag gaat, maakt hij de vormgeving zo ingewikkeld dat hij ook nu in tijdnood komt. Hij heeft door dat zijn perfectionisme hem in de problemen brengt. Als hij met grove brede streken gaat werken en binnen de tijd kan blijven werkt hij ontspannen.

► *Zelfexpressie*

In de evaluatie vertelt hij dat hij geleerd heeft hoe hij het anders kan aanpakken. Ook de opdracht zichzelf als ontspannen dier te tekenen lukt als hij houvast vindt in de vorm. Hij kiest de papegaai die hij rond en zacht tekent. Ter sprake komt ook dat de papegaai een dier is dat kan praten.

Veranderingen buiten de sessies

De ingetogen agressie die zichtbaar wordt in de vormgeving van de leeuw is analoog aan zijn agressiepatroon buiten de therapie. Hij is ingetogen, passief agressief, maar als de ander dit niet opmerkt en er niet op ingaat treedt een escalatie op. Dat hij door de therapie beter in staat is deze escalatie te voorkomen illustreert hij met verschillende voorbeelden. Hij vertelt over een opstootje in het zwembad waarbij hij zijn agressie goed onder controle had. Een ander incident betreft het reeds genoemde conflict met een jongen op straat. Hij is wel achter de jongen aangerend en heeft gescholden, maar geen fysiek geweld gebruikt. Hij is er trots op dat hij zich heeft weten in te houden. Hij heeft er ook behoefte aan dat de therapeut zegt dat het goed gaat en hij elementen uit de beeldende therapie in het dagelijkse leven inzet.

Er bestaat spanning tussen zijn perfectionisme en zijn delict. Wie zichzelf erg controleert kan niet leven met het besef dat hij iets echt verkeerd gedaan heeft. Als in het gesprek met de psychologe het moment na het delict aan de orde komt, nadat de cliënt (op de vriend van de ex-partner) geschoten heeft en hij zijn dochttertje ziet staan lopen de rillingen door zijn lijf. Hij voelt zich schuldig en is boos op zichzelf. Hij kan de gevoelens soms toelaten en meer ontspannen het delictscenario lezen. Het contact met de psychologe wordt geleidelijk vriendelijker, maar praten over het delict blijft moeilijk.

Cliënt 4 Beeldende therapie en psychomotorische therapie met een heftige cliënt met stemmingswisselingen

Diagnostische thema's | Beeldende therapie

► *Heftigheid*

De cliënt praat snel en gespannen. Hij is luidruchtig, beweegt onrustig met armen en benen, schuift met de kruk, gaat regelmatig staan en loopt heen en weer. Met zijn grote tas gooit hij alles omver.

Werken in het beeldend medium is een afspiegeling van zijn heftigheid. Hij smijt met scharen en tijdschriften en behandelt het materiaal ruw. Hij maakt het beeldend materiaal stuk door te scheuren, duwen en gooien. Zijn vormgeving is grof. Er zijn weinig nuances en er is geen onderscheid tussen voorstellingen die wel en die niet ter zake doen. De afbeeldingen zijn heftig en tonen lijden.

► *Irritatie*

Hij is opvliegend, scheldt en vloekt op de mensen die hem ‘dit’ hebben aangedaan. Onder zijn pet kijkt hij zeer fel en boos uit de ogen. Hij houdt anderen in de gaten en pakt ze snel terug.

Als de beeldend therapeute hem vraagt zijn seksuele misbruik in beeld te brengen wordt hij boos. Zijn hele lichaam komt in beweging. Hij is kortaf en valt de therapeute verbaal aan. De opdracht een gedicht bij het seksuele misbruik te zoeken irriteert hem. Uiteindelijk doet hij het toch, maar hij is niet gewend iets over zijn seksueel misbruik los te laten.

► *Intimideren*

De cliënt weet van zichzelf dat hij intimideert, probeert, afperst en beschuldigt.

► *Ontroering*

Als het over kwetsbare zaken gaat kan hij heel ontroerd kijken. Hij kan ook gul lachen en charmant zijn.

Veranderingen binnen de sessies

► *Tussen heftigheid en ontroering*

De beeldende therapie is gericht op het in beeld brengen van zijn agressie, leren onderscheiden van andere gevoelens en het in beeld brengen van zijn seksuele trauma.

Als de beeldend therapeute hem stimuleert met de ogen dicht krachtig op klei in te werken krijgt hij plezier in het slaan op klei. Hij krijgt de opdracht het beest in zichzelf vorm te geven. Hij wil een leeuw met een grote bek

maken, maar maakt een aaibaar dier. Dit ontroert hem en zo wordt zijn kwetsbare kant zichtbaar. Als hij daaropvolgend een muis met klei maakt, ontstaat een in elkaar gedoken beestje, met de bek dicht en met scherpe loerende ogen. De cliënt blijft grof werken met weinig details. Ook in het kleine beestje is de heftige streek aanwezig. De plaatjes voor de collage over seksueel misbruik knipt hij hardhandig, rechttoe rechtaan uit.

► *Ontspanning*

Opvallend is dat de cliënt aan het einde van elke beeldende sessie ontspannen en vrolijk is en grapjes maakt.

Diagnostische thema's | Psychomotorische therapie

► *Onzekerheid*

De cliënt is onzeker, praat onrustig, springt van de hak op de tak. Hij kan niet stilzitten, friemelt en is constant met iets bezig. Altijd in beweging. Hij stuitert onrustig met een bal.

Zijn gedrag is amicaal, maar hij doet zich anders voor dan hij zich eigenlijk voelt. Dit blijkt bijvoorbeeld uit het feit dat hij zich amicaal gedraagt, maar de psychomotorisch therapeut in de oefening 'afstand – nabijheid' wel op 5 meter afstand plaatst.

Zijn gedrag gedurende de agressieregulatietraining waarbij de psychomotorisch therapeut lichamelijke signalen observeert praat hij voortdurend goed. Hij legt zijn gedrag uit. Als de therapeut hem iets vraagt is hij onzeker, alsof hij zich afvraagt wat hij moet antwoorden. Hij is op zijn hoede en voelt zich snel aangevallen.

Hij wil presteren en vraagt na afloop van een activiteit met zijn blik goedkeuring van de therapeut. Hij wil het allemaal snel en goed doen.

► *Irritatie en opvliendheid*

Als de therapeut zijn nonchalante en ongeïnteresseerde houding ter sprake brengt raakt hij geïrriteerd. Hij gaat harder en sneller praten om duidelijk te maken dat de therapeut te ver gaat en waarschuwt de therapeut dat hij niet verder moet gaan. De lichamelijke spanning neemt toe, hij kan niet meer

stilzitten en ijsbeert door de ruimte, met de rug naar de therapeut. Hij krabt over de borst.

► *Zich met de ander meten*

Tijdens een uitdagende oefening gaat de cliënt luider praten en roepen. Als hij het doel mist zucht en puft hij van ergernis. Als het niet lukt gaat hij harder gooien. Hij gooit overmatig hard, met brute kracht tegen een pion. Hij wil zich met de therapeut meten en bij winst juicht hij. De onrust zet hij om in ontlading tijdens de activiteit.

Als gewerkt wordt met een startarrangement waar de cliënt telkens een regel aan toe mag voegen zoekt hij naar steeds meer uitdaging in het spel en vraagt het uiterste van zichzelf. Hij blijft regels verzinnen en vraagt telkens goedkeuring.

Veranderingen

Aan het einde van sessies praat hij rustiger en is er lijn in zijn verhaal. Als hij zich in oefeningen heeft ontladen neemt zijn irritatie af. De energieke psychomotorische therapie doet hem merkbaar goed.

De cliënt gebruikt geleidelijk meer kracht dan hij eerder gebruikte. In eerste instantie hield hij zich nog wat in, later kan hij zich binnen de arrangementen vol ontladen. Door het ontladen merkt hij dat hij zich rustiger gaat voelen en ook uiterlijk is zichtbaar dat hij er rustiger bij staat. In het begin durfde hij zich niet echt te laten gaan en leek er een rem op te zitten.

De cliënt geeft zelf aan dat hij het eng vond om voluit te gaan. Dit heeft hem eerder altijd in problemen gebracht. Vanwege de veiligheid binnen de arrangementen was het mogelijk dit toch te doen.

De cliënte is gediagnosticeerd als borderline persoonlijkheid, maar er treden ook psychotische fasen op. Haar gedrag is meer dissociaal dan borderline. Ze is als kind gevoelsmatig tekort gekomen. Omdat ze door haar moeder mishandeld werd is haar moederbeeld sterk negatief gekleurd. Na haar twintigste levensjaar kwam ze terecht in een dissociaal milieu van alcoholisten. Ze is eerder vrijgesproken voor doodslag en is nu veroordeeld omdat ze een oude vrouw van haar tas wilde beroven en tegen de grond sloeg. Ze vindt zichzelf niet schuldig.

De danstherapeute en beeldend therapeute hebben samen een Anti-agressietraining (AAT) ontwikkeld waarin cliënten werken met een spanningsthermometer (groen – oranje – rood). Cliënten krijgen veelvuldig de opdracht gradueel tussen de kleuren heen en weer te gaan.

Diagnostische thema's

► *Afgestompt en afgewend*

De cliënte is afgestompt, onverschillig, emotioneel en terughoudend. Ze maakt soms een sfinxachtige indruk. Haar lichaamshouding is zeer stijf, ook als ze loopt. Er is geen interesse voor anderen. Zij is zeer egocentrisch, heeft weinig empathie en kan zich niet in anderen verplaatsen.

► *Dominant*

Haar postuur is groot en sterk. Daardoor en door haar gedrag intimideert ze anderen. Met de afstandbediening in de hand bepaalt ze op de afdeling wat er op TV komt. Ze wil als een man zijn, maar is ambivalent ten opzichte van mannen en gebruikt hen vooral instrumenteel ter seksuele bevrediging.

► *Kruitvat onder controle*

Ze maakt de indruk een kruitvat te zijn dat nooit ontploft is. Ze balt haar vuisten en loopt op bepaalde momenten snel naar haar kamer. Op een

spraakzaam moment vertelt ze dat ze de neiging heeft anderen een klap te willen verkopen. Als ze aan het einde van de sessies zegt dat ze ontspannen is – “In het groene gebied” – nemen de therapeuten waar dat ze nog wel gespannen is. Blijkbaar voelt de cliënte haar agressie onvoldoende of wil ze deze voor zichzelf onderdrukken.

► *Opwinding*

Op andere momenten – vooral bij kritiek – heeft ze een kort lontje. Ze is woedend, schreeuwt, scheldt, vloekt en maakt fel oogcontact. Ze gaat daarbij niet op de ander in, houdt de woede voor zichzelf en gaat helemaal in zichzelf op. Ook bij thema’s als agressie en seks neemt de spanning toe en is er fel oogcontact.

► *Van groen naar rood en terug*

Als ze de opdracht krijgt tijdens het dansen woede uit te beelden en haar bewegingen krachtiger te maken komt geen kracht tot stand. Haar lichaamsspanning blijft laag. Ze gebruikt weinig ruimte en reageert niet op de inbreng van de danstherapeute. Ze kan haar agressie niet naar boven halen.

Bij het inkleuren van de spanningsthermometer in het beeldend werken kiest ze zacht materiaal. Ze werkt voorzichtig, monotoon en maakt mechanisch dezelfde tekenbewegingen.

Als het haar wel lukt agressie naar boven te halen kan ze moeilijk terugschakelen. Bij de opdracht ‘van rood naar groen’ ontwikkelt ze een sterke weerstand. Ze wordt boos en uit haar woede in krachtige bewoordingen. Ze gooit onbeheerst met de bal en houdt zich niet aan de opdracht ‘beheerst gooien’. Ze kan moeilijk overgangen maken tussen zacht naar luid en omgekeerd. Ze beschikt slechts over twee niveaus: ‘meisjesachtig’ of bevelend.

Veranderingen binnen de sessies

Na afloop van de AAT rapporteren de danstherapeute en beeldend therapeute het volgende:

“De cliënte werd tijdens de training gaandeweg minder wantrouwend, terughoudend en passief. Ze is nu beter in staat over haar eigen gedrag te reflecteren. Haar strategie gevoelens van woede en teleurstelling in te slikken – met als gevolg dat ze deze opkropte – trok ze geleidelijk in twijfel. Ze dacht aanvankelijk dat ze alleen op deze manier haar gevoelens de baas kon, maar leerde dat het ook anders kan. Vooral de thermometer heeft haar geholpen anders met woede om te gaan. Haar kracht ligt in de aanloop naar de agressie (het oranjegebied van de thermometer) in te grijpen. Ze werd er zich van bewust dat ze signalen kan afgeven die uitdrukking geven aan haar gevoel. De training heeft er ook toe geleid dat zij anderen beter kan waarnemen en op sommige momenten empathie toont. Geleidelijk leerde ze meer met anderen te praten.”

Veranderingen buiten de sessies | De visie van twee psychologen

De cliënte heeft de *dialectische gedragstherapie* volgens Linehan (DGT) helemaal gevolgd. De psychologen geven te kennen dat deze training voor haar nogal abstract bleek. De AAT is toegankelijker. De kracht van deze training is dat de deelnemers uitgenodigd worden te beschrijven wat ze in de actie en in het lichaam voelen. Omdat bij deze cliënte een splitsing bestaat tussen denken en voelen heeft ze een aanpak nodig die op een minder abstract niveau denken en voelen bij elkaar brengt. Handelen en daarna reflecteren is erg belangrijk.

“Het moment nu is belangrijk: wat voel je nu, wat gebeurt er nu met je.”

De spanningsthermometer wordt als een geëigend middel gezien. Doorslaggevend vindt men ook de relatie met de danstherapeute die in staat bleek de cliënte uit te lokken en aan te moedigen. Door het vertrouwen in de danstherapeute durfde de cliënte haar gevoelens te tonen. Omdat de

psychotische aandelen sterker zijn dan de persoonlijkheidsstoornis werd een neurolepticum (Haldol) voorgeschreven. Daardoor namen de zelfgesprekken af en werd de cliënte stabiel, rustiger en minder agressief. De psychologen zijn verbaasd wat er bereikt is. Bij het gevaar van een agressieve doorbraak is de cliënte nu in staat de agressie die zich ophoopt waar te nemen, te benoemen (“Daar stapelt zich wat op”) en anders te handelen. De spanningsthermometer helpt daarbij, ook op de afdeling. Zij horen de cliënte over zichzelf zeggen dat ze geen kruitvat meer is dat kan exploderen. Ze nemen waar dat ze losser, toegankelijker, humoristisch geworden is en bereid dingen uit te proberen. Toch is vaak niet zichtbaar hoe het bij haar van binnen werkt. Of het haar echt lukt beter met agressie om te gaan is nog niet helemaal duidelijk.

De psychologen zien ook verbetering in het contact met anderen. De cliënte koestert weliswaar nog steeds geen sociale gevoelens en kan met anderen geen emotionele binding aangaan, maar ze doet moeite minder onverschillig te zijn. Nog steeds is haar ethisch besef gebrekkig. Het is mogelijk dat haar attitude niet fundamenteel verandert en zij voor zichzelf geweld blijft legitimeren.

Veranderingen buiten de sessies | De visie van de cliënte

De cliënte vertelt dat ze graag danst op de muziek van Metallica. Deze muziek kan haar grondgevoel onderstrepen, maar haar ook helpen dit te overstijgen. Als ze verdrietig is geeft de muziek van Metallica haar veel ruimte. Dan maakt ze zich groot, spreidt ze haar armen en benen uit en heeft ze het gevoel dat ze omhoog groeit en haar huid kan afstropen. Ze voelt zich dan als herboren en komt op andere gedachten. Als ze agressie voelt slaat ze tijdens de muziek met haar vuisten in de lucht tot ze niet meer kan. Dit bevrijdt haar waardoor ze rustiger naar de afdeling terug kan gaan. Ze vindt dat de AAT heel anders werkt dan danstherapie. Bij de danstherapie kon ze relaxen en met zachte muziek bij zichzelf komen. Bij frustratie kon ze door te praten en op muziek te dansen bevrediging vinden. Ze kon de modder “beneden laten”² en “op de afdeling trappen”.

² De danstherapie ruimte bevindt zich op zolder, boven de afdelingen.

In de AAT zegt ze echt geleerd te hebben met gevoelens om te gaan. Ze heeft op rode kussens gebokst en is zo in het rode bereik van de thermometer gekomen. Vervolgens heeft ze geleerd de handeling af te breken. In het beeldend werken heeft ze met waterverf fijngevoelig het groene bereik geschilderd.

In de woorden van de cliënte:

“Op de afdeling maak ik hier gebruik van. Ik luister naar mijn gevoel, benoem voor mezelf de kleur van de thermometer. Lange tijd was ik in het rode gebied, maar sinds het boksen op het kussen is dit niet meer zo. Als ik in het rode gebied kom maai ik mensen neer. Dan staat niemand meer op en zit ik met de problemen. Dit wil ik op tijd stoppen. Ik wil niet meer in het rood komen. Als ik snel iets verander loopt de agressie niet te hoog op. Ik kan mijn agressie negeren, me er tegen verzetten, het gesprek afbreken of naar mijn kamer gaan.”

Cliënt 6 Anti-agressietraining dans en beeldend met een onzekere cliënte met een kort lontje

Het delict van de cliënte is terug te voeren op impulsief reageren als ze de controle verliest. Ze is gediagnosticeerd als borderline persoonlijkheidsstoornis en heeft geen geïntegreerde persoonlijkheid, maar afgesplitste identiteitseilandjes. Toen zij negen jaar oud was overleed haar moeder. De relatie met de stiefmoeder is problematisch. De stiefmoeder behandelde haar kinderen slecht. De cliënte voelt zich als assepoester. Van haar vader krijgt ze niet de aandacht die ze vraagt. Op grond van haar levensgeschiedenis probeert ze voortdurend medelijden op te roepen. Op zoek naar liefde en erkenning gedraagt ze zich disfunctioneel. Omdat ze nogal veel fantaseert is niet duidelijk of er sprake is van verkrachting door haar oom. Ze gaat heel onkritisch om met mannen. Als ze een vriend heeft stort ze zich helemaal in de relatie.

Diagnostische thema's

► *Slachtoffer*

De cliënte stelt zich op als slachtoffer. Ze klaagt en zoekt bevestiging.

► *Onzeker*

De cliënte is onzeker en heeft geen eigen mening. Ze is heel klein van binnen, spreekt met zachte stem en gedraagt zich aangepast. Haar zelfvertrouwen is laag. Veelal imiteert ze anderen en regelmatig vertoont ze meeloopgedrag. Tot haar medecliënten houdt ze afstand, maar als ze erg onzeker is zoekt ze de nabijheid van de danstherapeute.

Bij een terechtwijzing reageert ze met huilen. Ze kijkt naar de grond en is bedrukt. Ze kan niet omgaan met een afwijzing, wil overal bij zijn en geaccepteerd worden. Als ze regels overtreedt, stelt ze zich 'dom' aan en probeert ze zich eruit te praten. Bij allerlei onderwerpen krijgt ze een rode kleur.

► *Overcompensatie*

Ze doet zich groot voor als fan van een voetbalclub en zangeres van een popgroep. Door zich groot voor te doen maakt zij zichzelf belangrijker dan ze is. Daardoor voelt zij zich zeker. Ze vertelt dat ze geweldig zingt, dat ze solo mag zingen en dat een van de bandleden verliefd op haar is. Maar de bandleden zien haar helemaal niet zien zitten. Het door haar opgebouwde ideaal narcistisch zelfbeeld verdraagt geen enkele relativering. Bandleden en therapeuten speelt ze tegen elkaar uit.

Ze is storend aanwezig en bemoeit zich overal mee. Als ze zich achtergesteld en onrechtvaardig behandeld voelt toont ze verontwaardiging en intimideert ze anderen.

► *Kort lontje*

De cliënte is erg impulsief. Als het niet gaat zoals ze wil reageert ze opgewonden, opgefokt en woedend en kan ze haar emoties niet controleren. Ze spant haar lichaam, wordt rood, gebruikt veel gebaren, schreeuwt, slaat met de vuisten op tafel, gooit met dingen en slaat met deuren. Ze spreekt met haar ogen en lijkt een spraakwaterval.

Ze laat zich provoceren. Als ze zich over zichzelf ergert kan automutilatie het gevolg zijn.

Ze houdt zich niet aan regels, volgt opdrachten niet op, vloekt als ze zich aangevallen voelt of iets fout doet. Ze verstoort de therapie door niet mee te doen, iets anders te doen en bijvoorbeeld de bal in de ruimte te rollen.

► *Rigiditeit*

De cliënte is erg rigide. Het moet gaan zoals zij wil. Als ze denkt gelijk te hebben, maar geen gelijk krijgt wordt ze agressief. Ze kan niet goed reflecteren over wat ze doet en heeft een beperkt zicht op gedragsalternatieven. Als anderen haar mening niet delen is ze snel verontwaardigd.

Ze stemt niet op anderen af.

Veranderingen binnen de sessies

► *Intensiveren en terugschakelen*

In de opdracht op muziek van rust tot agressie over te gaan, waarbij de danstherapeute ondersteunt door de bewegingen krachtiger te maken en daarna af te bouwen, komt de cliënte tot het middengebied. Ze kan haar woede uitbeelden, maar kan de opdracht ‘veel lachen’ niet overnemen.

Telkens komt de woede en spanning terug. Aan de opdracht terugschakelen van rood naar groen door eerst op het kussen te slaan en daarna beheerst met de bal te gooien, wil ze niet meedoen. Ze danst voor zichzelf in een hoekje. Ze zegt wel dat ze meedoet, maar doet het niet. Er is bij haar niet door heen te komen.

Op andere momenten krijgt de cliënte het voor elkaar dat de opdracht van zacht naar luid en terug niet doorgaat. Uiteindelijk doet ze toch mee nadat ze op haar gedrag wordt aangesproken. Dan is ze in staat zich luid te uiten, maar kan ze niet terug schakelen.

De visie van de danstherapeute en beeldend therapeute na afloop van de AAT

“De cliënte leerde geleidelijk haar emotionaliteit in te tomen. De emotionele en dramatische uitbarstingen die ten doel hadden de aandacht op zich te vestigen zijn verminderd. Ze weet nu dat ze aandacht kan krijgen door deel te nemen.

Haar concentratie nam toe, zij was in staat zich beter op de oefeningen te concentreren.

De cliënte remde zichzelf in de werkvormen die bedoeld waren agressie te uiten. Ze kan hiermee niet spelen en trekt al snel de noodrem. Ze doet niet mee, is ongeconcentreerd, koppig of devalueert de AAT ten opzichte van de dialectische gedragstherapie. Met het oog op het delictgedrag zou het beter zijn geweest als ze zich meer op de oefeningen ingelaten zou hebben. Greep krijgen op de eigen emoties is een volgend therapiedoel.”

Na zo'n 10 sessies werkt ze geconcentreerd. Binnen en buiten de therapie is ze behulpzaam en flexibel. Agressie komt niet voor.

Als ze in de in de therapie in het oranjegebied komt rapporteert ze dat dit haar angstig maakt. Ze is bang dat ze doorslaat. Maar ze blijft rustig in haar gedrag. De therapeuten stellen vast dat ze een goede zelfreflectie heeft ontwikkeld. Tijdens het werken met stokken tegenover elkaar kan ze beheerst kracht laten toenemen en afnemen.

De visie van de cliënte

De cliënte vertelt dat er bij haar een beeld opkomt als ze tijdens de AAT op het kussen bokst. Dan komt agressie op en loopt de thermometer snel van groen naar rood. Ze geeft zich daaraan over, maar de weg terug is moeilijk. Ook met schuimrubberballen op de grond knallen zodat de bal tot aan het plafond stuitert heeft ze gedaan. In haar woorden:

“Je oefent hoe je als een ridder met stokken woede kunt uitdrukken, zonder grenzen te overschrijden. Zo doe je de ander geen pijn. Bij mezelf nemen woede en agressie af. Ik voel het in mijn lichaam en kan naderhand over de gevoelens praten.”

Woede uitdrukken was in het begin heel moeilijk voor haar. Ze voelde zich angstig. Ook grenzen aangeven vond ze in het begin heel moeilijk. Het was vreemd met voorwerpen elkaar tegemoet te treden.

In de DGT zegt ze specifieke vaardigheden voor het tolereren van stress geleerd te hebben. In de AAT heeft ze met behulp van de thermometer geleerd te kijken in welk agressiegebied ze verkeert. De oefeningen, het daadwerkelijke doen, daadwerkelijk ervaren waar de grenzen liggen, vindt ze zeer belangrijk. Ze vindt dat de thermometer haar het beste heeft geholpen.

Over de danstherapie, dus niet de AAT, vertelt ze dat ze daaraan veel plezier heeft beleefd:

“Het komt tegemoet aan je behoefte en je vergeet dat je opgesloten zit. Je danst op mooie muziek, kunt over je gevoelens praten en de problemen van alledag bespreken. Thema's als verdriet en woede komen aan bod en door op de grond te stampen kun je ze uitleven.”

Danspassen inoefenen en er gewoon op los dansen maakt haar zekerder. Ze zegt dat ze in de danstherapie, anders dan op de afdeling, zich zekerder voelt, meer open durft te zijn en over haar problemen kan praten. Het feit dat je op een andere plek bent, dat je vertrouwen hebt in de therapeut is belangrijk.

“Je neemt dit mee terug naar de afdeling en denkt na hoe je dingen anders kunt doen. Zo heb ik in de ruimte een foto van mijn oom geplaatst en heeft een medecliënt mijn haat tegenover mijn oom uitgebeeld. Je kunt de oom laten belichamen, erover dansen en praten. In de beeldende therapie kun je de haat op papier tekenen en het papier verscheuren.”

De ontspanningsoefeningen op muziek hebben haar goed gedaan. Ze heeft zich een woestijn voorgesteld met palmen en daarna in de beeldende therapie de woestijn geschilderd. Zo heeft ze geleerd hoe ze op de afdeling rustiger kan zijn.

In de beeldende therapie heeft ze gewerkt aan het verlies van haar moeder. Ze vertelt dat ze een schoenendoos blauw heeft geverfd, kunstbloemen en een aardewerken beeldje van haar moeder in de doos heeft gelegd en de doos op de afdeling heeft uitgesteld. Daardoor heeft ze het verlies geleidelijk verwerkt.

“Ik kan nu het leven ook zonder haar aan. Ze is er wel en ze is er niet. Op mijn verjaardag sluit ik haar in mijn hart. Ik kan er nu veel beter over praten. Vroeger dreef ik af, had ik zelfmoordgedachten. Nu ben ik meer bezig met de toekomst. Ik maak een collage van de toekomst, met bergen en dalen.”

In de beeldende therapie zegt ze geleerd te hebben thema's in beelden en symbolen uit te drukken. Ze heeft geleerd langzamer, geconcentreerder en rustiger te werken. Tekenen binnen een raster, binnen symbolen (vierkant, cirkel) en daarover praten hebben haar geholpen. De cirkel staat voor in de kliniek zijn en de duif staat voor buiten zijn. Werken in een groep en bij het vingerverven rekening houden met de thema's van anderen vindt ze moeilijk.

Veranderingen buiten de sessies | De visie van twee psychologen

De cliënte volgt de module Kernoplettendheidsvaardigheden uit de DGT van Linehan. Deze module traint de innerlijke waarneming. Het is de bedoeling dat ze leert differentiëren tussen woede, agressie, vreugde. Op de tweede plaats gaat het erom dat de zichzelf de vraag stelt: “Waarom voel ik me zo?”. In de delictgroep blokkeert ze als ze het slachtoffer speelt. Ze is niet meer totaal ongecontroleerd, maar ook nog niet gecontroleerd. Ze verkeert in een middengebied. Ze kan zich nu beter beheersen.

Ontwikkelen van haar autonomie is een grote stap. Eerst moet haar ego versterkt worden. Dit kan door een eigen standpunt te leren innemen. In de danstherapie kan dit door haar eigen beweging te versterken.

In de AAT reageerde ze meteen theatraal. Haar boodschap was: “Ik kan hier niet mee omgaan.” Maar nu kan ze zich beter beheersen. Alhoewel ze zich nog niet goed kan concentreren op de werkvorm, kan ze zichzelf wel terugnemen.

Ze moet leren haar zelfgevoel op een adequate manier te versterken, zonder gewichtig te doen en zonder zich afhankelijk te maken. Haar persoonlijkheid met inhoud vullen is een belangrijk thema.

► *Behulpzaam*

Ook buiten de therapie is ze na zo'n 10 sessies behulpzaam en flexibel. Een rol daarbij speelt een huwelijksaanzoek van een andere forensische cliënt dat haar evenwichtig maakt.

Cliënt 7 Anti-agressietraining dans en beeldend met een verwarde cliënte die op de vlucht slaat

In haar opvoeding heeft het haar aan veel ontbroken. Haar moeder was alcoholist en ze is zonder structuur en liefde opgevoed. In de periode waarin de behandeling plaatsvindt slaat ze op de vlucht, hetgeen aantoont dat ze instabiel is. Ze vlucht naar haar moeder, waar de politie haar oppakt. Daarna wordt de behandeling voortgezet. Ze krijgt ook andere medicatie.

Diagnostische thema's

► *Dominant*

De cliënte is tegenover andere cliënten arrogant, dominant, afstandelijk, doet uit de hoogte en keurt hen geen blik waardig. Ze raakt regelmatig in conflict met andere cliënten. Onder de dominante laag gaan onzekerheid en

angst schuil. Als ze snel moet beslissen is ze heel angstig. Tegenover de hulpverleners kent ze geen distantie.

► *Verward*

Haar stemming is wisselend van ‘Himmelhoch jauchzend’ tot ‘zu tode betrübt’. Haar uiterlijk is onverzorgd, in haar kamer heerst grote wanorde. Andere cliënten werken op haar zenuwen.

► *Passief*

Ze toont weinig energie en motivatie. Ze blijft lang in bed liggen en komt te laat op afspraken.

► *Spanning*

Bij het met voeten stampen en boxen in de therapie is ze ongeconcentreerd. Ze beweegt onrustig en ongecontroleerd en loopt in de zaal op en neer. Haar been trilt. Tijdens het werken met stokken bouwt ze veel spanning op. Ze komt aan haar lichamelijke grenzen en breekt de oefening af zonder ‘stop’ te zeggen.

Veranderingen

► *In balans*

Geleidelijk komt haar stemming meer in evenwicht en houdt ze zich beter aan afspraken. Nadat haar verlof wordt afgewezen omdat haar kamer niet is opgeruimd is ze bereid haar kamer op te ruimen.

► *Zelfreflectie*

De therapeuten constateren dat ze kan aangeven wanneer ze in het oranje gebied komt. Na verloop van tijd is ze tijdens de AAT in staat Ik-boodschappen uit te zenden als zij vindt dat andere cliënten onrust veroorzaken. Als de spanning te zeer oploopt kiest ze ervoor weg te lopen opdat ze niet hardhandig wordt.

De visie van de cliënte

De cliënte zegt dat ze de vaardigheden van de DGT (module stresstolerantie) in de AAT kan verdiepen. Ze heeft de thermometer geschilderd. Ze heeft geleerd waar groen, oranje en rood zich bevindt en kan verschillen aangeven tussen het begin en het einde van de sessie. Ze kan zich met muziek afreageren en wordt door te schilderen rustig. Als ze woedend is luistert ze naar de hardrock van Die Bösen Onkels. Gitaar en slagwerk dringen op haar in. Dan kan ze haar slechte gedachten opzij zetten en ook haar woede uitschreeuwen. Tijdens het dansen springt ze in de ruimte, maakt bewegingen met de armen, bokst in de lucht, zo lang tot ze kapot, moe en ontspannen is.

Cliënt 8 Psychomotorische therapie met een doemdenker die eigenlijk vrolijk is

De jongeman werd vaak mishandeld op school en ontwikkelde daardoor een laag zelfbeeld en faalangst. Er was tevens sprake van ADHD, met name impulsiviteit. De cliënt koesterde extreem rechtse zwart-wit gedachten tegen gekleurde mensen en joden. Op de Buss-Durkee Hostility Inventory (BDHI) scoort hij zeer hoog op fysieke en verbale uitingen van agressie. Hij is een 'doemdenker', maar heeft een springlevend karakter met bijhorende gedragingen, voortkomend uit zijn ADHD impulsiviteit en hyperactiviteit. Daardoor is de toevoeging 'die eigenlijk vrolijk is' is een belangrijke. Als zijn uitbundigheid – die voor hem niet te controleren was/is – afgeremd wordt leidt dit bij hem tot een heftige reactie: gevoelens van onmacht, het gevoel een brevet van onvermogen te krijgen en boosheid op ander die hem afremt. De cliënt zegt zelf zich te schamen voor zijn impulsiviteit, ook voor zijn goed bedoelde uitbundigheid.

Diagnostische thema's

► *Doemdenken*

De cliënt heeft het gevoel dat hij voortdurend afgerekend wordt. Door slechte ervaringen tijdens zijn kinderjaren wantrouwt hij anderen. Hij heeft weinig hoop op een goede toekomst. Doordat hij geen diploma's, werk en huisvesting heeft ziet zijn toekomst er niet rooskleurig uit

► *Controle*

De cliënt wil alles onder controle houden, maar is bang dat hem dat niet lukt. Er is controle, maar als hij uitgedaagd wordt is de controle meteen weg. Als afspraken onduidelijk zijn wordt hij gespannen. Bij het starten van een oefening is hij zenuwachtig, loopt rood aan. Als hij blind door de zaal moet lopen neemt de spanning toe. Hij stopt met de oefening, verheft krachtig zijn stem, loopt weg en gaat op de bank zitten.

Praten over zijn delicten roept veel onrust op, dat is emotioneel heel heftig.

► *Agressie*

Op drukke momenten, als hij moet samenwerken en als de regels onduidelijk zijn is de cliënt luidruchtig. Hij vloekt, scheldt en er is fel oogcontact. Hij verstoort het overleg door anderen in de rede te vallen en met de vuist op tafel te slaan. Bij conflicten over uit te voeren taken wordt hij rood, loopt druk heen en weer. Hij provoceert, intimideert neemt een dreigende lichaamshouding aan, dreigt met escalatie, zet de tafel met een harde klap neer en slaat met de deuren. Agressie is een middel om het woord te krijgen, anderen te dwingen taken uit te voeren en zich af te reageren als hij denkt onrechtvaardig behandeld te worden. Dergelijke uitingen van agressie lijken vooral een teken van onvermogen en gevoelens van onmacht. Hij is niet in staat op een andere manier zijn onvrede te communiceren.

Als hij door het gooien van een bal op een trap tegen de muur van de sportzaal kracht en emoties moet leren doseren, vloekt hij op zichzelf en is hij luidruchtig. Zijn blik is strak en zijn hoofd loopt rood aan. Als hij de controle verliest dreigt hij agressief te worden. Hij gooit nog eens extra hard en dreigt te trappen. Hij zegt zelf dat hij op de hoogste trede van kracht

waarschijnlijk los zal gaan. Naarmate hij hoger op de trap gooit wordt hij inderdaad drukker, impulsiever en is zijn gedrag minder gecontroleerd. Praten over agressie en andere emoties maakt hem onrustig.

Veranderingen binnen de sessies

In de psychomotorische therapie werd een gebeurtenis op het bord geschreven, vervolgens hoe de cliënt gewoonlijk reageerde en daarna hoe het anders zou kunnen. Zijn reacties werden op een schaal van 0-10 gescoord op mate van impulsiviteit. Er werd geoefend met het gooien van ballen met een snelheid op de scala van 0-10.

► *Lichamelijke signalen*

Onder begeleiding van de psychomotorisch therapeut heeft de cliënt – bijvoorbeeld tijdens het met gesloten ogen door de zaal lopen – geleerd zijn lichaamssignalen te herkennen, erkennen en benoemen.

► *Beheersing*

De cliënt vraagt hulp en accepteert leiding. Door met de psychomotorisch therapeut te oefenen wordt hij rustiger en zekerder. Hij neemt bij het gooien met de bal tips over en verliest daardoor de controle niet. Hij is tevreden als de oefening lukt. Zich beheersen vergt veel inspanning, maar als hij zijn impulsen en boosheid kan controleren is hij daarover heel tevreden.

► *Kiezen voor het positieve*

De cliënt geeft op een bepaald moment duidelijk aan dat hij wil kiezen voor het positieve. De cliënt heeft een sociale en op gezelligheid gerichte positieve grondtoon in zijn karakter, maar verhardt sterk door de ingebeelde of werkelijke negatieve bejegening van een ander.

► *Stoeien*

De cliënt heeft altijd gezocht naar lichamelijk contact. Aanvankelijk door een vriendelijke doch iets te hard uitgevoerde stomp tegen de schouder van de therapeut. Doordat de therapeut regelmatig benoemt dat hij uit lijkt te

zijn op contact (“Volgens mij wil je gewoon even knuffelen”) neemt het ‘stompen’ af en ontstaat er gedoseerd en intiemer contact. Tegen het einde van de psychomotorische therapie slaat de cliënt de arm om het hoofd van de therapeut en zegt: “Mafkees”.

► *Er zijn*

Intensieve psychomotorische therapie wordt afgewisseld met het spelen van zijn favoriete basketspel. De therapeut complimenteert de cliënt en deze wordt hierdoor zienderogen rustig. De cliënt is zeer ontspannen alsof hij het gevoel heeft: “Ik mag er even zijn en hoef even niets”. De cliënt leert activiteiten te zoeken die een ontspannend gevoel geven.

De visie van de sociaal therapeutisch medewerker

De behandeling is er vooral op gericht andere ervaringen op te doen: niet afgerekend worden, zoeken naar oplossingen en hem bewust maken wat de gevolgen voor hem zijn.

► *Reflecteren*

De cliënt kan nu praten over wat er gebeurd is en zeggen dat hij fout geweest is en iets niet had moeten doen. Hij is er zich van bewust dat mensen bang van hem zijn. Zijn zwart-wit denken is afgenomen. Hij kan nu meer verdragen dat mensen hem confronteren zonder weg te lopen en denkt nu eerst na over dingen zonder meteen weg te lopen. Hij kan praten over wat hij moeilijk vindt en reflecteren over zijn impulsief reageren. Eerst denken dan doen is geoefend. Maar hij is nog steeds druk, is snel te prikkelen en moet continu blijven nadenken.

► *Zelfbeeld*

Zijn zelfbeeld is nog zwak. Hij moet nog veel succeservaringen opdoen, vooral in het werk.

Maar het blijkt mogelijk zijn doemdenken weg te nemen door te benoemen hoe je zaken kunt oplossen en wie je daarbij kan helpen. Als duidelijk

wordt hoe hij van A naar B kan gaan verdwijnt het doemdenken. Maar hij kan het nog niet alleen.

► *Relatie*

De sociaal therapeutisch medewerker:

“Langzaam is een relatie tot stand gekomen. Er is meer vertrouwen ontstaan. Ik kan nu alles tegen hem zeggen zonder dat hij zich aangevallen voelt. Ik maak het hem lastig, daag hem uit en toch kan hij daartegen. Nu kun je hem wel beetpakken”.

► *Psychomotorische therapie*

De psychomotorische therapie heeft volgens de sociaal therapeutisch medewerker invloed gehad omdat ze hem geleerd heeft te letten op wat in zijn lichaam gebeurt en hoe hij op de rem kan trappen. In PMT kon hij oefenen met de 5G's en deze vervolgens op de groep toepassen. De verslagen van de psychomotorisch therapeut waren voor de sociaal therapeutisch medewerker heel herkenbaar.

De visie van de cliënt

Over het gedoseerd gooien met ballen merkt de cliënt op:

“Ik voelde aanvankelijk het verschil in niveaus niet, sprong meteen van 0 naar 5 naar 10. Nu kan ik ook 3 voelen. Daardoor voel ik 5 aankomen en kan ik tijdig ingrijpen voordat het naar 5 gaat. Ik voel in mijn lijf: ik zit nu op dit niveau. Het lichaam reageert telkens op dezelfde manier zodat je het langzaam leert herkennen. Impulsiviteit voelt vervelend. Ik vind het jammer als ik impulsief reageer.”

Hij vertelt hoe hij tijdens het tafelvoetbal op de groep een schopbeweging wilde maken, maar deze voelde aankomen en zich daardoor op tijd kon inhouden.

Er is nog voldoende aanleiding om zich af te reageren. Moeilijk zijn situaties met veel prikkels: veel mensen, veel activiteiten. Dit leidt tot onrust. Maar als hij daarbij geholpen wordt kan hij samen met een therapeut of begeleider oplossingen bedenken zodat hij meer rust krijgt.

“In het verleden lette ik niet op, ik trok te laat aan de bel, kon het niet op tijd aangeven, kon niet vertellen wat me dwars zit. Dan werd het me teveel.”

Omdat de cliënt minder ruzie zoekt dan vroeger komt hij nu vanzelf minder in de problemen.

“Vroeger schopte ik mensen in elkaar voor de lol. Nu doe ik dat alleen als het niet anders kan. Voor de lol heeft het geen nut want dan kom ik in de tbs terecht. Ik moet me aanpassen want ik wil geen buitenbeentje blijven en normaal functioneren.”

Het allerbelangrijkste dat de therapie volgens hem heeft opgeleverd is dat hij impulsiviteit herkent en ook gevoelens als blijheid en verdriet kan onderkennen. Hij heeft geleerd een ander te vertrouwen. Als mensen zich hetzelfde gedragen als hij er wel en niet bij is, als ze hun ware ik laten zien, als ze geen dingen doorvertellen zal hij ze vertrouwen. De psychomotorisch therapeut heeft volgens de cliënt zijn werk goed gedaan. De cliënt zegt de psychomotorisch therapeut en de psychomotorische therapie te mogen.

Hoofdstuk 9

CROSS-ANALYSE

In de crossanalyse zijn de thema's van de individuele cliënten binnen de categorieën diagnostische thema's, veranderingen binnen en buiten de vaktherapie door middel van kwalitatieve inhoudsanalyse samengevoegd tot overkoepelende thema's.

Er is binnen de categorieën geen onderverdeling gemaakt per medium. Aangezien het aantal cliënten per medium verschilt zijn er vooralsnog te weinig data om per medium een geloofwaardig onderscheid te maken. Door aanvullend onderzoek kan deze tabel per medium uitgesplitst worden.

In Tabel 3 zijn de diagnostische thema's en veranderingen binnen en buiten de vaktherapie weergegeven die bij de betreffende cliënten gesignaleerd werden.

Tabel 3 Diagnostische thema's en veranderingen

Diagnostische thema's	Veranderingen door vaktherapieën	Veranderingen buiten de vaktherapie
<p>► <i>Afgestompt</i> Interesseloos, onverschillig, emotieloos, niet geïnteresseerd in</p>	<p>Empathie voor anderen ontwikkelen en met anderen praten</p>	<p>– Minder onverschillig</p>
<p>► <i>Kruitvat onder controle</i> Emotionele spanning oppotten, verschillende spanningsniveaus niet onderkennen, verschillende spanningsniveaus niet kunnen uiten, er komt geen kracht tot stand, gecontroleerde agressie, agressie niet naar boven kunnen halen, als agressie naar boven komt niet terug kunnen schakelen</p>	<p>1. Lichaamssignalen herkennen en benoemen 2. Gradaties van spanning onderkennen 3. Differentiëren tussen spanningsniveaus 4. Verschillende spanningsniveaus kunnen uiten 5. Kracht opbouwen en afbouwen 6. Gevoelens kunnen uiten 7. De aanloop naar agressie onderkennen 8. Agressie tijdig onderbreken 9. Signalen afgeven die uitdrukking geven aan gevoelens 10. Impulsiviteit verminderen 11. Over gevoelens reflecteren</p>	<p>– Controle loslaten – Lossen, toegankelijker, humoristischer – Op de afdeling spanning die zich ophoopt tijdig waarnemen en benoemen – Niet meer weglopen</p>
<p>► <i>Klein van binnen</i> Onzeker, geen eigen mening, bang fouten te maken, verlangen naar acceptatie, zenuwachtig, oogcontact ontwijken, meeloopgedrag, groot doen</p>	<p>1. Favoriete activiteiten uitvoeren 2. Onzekerheid hanteren, meer zekerheid en openheid tonen 3. Nieuwe activiteiten inoefenen 4. Ik-versterking door het produceren van persoonlijke werkstukken</p>	<p>– Accepteren dat je dingen verkeerd hebt gedaan – Zaken kunnen oplossen als de weg is uitgezet</p>

Diagnostische thema's	Veranderingen door vaktherapieën	Veranderingen buiten de vaktherapie
<p>► <i>Perfectionisme en overcompensatie</i> Rigide aan dingen vasthouden, controleren, groot doen, zich overal mee bemoeien</p>	<p>Perfectionisme in de vormgeving, loslaten</p>	
<p>► <i>Kort lontje</i> Impulsief, geïrriteerd, opvliegend, druk, snel, onrustig, voortdurend in beweging zijn, fremelen, gespannen lichaam</p>	<p>1. Langzaam, geconcentreerd, rustig, beheerst, gedoseerd werken, praten en bewegen 2. Ontspanning en vrolijkheid</p>	<p>– Reflecteren, eerst denken en praten, dan doen</p>
<p>► <i>Agressief</i> Heftig, ruw, grof, onbeheerst, schelden, schreeuwen, vloeken, anderen veroordelen, saboteren, intimideren, manipuleren, dwingen, provoceren, domineren, beschuldigen, fel oogcontact, met dingen gooien, slaan, zich niet aan regels houden, niet mee doen</p>	<p>1. Afreageren, woede uitdrukken, uitschreeuwen, lichamelijk ontladen 2. De grove motoriek verminderen 3. Onderkennen in welk agressiegebied men verkeert 4. Agressie afremmen 5. Praten over conflicten en gevoelens i.p.v. impulsieve agressie 6. De kwetsbare kant zichtbaar maken</p>	<p>– Minder doorschieten in agressie, voorkomen van escalatie – Alleen nog agressief in taalgebruik – Meer praten over kwesties</p>
<p>► <i>Getraumatiseerd</i> Schaamte en angst door trauma</p>	<p>1. Schaamte en angst hanteren zonder in agressie te vluchten 2. Trauma en verlies verwerken 3. Het onvolmaakte accepteren</p>	
<p>RATIONALE</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Het medium laat cliënten hun gevoelens vanuit het lichaam ervaren 2. Het medium laat cliënten gevoelens lichamelijk ontladen 3. Het medium laat cliënten gevoelens uitbeelden 4. Het beeldend medium laat cliënten gevoelens symbolisch uiten en verwerken 		

Hoofdstuk 10

DISCUSSIE

Diagnostiek

De diagnostische thema's maken het mogelijk een vergelijking te maken met de schemamodi die in de schemagerichte therapie gebruikt worden, met name de schemamodi die toegespitst zijn op de forensische cliënten. Een schemamodus is een set van bij elkaar horende schema's die samen in een bepaalde situatie het denken, voelen en handelen van de cliënt bepalen (zie onder andere Bernstein, Arntz & De Vos, 2007 en Bijma & Niet, 2007). De diagnostische thema's in dit onderzoek bevestigen de door voorgestelde vier nieuwe schemamodi voor forensische cliënten:

► *Disfunctionele copingmodus*

Boze-beschermermodus: boosheid (een 'muur van woede') tonen en gebruiken om zich tegen een waargenomen dreiging te beschermen en deze op afstand te houden

► *Overcompensatiemodi*

- Bedrog en manipulatiemodus: liegen en manipuleren om anderen tot slachtoffer te maken of straf te ontlopen
- Roofdiermodus: op kille en berekenende manier een dreiging elimineren
- Overcontrolerende modus: herkauwend peinzen, gebruik maken van orde en herhaling (obsessief) of de bron van de dreiging opzoeken en beheersen (paranoïde)

De voor deze schemamodi kenmerkende kernelementen agressie, macht/dominantie, controle en manipulatie/bedrog zijn ook de kernelementen van de cliënten in het onderhavige onderzoek al verschilt hun gewicht per cliënt.

Van de elf oorspronkelijk modi van Young komen bij de cliënten in dit onderzoek vooral de volgende naar voren:

► *Kindmodi*

- Boze kind modus: boosheid tonen in reactie op onrechtvaardigheid
- Impulsieve/ongedisciplineerde kind modus: zich gedragen als verwend kind dat ‘krijgt wat het wil wanneer het dat wil’

► *Disfunctionele copingmodus*

Afstandelijke beschermer modus: emotionele onthechting om zichzelf te beschermen tegen pijnlijke gevoelens

► *Overcompensatiemodus*

Treiteren & aanvalmodus: pesten en intimideren om een superieure positie tegenover anderen te verwerven.

Behandeling

Dialectische gedragstherapie, schemagerichte therapie, medicatie, anti-agressietraining door middel van vaktherapieën en de therapeutische relatie dragen, in de ogen van de respondenten, allemaal hun steentje bij. Daar waar cognitieve therapieën tekort schieten kan dit het gevolg zijn van het feit dat zij nog te weinig onderzocht zijn of de beoefenaars nog te weinig getraind. Een andere verklaring is dat bepaalde onderdelen van cognitief georiënteerde therapieën voor een groep cliënten nogal abstract zijn en daarom aanvulling of een alternatieve behandeling behoeven. Uit dit onderzoek blijkt dat cliënten in de vaktherapieën doen en reflecteren leren combineren. Door in het present moment (Stern, 2004) te handelen ervaren cliënten stijgende spanning op het moment zelf, leren zij het te onderkennen en beïnvloeden. Daardoor leren zij vroegtijdig bij zichzelf in te grijpen. De verschillende vormen van concreet zichtbare spanningsgradaties zoals deze in de vaktherapieën worden uitgespeeld zijn een voorbeeld van werkzame hulpmiddelen.

In de discussie over het nut van fysiek afreageren van agressie (De Groot & De Doncker, 2006), staat de vraag centraal of fysieke activiteit de agressie juist versterkt of vermindert. Het onderhavige onderzoek laat zien dat het ervaren en leren herkennen van gradaties van agressieve impulsen belangrijk is. Als in de vaktherapieën de agressie wordt geuit werkt dit ventilerend omdat sprake is van een gestructureerde spelsituatie in het medium die de cliënt de gelegenheid biedt agressie op een gereguleerde manier te uiten. Dit voorkomt dat agressie wordt opgepot.

Duidelijk is dat werken in het medium, bijvoorbeeld gooien met een bal, een analoge situatie is waarbij de cliënt voelt hoe hij de controle dreigt te verliezen als hij meer kracht moet uitoefenen. Doordat het een spelsituatie betreft kan de cliënt oefenen hoe hij de emotie die dreigt door te schieten onder controle kan krijgen.

Meerdere malen blijkt dat cliënten snel opgeven als zij een oefening moeten uitvoeren. Met de vaktherapeut samen oefenen heeft tot gevolg dat de cliënten ontdekken dat men uiteindelijk wel in staat is de oefening uit te voeren. Dit versterkt het zelfbeeld.

Wat aan de cross-analyse (Tabel 3) opvalt is dat er binnen een diagnostisch thema sprake kan zijn van uitersten. Zo kan spanning oppotten tot gevolg hebben dat als deze uiteindelijk toch doorbreekt zij uitmondt in agressie die niet meer afgeremd kan worden. Daarmee ontstaat ook een verbinding tussen het thema ‘kruitvat onder controle’ en ‘agressief’. Tussen thema’s bestaan dus bepaalde psychodynamische relaties. In een eerder onderzoek naar probleemgebieden (Smeijsters & Cleven, 2004) bleek ook dat probleemgebieden met elkaar samenhangen.

Verder valt op dat bepaalde thema’s zoals ‘kruitvat onder controle’ en ‘agressief’ een systematische opbouw in mogelijke resultaten kennen, van bijvoorbeeld ‘lichaamssignalen’ herkennen tot ‘over gevoelens reflecteren’. Afhankelijk van de cliënt kan het zijn dat in het geval van ‘kruitvat onder controle’ de 11 fasen helemaal doorlopen worden, dat fasen worden overgeslagen of dat fasen een andere volgorde kennen.

De vaktherapieën in relatie tot andere therapieën

Het onderzoek bevestigt dat dramatherapie, muziektherapie, beeldende therapie, danstherapie en psychomotorische therapie een nuttige aanvulling of zelfs een alternatief vormen voor de cliënten met beperkte verbale vaardigheden (Arntz & Bögels, 2000; Bernstein, Arntz & De Vos).

Vaktherapieën komen tegemoet aan de constatering van Den Boer (2007) dat door het impliciete emotionele geheugen van de amygdala, disfuncties in de prefrontale hersenen, disfunctionerende spiegelneuronen en een niet of slecht functionerend amygdala-proces behandeling wellicht moet plaatsvinden op een 'onbewuster niveau' waaraan geen cognities te pas komen. Vaktherapie werkt met het emotioneel schema (Greenberg, 2004) in het present moment (Stern, 2004).

Aan de noodzaak bij persoonlijkheidsstoornissen de therapie op een breed gebied van de persoon te richten (Arntz & Bögels, 2000) komt de vaktherapeutische behandeling tegemoet die zich richt op 'secundaire doelen'. Daarbij focust de vaktherapeut niet op een specifieke klacht, maar op de persoon als geheel (Smeijsters, 2005a).

Schemagerichte therapie maak gebruik van cognitieve, experiëntiële en gedragsmatige technieken (Bernstein, Arntz & De Vos, 2007). Door de toepassing van technieken uit psychodrama is de stap naar de vaktherapieën niet groot. Kenmerkend voor vaktherapieën is dat zij, anders dan psychodrama, beschikken over technieken en methoden met een spelmatig karakter die heel dicht bij gebeurtenissen uit de dagelijkse werkelijkheid kunnen staan (zoals in psychodrama) maar ook meer op afstand. Door gradaties van afstand en nabijheid te exploreren is het mogelijk cliënten te activeren op een veilige manier met zichzelf aan de slag te gaan.

Sterke en zwakke kanten van het onderzoek

De procesverslagen leveren rijke informatie op. Instellingen waarbij deze verslaglegging werd geïntegreerd in de reguliere verslaglegging en onderdeel werd van teambesprekingen hebben het meest van dit onderzoek

geprofiteerd. Een aantal instellingen heeft niet deelgenomen omdat het wekelijks invullen van procesverslagen door meerdere personen nogal arbeidsintensief is.

Bij enkele instellingen die wel definitief deelname hadden toegezegd veranderden vrij veel interne coördinatoren van dit onderzoek alsook vaktherapeuten van baan. Daardoor ontstond er in die instellingen een onzekere situatie waardoor men zich vooral moest concentreren op de interne voortgang en er geen tijd was voor onderzoek. Instellingen zonder personele mutaties hebben consequent aan het onderzoek meegewerkt.

Een ander punt dat nogal wat problemen opleverde was dat het onderzoeksbeleid van een aantal instellingen een qualitative change process research zoals dit niet als beleidspunt heeft. De nadruk ligt tegenwoordig vooral op de RCT (randomized controlled trial) en CCT (controlled clinical trial). Deze nadruk sluit wellicht teveel de ogen voor de vele mogelijke onderzoeksmethoden die elk hun eigen soorten evidence opleveren.

De media zijn verschillend vertegenwoordigd. Het is niet gelukt dramatherapeuten te werven en slechts een muziektherapeut was in de gelegenheid mee te doen. Beeldende therapie, danstherapie en psychomotorische therapie zijn sterker vertegenwoordigd.

Het aantal sessies bleef beperkt. De resultaten geven dus slechts een beperkte indruk waartoe de vaktherapeutische beroepen in staat zijn. De thema's zijn in termen van onderzoek 'niet verzadigd'. Blijvend systematisch monitoren van de ontwikkeling van de cliënt binnen de vaktherapieën en de andere therapieën over een langere periode is nodig.

Vervolg van het onderzoek

Aan de hand van dit verslag kan een nieuwe wervingsfase gestart worden met als doel meer instellingen te werven voor het afnemen van change interviews. Deze minder arbeidsintensieve methode maakt inpassing wellicht beter mogelijk. De tweede insteek zou kunnen zijn het ontwikkelen

van betrouwbare en valide meetinstrumenten per medium. Daardoor wordt het mogelijk na elke sessie op een weinig arbeidsintensieve kwantitatieve manier het effect van de interventies in het medium te meten. Er zijn op basis van dit onderzoek voldoende aanwijzingen dat het analoge-procesmodel een vruchtbaar hypothesegenererend model is dat de vraagstelling kan sturen.

Hoofdstuk 11

DE AUTEUR

Dr. H.J.M.F. Smeijsters (1952) is lector van de kenniskring Kennisontwikkeling Vaktherapieën (KenVaK) van de Hogeschool Zuyd, Hogeschool Utrecht en het ArtEZ Conservatorium Enschede. Hij is hoofdopleider van de Masteropleiding Vaktherapieën.

Adres

Hogeschool Zuyd – KenVaK
Postbus 550
6400 AN Heerlen

E-mail

h.smeijsters@hszuyd.nl

Websites

<http://kenvak.hszuyd.nl>
www.smeijsters.nl (homepage)

Hoofdstuk 12

LITERATUUR

- Aldridge, D. (2004). *Health, the individual, and integrated medicine. Revisiting an aesthetic of health care*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Aldridge, D. (ed)(2005). *Case study designs in music therapy*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Arntz, A. & Bögels, S. (2000). *Schemagerichte cognitieve therapie voor persoonlijkheidsstoornissen*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Baeten, N. (2007). *Beeldende therapie in de praktijk van de forensische psychiatrie*. Utrecht: Oostvaarderskliniek/Expertisecentrum Forensische Psychiatrie.
- Baillie, C. (1998). Art as therapy in a young offender institution. In: M. Liebmann (ed). *Art therapy with offenders*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Bennink, J. Gussak, D.E. & Skowran, M. (2003). The role of the art therapist in a Juvenile Justice Setting. *The Arts in Psychotherapy*, 30 (3), 163-173.
- Bernstein, D.P., Arntz, A. & Vos, M.E. de (2007). Schemagerichte therapie in de forensische setting. Theoretisch model en voorstellen voor best clinical practice. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 33, 120-139.
- Bertens, A. & Roethof, G. (2002). Behandeling van daders en slachtoffers van relationeel geweld middels dramatherapie en psychomotorische therapie in een ambulante forensische instelling. In: L. Konsten & M. Peters (red.). *Terug naar de toekomst*. Utrecht: NVPMT.
- Bijma, M. & Niet, G. de (2007). Schematherapie voor borderline patiënten. *Psychopraxis*, 09 (4) 149-154.
- Boer, J. den (2007). *Neurofilosofie: hersenen, bewustzijn, vrije wil*. Amsterdam: Boom.
- Boerhout, C. & Weele, K. van der (2007). Psychomotorische therapie en agressieregulatie. Een pilotonderzoek. *Tijdschrift voor Vaktherapie*, 3 (2), 11-18.
- Boog, B., Slagter, M., Jacobs-Moonen, I. & Meijering, F. (2005). *Focus op action research. De professional als handelingsonderzoeker*. Assen: Van Gorcum.
- Brewster, L.G. (1983). *An evaluation of the Arts-in-Corrections Programme of the California Department of Corrections*. Prepared for the William James Association, Santa Cruz, California and California Department of Corrections.
- Broek, E. van den (2006). *Het ontwikkelen van een meetinstrument voor agressie binnen dramatherapie*. Masteronderzoek. Heerlen: Hogeschool Zuyd.

- Brown, J., Houston, S, Lewis, L. & Speller, G. (2004). *Dancing inside. A research evaluation conducted on behalf of Motionhouse Dance Theatre*. Surrey University.
- Buchholz, M.B. (1999). *Psychotherapie als Profession*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Buurman, F., Dijk, F. & Prevoo, N. (2004). *Productbeschrijving groepstraining "Stop huiselijk geweld" voor plegers van huiselijk geweld*. Interne uitgave. Nijmegen: Kairos, Pompestichting.
- Chandler, M. (1973). Egocentrism and antisocial behaviour: The assessment and training of social perspective taking skills. *Developmental Psychology*, 44, 326-333.
- Cogan, K.B. & Paulson, B.L. (1998). Picking up the pieces: Brief report on inmates' experiences of a family violence drama project. *The Arts in Psychotherapy*, Vol. 25 (1), 37-43.
- Connor, D.F. (2002). *Aggression and antisocial behavior in children and adolescents*. New York: Guilford Press.
- Criminal Justice Funding Report (1999, June 1). *Partnership places artists in federal prisons*.
- Cruz, R.F. & Salbers, D.L. (1998). Dance/movement therapy is more effective than previously reported. *The Arts in Psychotherapy*, Vol. 25 (2), 101-104.
- Damasio, A.R. (2003). *Ik voel dus ik ben. Hoe gevoel en lichaam ons bewustzijn vormen*. Amsterdam: Wereldbibliotheek.
- Dam-Baggen, C.M.J. van & Kraaimaat, F.W. (2000). *Inventarisatielijst Omgaan met Anderen (IOA)*. Handleiding. Lisse: Swets Test Services.
- Daveson, B.A. & Edwards, J. (2001). A descriptive study exploring the role of music therapy in prisons. *The Arts in Psychotherapy*, 28 (2), 137-141.
- Denzin, N. & Lincoln, Y. (eds)(2000). *Handbook of qualitative research*. Newbury Park: Sage Publications.
- Dijk, A.C.J. (2005). *Handen thuis? Handen thuis! Psychomotorische behandeling bij plegers van huiselijk geweld*. In: J. de Lange & R.J. Bosscher (red). *Psychomotorische therapie in de praktijk*. Nijmegen: Cure & Care Publishers.
- Dijk, F. & Prevoo, N. (2003a). *Protocol groepstraining "Stop huiselijk geweld"*. Interne uitgave. Nijmegen: Kairos, Pompestichting.
- Dijk, F. & Prevoo, N. (2003b). *Werkboek groepstraining "Stop huiselijk geweld"*. Interne uitgave. Nijmegen: Kairos, Pompestichting.
- Drieschner, K. (1997). *Vermindering van boosheid door muziektherapie: een gecontroleerd effectonderzoek met forensisch psychiatrische cliënten*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- Dutton, D.G. & Golant, S.K. (2000). *De partnermishandelaar*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Elderen, T. van, Maes, S., Kamp, L. van der, Ploeg, H. van der, Ensink, J. & Spielberg, C.D. (1994). *Handleiding bij de Zelf-Expressie en Controle vragenlijst*. Leiden: Leiden University - Health Psychology Section.

- Elliott, R., Slatick, E. & Urman, M. (2001). Qualitative change process research on psychotherapy. Alternative strategies. In: J. Frommer & D.L. Rennie (eds.). *Qualitative psychotherapy research. Methods and methodology*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Els, H. van (1998). Weer greep op eigen handelen: Een praktische benadering van mensen met impulsproblemen. *Maandblad Geestelijke Gezondheidszorg*, 53, 27-41.
- Geertz, C. (1973). Thick description: Toward an interpretive theory of culture. In: C. Geertz. *The interpretation of cultures*. New York: Basic Books.
- Goldstein, A.P., Glick, B. & Gibbs, J.C. (1998). *Aggression replacement training: A comprehensive intervention for aggressive youth. Revised edition*. Champaign-III: Research Press.
- Greenberg, L.S. (2004). *Emotion-focused therapy. Coaching clients to work through their feelings*. Washington: American Psychological Association.
- Groen, H. (2003). Aansturing van de behandeling. In: H. Groen & M. Drost (red.). *Handboek forensische geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Groot, A.D. de (1986). *Begrip van evalueren*. Den Haag: Vuga.
- Groot, A.D. de & Traas, J.C. (1980). *Onderwijs van binnen en van buiten*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Groot, F. & Doncker, A. de (2006). Helpt het fysiek afreageren van agressie? *Psychopraxis*, 08, 194-198.
- Gussak, D. (1997). Breaking through barriers: Art therapy in prisons. In: D. Gussak & E. Virshup (eds). *Drawing time: Art therapy in prisons and other correctional settings*. Chicago: Magnolia Street.
- Gussak, D. & Cohen-Liebmann, M. (2001). Investigation versus intervention: Forensic art therapy and art therapy in forensics settings. *American Journal of Art Therapy*, 40 (2), 123-135.
- Gussak, D. & Virshup, E. (eds)(1997). *Drawing time: Art therapy in prisons and other correctional settings*. Chicago: Magnolia Street.
- Henquet, G. (2005). Opgekropte spanning losmaken. Resultaten van een effectonderzoek. *Tijdschrift voor Psychomotorische Therapie*, (11 (2), 30-36.
- Hildebrand, M., Ruiter, C. de & Beek, D. van (2001). SVR-20: *Richtlijnen voor het beoordelen van het risico van seksueel gewelddadig gedrag*. Utrecht: Forum Educatief.
- Hillewaere, N. (2003). *Een kijkje achter die blik. Een onderzoek naar de invloed van receptieve muziektherapie op het exploreren van emoties*. Afstudeerscriptie Opleiding Creatieve Therapie Muziek. Sittard: Hogeschool Zuyd.
- Hilterman, E.L.B. & Gresnigt, J.A.M. (2003). Het onderbuikgevoel en risicotaxatie in de forensische psychiatrie. Van tweewieler naar multi purpose vehicle. In: H. Groen & M. Drost (red.). *Handboek forensische geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Hoekstra, H.A., Ormel, J. & Fruyt, F. de (1996). *Handleiding NEO Persoonlijkheidsvragenlijsten*. Lisse: Swets Test Services.

- Hoogduin, C.A.L. & Lange, A. (2000). Stoornissen in de impulscontrole. In: W. Vandereycken, C.A.L. Hoogduin & P.M.G. Emmelkamp (red.). *Handboek psychopathologie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Hornsveld, R.H.J. (2005). Evaluation of Aggression Control Therapy for violent forensic psychiatric patients. *Psychology, Crime & Law*, 11 (4), 403-410.
- Hornsveld, R.H.J. (2006). *Ontwikkeling en evaluatie van de agressiehanteringstherapie voor gewelddadige forensische psychiatrische patiënten (jongens en mannen)*. Den Haag: Ministerie van Justitie, WODC.
- Hornsveld, R.H.J., Dam-Baggen, C.M.J. van, Lammers, S.M.M., Nijman, H.L.I. & Kraaimaat, F.W. (2004). Forensisch psychiatrische patiënten met geweldsdelicten: persoonlijkheidskenmerken en gedrag. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 46, 133-143.
- Hornsveld, R.H.J., Dam-Baggen, C.M.J. van, Leenaars, E. & Jonkers, Ph. (2004). Agressiehanteringstherapie voor forensisch psychiatrische cliënten met geweldsdelicten: ontwikkeling en praktijk. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 30, 22-38.
- Hornsveld, R.H.J. & Kruyk, C. de (2005). Forensic psychiatric outpatients with sexual offences: Personality characteristics, aggression and social competence. *Psychology, Crime & Justice*, 11 (4), 479-488.
- Hornsveld, R.H.J., Nijman, H.L.I., Lammers, S.M.M., Dam-Baggen, C.M.J. van & Kraaimaat, F.W. (2002). *Attributie Vragenlijst*. Rijswijk: Eigen beheer.
- Hoskyns, S. (1988). Studying group music therapy with adult offenders: Research in progress. *Psychology of Music*, 16, 25-41.
- Hutjes, J. (2000). De case study als strategie in het toegepast onderzoek. In: F. Wester, A. Smaling & L. Mulder (red.). *Praktijkgericht kwalitatief onderzoek*. Bussum: Coutinho.
- Hutjes, J.M. & Buuren, J.A. van (1992). *De gevalsstudie. Strategie van kwalitatief onderzoek*. Meppel / Amsterdam / Heerlen: Boom / Open Universiteit.
- Hutschemaekers, G. (2003). *De kunst van het hulpverleners. Over de professionalisering van vaktherapieën in de gezondheidszorg*. Lezing tijdens de installatie van KenVaK.
- Hutschemaekers, G., Tiemens, B. & Smit, A. (2006). *Weg van professionalisering. Paradoxe bewegingen in de geestelijke gezondheidszorg*. Wolfheze: GRIP – De Gelderse Roos.
- Inselmann, U. & Mann, S. (1998). Auswertung von Musiktherapie. Einsatz von Adjektivskalen, Bestimmung der Interraterreliabilität, Darstellung von Spielmustern: Eine Einzelfallanalyse. In: H. Kächele, U. Oerter & N. Scheytt (eds). *Vortragssammlung 10 Ulmer Workshop für musiktherapeutische Grundlagenforschung*. Ulm, Germany: Universität Ulm.
- Jacobson, N.S. & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.
- Kuin, F.M.B. (1996). Voorspelbaar boksen. *Bewegen & Hulpverlening*, 13, 53-65.

- Kuin, F.M.B. (2000). *Impulscontroleproblematiek. Psychomotorische therapie module*. Oosterbeek: NVPMT.
- Kuin, F.M.B. (2005). Op tijd stoppen. Behandeling van impulscontroleproblematiek bij cluster B-persoonlijkheidsstoornissen en dissociatieve stoornissen. In: J. de Lange & R.J. Bosscher (red). *Psychomotorische therapie in de praktijk*. Nijmegen: Cure & Care Publishers.
- Laan, G. van der (2003/4). De professional als expert in practice-based evidence. *Sociale Interventie*, 12, 5-16.
- Lange, A., Hoogendoorn, M., Wiederspahn, A. & Beurs, E. de (1995). *BDHI-D. Handleiding, verantwoording en normering van de Nederlandse Buss-Durkee Agressielijst*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- LeDoux, J. (1998). *The emotional brain. The mysterious underpinnings of emotional life*. New York: Touchstone.
- Liebmann, M. (ed)(1998). *Art therapy with offenders*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Lincoln, Y.S. & Guba, E.G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Newbury Park: Sage Publications.
- Linehan, M. (1996). *Borderline persoonlijkheidsstoornis. Handleiding voor training en therapie*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Margison, F.R., Barkham, M., Evans, C., McGrath, G., Clark, J.M., Audin, K. & Connell, J. (2000). Measurement and psychotherapy – Evidence-based Practice and Practice-based Evidence. *British Journal of Psychiatry*, Vol. 177, 123-130.
- Meesters, C., Muris, P., Bosma, H., Schouten, E. & Beuving, S. (1996). Psychometric evaluation of the Dutch version of the Aggression questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 34 (10), 839-843.
- Novaco, R.W. (1994). Anger as a risk factor for violence among the mentally disordered. In: J. Monahan & H.J. Steadman (eds.). *Violence and mental disorder*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Peaker, A. & Vincent, J. (1990). *Arts in prisons: Towards a sense of achievement*. Home Office Research and Planning Unit and the Arts Council, December.
- Philipse, M., Hilterman, E. & Doren, D. (2001). Tussen mogelijkheid en illusie: een review van elf risico-taxatieinstrumenten voor seksuele delinquenten. *Tijdschrift voor Criminologie*, 43, 2-24.
- Philipse, M.W.G., Ruiter, C. de, Hildebrand, M. & Bouman, Y.M.H. (2000). *HCR-20. Beoordelen van het risico van gewelddadig gedrag. Versie 2*. Nijmegen/Utrecht: Pompestichting/Van der Hoevenstichting.
- Ploeg, H.M. van der, Defares, P.B. & Spielberger, C.D. (1982). *Handleiding bij de Zelf-Analyse Vragenlijst, ZAV*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Profiel van Vaktherapeutische Beroepen* (2005). Utrecht: Federatie van Vaktherapeutische Beroepen.
- Riches, C. (1998). The hidden therapy of a prison art education programme. In: M. Liebmann (ed). *Art therapy with offenders*. London: Jessica Kingsley Publishers.

- Ridder, H. M. O. (2005). Music therapy with the elderly: Complementary data as a rich approach to understanding communication. In: D. Aldridge (ed). *Case study designs in music therapy*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Rolvjord, R., Gold, C. & Stige, B. (2005). Research rigour and therapeutic flexibility: Rationale for a therapy manual developed for a randomised controlled trial. *Nordic Journal of Music Therapy*, 14 (1), 15-32.
- Sackett, D.L., Richardson, S., Rosenberg, W. & Haynes, R.B. (2000). *Evidence-based medicine: how to practice and to teach EBM*. London: Churchill Livingstone.
- Schwandt, T.A. (2000). Three epistemological stances for qualitative inquiry. In: N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (eds). *Handbook of qualitative research*. London: Sage Publications.
- Silver, R. (ed). (2005). *Aggression and depression assessed through art*. New York: Brunner Routledge.
- Sitskoorn, M. (2006). *Het maakbare brein. Gebruik je hersens en word wie je wilt zijn*. Amsterdam: Bert Bakker.
- Smaling, A. (2000). Inductieve, analoge en communicatieve generalisatie. In: F. Wester, A. Smaling & L. Mulder (red). *Praktijkgericht kwalitatief onderzoek*. Bussum: Coutinho.
- Smeijsters, H. (1997). *Multiple perspectives . A guide for qualitative research in music therapy*. Gilsum: Barcelona Publishers.
- Smeijsters, H. (2003). *Handboek creatieve therapie*. Bussum: Coutinho.
- Smeijsters, H. (red.)(2005a). *Praktijkonderzoek in vaktherapie*. Bussum: Coutinho
- Smeijsters, H. (2005b). Quantitative single case designs. In: B. Wheeler (ed). *Music therapy research. Quantitative and qualitative perspectives*. Gilsum: Barcelona Publishers.
- Smeijsters, H. (2005c). *Sounding the Self: Analogy in improvisational music therapy*. Gilsum: Barcelona Publishers.
- Smeijsters, H. (red.)(2006a). *Handboek Muziektherapie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Smeijsters, H. (2006b). Vakmanschap is meesterschap. De professional als middelpunt van management en onderzoek. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 61 (11), 930-941.
- Smeijsters, H. & Aasgaard, T. (2005). Qualitative case study research. In: B. Wheeler (ed.). *Music therapy research. Quantitative and qualitative perspectives*. Gilsum: Barcelona Publishers.
- Smeijsters, H. & Cleven, G. (2004). *Vaktherapieën in de forensische psychiatrie*. Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie.
- Smeijsters, H. & Cleven, G. (2005a). Consensus based best practices. Vaktherapieën in de forensische psychiatrie. *Tijdschrift voor Creatieve Therapie*, 24 (2), 25-33.
- Smeijsters, H. & Cleven, G. (2005b). State of the arts. Vaktherapieën in de forensische psychiatrie. *Tijdschrift voor Creatieve Therapie*, 24 (1), 21-29.

- Smeijsters, H. & Cleven, G. (2006). The treatment of aggression by means of arts therapies in forensic psychiatry. Results of a qualitative inquiry. *The Arts in Psychotherapy*, 33 (1), 37-58
- Stake, R. E. (1995). *The art of case study research*. London: Sage Publications.
- Stern, D.N. (1985). *The interpersonal world of the infant. A view from psychoanalysis and development psychology*. New York: Basic Books.
- Stern, D.N. (2004). *The present moment in psychotherapy and everyday life*. New York: W.W. Norton.
- Swanborn, P.G. (2002). *Evalueren*. Meppel: Boom.
- Swanborn, P.G. (2003). *Case-study's. Wat, wanneer, hoe?* Amsterdam/Meppel: Boom.
- Thaut, M. (1987). A new challenge for music therapy: the correctional setting. *Music Therapy Perspectives*, 4, 44-50.
- Thaut, M. (1989a). The influence of music therapy interventions on self-rated changes in relaxation, affect, and thought in psychiatric prisoner-patients. *Journal of Music Therapy*, 26, 155-166.
- Thaut, M. (1989b). Music therapy, affect modification, and therapeutic change. *Music Therapy Perspectives*, 7, 55-62.
- Thaut, M. (1992). Music therapy in correctional psychiatry. In: W. Davis. K. Gfeller & M. Thaut (eds). *An introduction to music therapy: theory and practice*. Dubuque: W.C. Brown Publishers.
- Timmer, S. (2005). *Dramatherapie in de forensische psychiatrie. Een kwalitatief onderzoek naar een consensus based beschrijving*. Nijmegen: Pompestichting.
- Vertommen, H., Verheul, R., Ruiters, C. de & Hildebrand, M. (2002). *De herziene versie van Hare's Psychopathie Checklist (PCL-R)*. Lisse: Swets Test Publishers.
- Webster, C.D., Douglas, K.S., Eaves, D. & Hart, S.D. (1997). *HCR-20. Assessing risk for violence. Version 2*. Burnaby: Simon Fraser University.
- Wester, F. (2000). Methodische aspecten van kwalitatief onderzoek. In: F. Wester, A. Smaling & L. Mulder (red). *Praktijkgericht kwalitatief onderzoek*. Bussum: Coutinho.
- Wosch, T. & Frommer, J. (2002). Emotionsveranderingen in musiktherapeutische Improvisationen. *Zeitschrift für Musik-, Tanz- und Kunsttherapie*, 13, 107-114.
- Yin, R.K. (2003). *Case study research. Design and methods*. London: Sage Publications.
- Zeuch, A. & Hillecke, T. (2004). Ergebnisse musiktherapeutischer Entspannung im sozialtherapeutischen Strafvollzug. Eine qualitativ-quantitative Orientierungsstudie. *Zeitschrift für Musik-, Tanz- und Kunsttherapie*, 15 (1), 16-23.

Bijlage

ITEMS PROCESVERSLAGEN EN CHANGE INTERVIEWS

1] ITEMS PROCESVERSLAGEN DOOR VAKTHERAPEUTEN

Agressie tijdens sessie buiten het medium

- Algemene indruk van de beginsituatie (hoe kwam de cliënt binnen?)
- Verbaal/vocaal gedrag (b.v. schelden, vloeken, schreeuwen, luidruchtig zijn)
- Lichaamshouding (b.v. gespannen)
- Mimiek (b.v. verkleuren, verstrakken, fel oogcontact)
- Handeling (b.v. weglopen, de opdracht verstoren, niet meedoen, zich niet houden aan randvoorwaarden)
- Emoties (b.v. woedend, opvliegend)
- Omgang met voorwerpen (b.v. met de deuren slaan, hardhandig aanpakken, gooien, materiaal beschadigen)
- Omgaan met de ander (b.v. vervelend aanraken, aanvallen, vechten, stompen, slaan, zich met de ander meten, dreigen, intimideren, vernederen, provoceren, pesten, beschuldigen)
- Soort agressie (agressie door extreme controle, oppotten, kort lontje, instrumentele agressie, zelfdestructie, anderszins)
- Algemene indruk aan het einde van de sessie (hoe ging de cliënt weg?)

Agressie tijdens sessie in het medium

► Doelstelling

► *Werkvormen*

- Dramatherapie (Macro: b.v. rollen, thema's, scènes, verhalen, spel – werkelijkheid. Micro/werkvormen b.v.: Joe Blaggs, standbeeldentheater, schijngevecht, statusspel, boxring, risicosituaties uit het heden, agressiethermometer, agressiegeschiedenis)
- Muziektherapie (b.v. woede uitbeelden, ruzie op twee instrumenten, slagwerkimprovisatie)
- Beeldende therapie (b.v. nat in nat werken, gekaderd exploderen, werken met weerbarstig materiaal, het delict uitbeelden)
- Danstherapie (b.v. touwtrekken, macht en onmacht uitbeelden, woede uitbeelden, krachten meten, schijngevechten, verdedigen van je eigen plek)
- Psychomotorische therapie (b.v. fysieke spanningsniveaus exploreren, kracht doseren, ontspannende activiteiten zoeken)

► *Interventies door de therapeut (houding, mediumspecifieke interventies, verbale interventies)*

► *Gedrag van de cliënt in het medium*

- Dramatherapie (b.v. embodiment, projectie, rol, houding, spel-werkelijkheid, verhaal, ruimte, interactie)
- Muziektherapie (b.v. instrumentkeuze, muzikale parameters, muzikale vormgeving, muzikale interactie)
- Beeldende therapie (b.v. materiaalkeuze, omgang met materiaal, gereedschap, lijnvoering, kleurgebruik, vlakverdeling, vormgeving, symbolen, interactie)
- Danstherapie (b.v. houding, beweging, ruimtegebruik, interactie/afstand nabijheid, materiaalkeuze en materiaalgebruik)
- Psychomotorische therapie (b.v. houding, handelingssnelheid, afstand/nabijheid, overmatig krachtgebruik)

► *Gedrag van medecliënten in het medium*

2] ITEMS PROCESVERSLAGEN DOOR ANDERE BEHANDELAARS / BEGELEIDERS

Agressie buiten sessie

- Verbaal/vocaal gedrag (b.v. schelden, vloeken, schreeuwen, luidruchtig zijn)
- Lichaamshouding (b.v. gespannen)
- Mimiek (b.v. verkleuren, verstrakken, fel oogcontact)
- Handeling (b.v. weglopen, de opdracht verstoren, niet meedoen, zich niet houden aan randvoorwaarden)
- Emoties (b.v. woedend, opvliegend)
- Omgang met voorwerpen (b.v. met de deuren slaan, hardhandig aanpakken, gooien, materiaal beschadigen)
- Omgaan met de ander (b.v. vervelend aanraken, aanvallen, vechten, stompen, slaan, zich met de ander meten, dreigen, intimideren, vernederen, provoceren, pesten, beschuldigen)
- Soort agressie (agressie door extreme controle, oppotten, kort lontje, instrumentele agressie, zelfdestructie, anderszins)
- Ingrijpende gebeurtenissen (b.v. juridisch, op de afdeling, in de familie)

3] LEIDRAAD CHANGE INTERVIEWS DOOR DE ONDERZOEKER

- Algemene ervaring van de therapie
- Veranderingen die zijn opgetreden
- Waar deze veranderingen aan worden toegeschreven
- Wat het meeste geholpen heeft
- Wat als belemmering werd ervaren
- Moeilijke momenten die wel OK waren
- Wat gemist werd
- Suggesties

KenVaK is een kenniskring van de Hogeschool Zuyd, Hogeschool Utrecht en ArtEZ Conservatorium Enschede. KenVaK heeft als doel het uitvoeren van praktijkonderzoek in samenwerking met vaktherapeuten uit het werkveld. De resultaten komen ten goede aan de beroepsontwikkeling en aan het onderwijs.

► *Colofon*

Copyright KenVaK |

Te bestellen via g.louppen@hszuyd.nl

Hogeschool Zuyd | KenVaK

Postbus 550

6400 AN Heerlen

2007