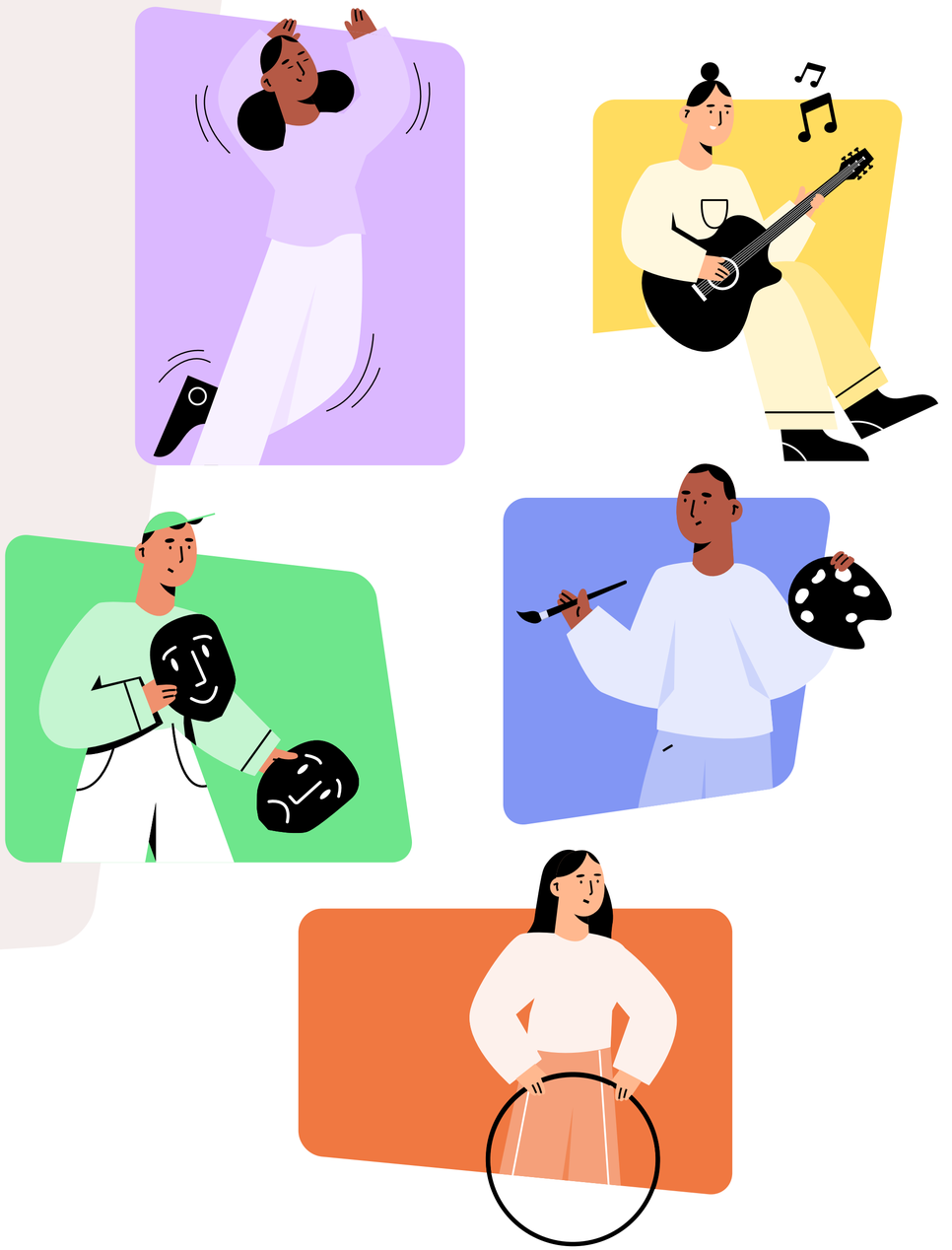
Publicatiedatum: Februari 2025

Vaktherapeutische interventies in de forensische zorg

Een open access selectie van micro, meso en marco interventies



Deze publicatie/dit project is tot stand gekomen met financiële ondersteuning van **het Programma KFZ.**

kwaliteit forensische zorg

Colofon

Auteurs
Jackie Heijman MSc, Dr. Evelien Joosten, Dr. Tina Bellemans & Dr. Suzanne Haeyen

Onderzoeksgroep
Dr. Suzanne Haeyen, Dr. Evelien Joosten, Jackie Heijman MSc, Dr. Susan van Hooren, Dr. Annemarie Madani-Abbing, Dr. Wim Waterink, Dr. Hans Wouters, Dr. Janet Moeijes, Dr. Tina Bellemans, Dr. Rosemarie Samaritter

Deze publicatie/dit project is tot stand gekomen met financiële ondersteuning van het Programma KFZ.

Praktijkpartners
De Pompestichting (ProPersona), De Boog (GGNet), STEVIG

Kennisinstellingen
HAN, lectoraat Vaktherapie in de Gezondheidszorg; OU, vakgroep Klinische psychologie met aandachtsgebied Vaktherapie en de sectie Algemene psychologie; Zuyd Hogeschool, coöperatief lectoraat Kennisontwikkeling Vaktherapie (KenVaK); Hogeschool Windesheim, lectoraat Bewegen, gezondheid en welzijn; Hogeschool Codarts, Associate lectoraat Vaktherapie en Hogeschool Leiden, lectoraat Antroposofische Gezondheidszorg.

Supervisiegroep
dr. Eric Bulten (hoofd afdeling onderzoek Pompestichting), dr. Jooske van Busschbach (lector Bewegen, gezondheid en welzijn, Hogeschool Windesheim en tevens onderzoeker aan de Rijksuniversiteit Groningen) en dr. Anna-Eva Prick (lector Coöperatief lectoraat KenVak, Zuyd Hogeschool).

Advies
Vaktherapie Nederland, Toon Walravens.

Studenten van de opleiding vaktherapie aan de HAN University of Applied Sciences
Puck Hartman, Merel Koen, Esmee van der Linden, Manouk van Ooijen, Irene van de Lindt, Ilayda Güleglen, Mo Berg, Jennifer van Greef, Anne Penninx, Doris Serné, Pip van Theeuwen, Roos van Mook, Anne Tilroe, Sophie de Goede, Roos Schraven, Ilse Cuijpers & Kelsey Korsman.

Vaktherapeuten uit het werkveld die een bijdrage hebben geleverd in de vorm van hun interventiebeschrijving
Mitchell Brouwer, Marina Matel, Elly Konings, Robino van der Voorde, Robin Stemerding, Henk Aartsma, Kyra Berris, Natasja Verheij, Marjan Helmich, Danique Raatgever, Daniel van Tour, Sabine Seijerlin, Yolanda Myerscough, Rutger Wolf, Lynn Damsteeg, Manon Alblas, Elsa van den Broek, Lisa Kalisvaart, Lennard Fransen, Jeroen Huskens, Lotte Gerritsjan, Suzanne van Hulzen, Judith, Alja Rassek, Josine Laarakker, Hanneke Klok, Zorah Catalina M., Marit Entrop, Anne den Heijer, Rob van Alphen, Elles Harwig, Lotte Brink, Diede Hobert, Alyanne van den Hoek, Sjoerd Slort, Marloes van Berlicum, Maarten Eerens, Harold ten Kate, Yvonne, Tineke Nijssen en Peter de Leeuw.

Pompestichting Forensische psychiatrie
GGNet
STEVIG
vaktherapie nederland

Inleiding

Het project 'Werkingsmechanismen en interventies van vaktherapie in de forensische zorg' (KFZ-call 2022-153) had als doel om een belangrijke impuls te geven aan de kennis- en kwaliteitsontwikkeling en professionalisering van vaktherapie in de forensische zorg. Het formuleren van werkingsmechanismen van vaktherapie en het beschrijven van vaktherapeutische interventies in de forensische zorg werden als twee belangrijke prioriteiten beschreven in een eerder KFZ-rapport *Evidence voor vaktherapie in de forensische psychiatrie* (Madani-Abbing et al., 2020). Een uitgebreid onderzoeksrapport over dit project is te vinden op de websites van de HAN (Lectoraat Vaktherapie in de Gezondheidszorg, z.d.) en KFZ (Expertisecentrum Forensische Psychiatrie, z.d.) In dit project werden potentiële werkingsmechanismen van vaktherapie in kaart gebracht en gekoppeld aan gangbare veranderingsmodellen waarmee binnen de forensische zorg wordt gestreefd naar een vermindering van het recidiverisico. Veelbelovende vaktherapeutische interventies voor de forensische zorg (best practices) werden opgehaald uit de praktijk, beschreven en indruksgevalideerd. Bij het ophalen van de interventies werden de volgende uitgangsvragen gehanteerd:

- Welke vaktherapeutische interventies hebben hun waarde bewezen in de praktijk volgens vaktherapeuten die werkzaam zijn in de forensische zorg?
- Wat zijn de beoogde doelen en potentiële werkingsmechanismen?
- Waardoor ontstaat deze werking op de voor de forensische zorg relevante en eenduidige dimensies zoals beschreven in de gangbare veranderingsmodellen?

De interventies werden opgehaald bij 41 vaktherapeuten van de verschillende disciplines die tenminste één jaar werkzaam waren met volwassen forensische cliënten.

Deze bundel van vaktherapeutische interventies en hun veronderstelde werkingsmechanismen is een product uit dit project. Deze bundel is openbaar beschikbaar voor vaktherapeuten en kan worden gebruikt in de forensische praktijk. Het betreft een selectie van de verzamelde interventies op basis van de indruksvaliditeit of kwaliteit van de beschreven interventies. Deze bundel behelst niet het gehele repertoire van de vaktherapeut in de forensische setting: er is een selecte groep vaktherapeuten geïnterviewd, waaruit deze interventies naar voren kwamen. In een volgend stadium zou aan een ruimere groep vaktherapeuten gevraagd kunnen worden een aanvulling te maken.

In deze bundel vind je micro-, meso en macro-interventies. Micro-interventies worden in deze bundel gedefinieerd als `een actie of techniek die binnen een vaktherapeutische sessie kan worden ingezet'. Micro-interventies worden bewust en onderbouwd ingezet om een bepaald doel te bereiken. Meso-interventies worden gedefinieerd als werkvormen/interventies die een samenhangend aanbod vormen voor één of twee sessies. Macro-interventies zijn modules met een vaststaande structuur en inhoud die meerdere therapiesessies bestrijkt, een aanbod met een `kop en een staart'. De macro interventies staan in een apart hoofdstuk beschreven.

Binnen de interventies wordt aansluiting gemaakt met werkingsmechanismen. In eerder onderzoek werden zes werkingsmechanismen van vaktherapie

onderscheiden (Van Hooren et al., 2021). Binnen het huidige project is een literatuurstudie gedaan, waardoor enige veranderingen in de eerdere indeling zijn gemaakt. De indeling die wij hier hanteren is als volgt:

1. Arousal-regulatie. Dit betreft de regulatie van de activatietoestand van het zenuwstelsel, horend bij interventie die zich richten op het ontspannen dan wel activeren van het zenuwstelsel,
2. Proces van lichaamswaarneming/-bewustzijn. Dit betreft het proces om prikkels vanuit het eigen lichaam waar te nemen en zich ervan bewust te worden
3. Affectregulatie (voorheen samengevoegd met emotieregulatie). Dit betreft het reguleren van affecten; onderliggende gevoelens die een positieve of negatieve valentie hebben. Dit betreft interventies die zich bijvoorbeeld richten op het opheffen van een negatieve stemming
4. Emotieregulatie (voorheen samengevoegd met affectregulatie). Dit betreft het reguleren van specifieke emoties zoals boosheid, blijheid, verdriet, angst, afschuw en verrassing. Dit betreft bijvoorbeeld interventies waarbij geleerd wordt hoe men angst kan reguleren en rustig kan blijven.
5. Regulatie van cognitieve processen (werd voorheen 'regulatie van hogere orde cognitieve processen' genoemd en omvatte ook aandacht). Dit betreft het plannen van gedrag en reflectie erop.
6. Regulatie van aandachtsprocessen (viel eerder onder 'regulatie van hogere orde cognitieve processen'). Dit betreft volgehouden aandacht.
7. Leren (een nieuw geïntroduceerd werkingsmechanisme). Dit betreft het aanleren van nieuw gedrag zoals coping gedrag.
8. Regulatie van sociale processen (werd voorheen 'regulatie van sociale cognitie' genoemd). Dit betreft het begrijpen van sociale situaties en het kunnen vormgeven van gezonde relaties/sociale processen.

Het werkingsmechanisme "Proces van expressie/creativiteit/flexibiliteit" is in deze indeling verwijderd. Nieuwe inzichten uit de literatuurstudie laten zien dat expressie en creativiteit eerder als werkzaam element gezien kunnen worden, dat de werkingsmechanismen in gang zet.

Tevens is er aansluiting gemaakt met verschillende forensische modellen: het SAPROF model (De vogel et al., 20027, 2011), het Risk-Need-Responsivity (RNR) Model (Andrews et al., 2007), het Good-Lives Model (GLM) (Ward & Brown, 2004) en het Structured Assessment of Protective Factors for violence risk (SAPROF) model (De Vogel et al., 2007, 2011). Dit zijn modellen die gecreëerd zijn om recidive te verminderen vanuit verschillende oogpunten: aansluiting van interventies op het risico, de behoeften en de responsiviteit van de patiënt (RNR-model), aansluiting van interventies op onderliggende drijfveren van strafbaar gedrag en menselijke basisbehoeften die versterkt kunnen worden (GLM), en beschermende factoren voor recidive (SAPROF model). Deze modellen zijn samengevoegd in de vorm van aankruisbare lijsten, om op een handzame manier aan te kunnen geven op welke factoren de interventies (het meest) ingrijpen.

Bovendien worden bij de beschrijvingen van de interventies suggesties voor meetinstrumenten genoemd. De inzet van deze instrumenten is afhankelijk van beschikbaarheid binnen instellingen en mogelijkheid tot gebruik bij bepaalde patiënten. De instrumenten kunnen worden ingezet binnen één interventie, of ze kunnen gebruikt worden om het proces over een bepaalde tijd te meten. Het inzetten van meetinstrumenten kan het therapeutisch proces inzichtelijk maken en kan helpend zijn om het effect van vaktherapie aan te tonen.

Tot slot willen we iedereen bedanken die heeft bijgedragen en dan met name alle co-auteurs (vaktherapeuten) van deze interventies. Zonder hen was deze bundel niet tot stand gekomen.

Deze interventies bieden een leidraad. Voor de vaktherapeut die deze interventies inzet is het van belang om de interventie te kiezen op basis van de kennis van de eigen vaardigheden en waar de therapeut zichzelf comfortabel bij voelt. Bovendien stemt de vaktherapeut altijd af op de patiënt en op wat zich in het moment voordoet. We hopen dat deze leidraad inspiratie biedt voor de praktijk en voor het nodige vervolgonderzoek!

Literatuur

Andrews, D. A., & Dowden, C. (2007). The risk–need–responsivity model of assessment and human service in prevention and corrections: Crime-prevention jurisprudence. *Canadian Journal of Criminology and Criminal Justice, 49*(4), 439-464. https://doi.org/10.3138/cjccj.49.4.439

Madani-Abbing, A., Moeijes, J., Van Busschbach, J., Bellemans, T., Brüls, V., Samaritter, R., Haeyen, S., & Van Hooren, S. (2020). *Evidence voor vaktherapie in de forensische psychiatrie*. Kwaliteit Forensische Zorg. Geraadpleegd op 16 december 2024, van https://kenvak.nl/wp-content/uploads/2020/01/20210202-definitief-rapport-KFZ-Evidence-gap-Map-VAKTHERAPIE-in-de-Forensische-Psychiatrie_aangepast-jan-2021_Aangepast-02022021.pdf

Expertisecentrum Forensische Psychiatrie. (z.d.). Projecten. Kwaliteit Forensische Zorg. Geraadpleegd op 30 januari 2025, van https://kfz.nl/projecten

Lectoraat Vaktherapie in de Gezondheidszorg. (z.d.). Home. HAN University of Applied Sciences. Geraadpleegd op 30 januari 2025, van Spreen, M., Brand, E., Ter Horst, P., & Bogaerts, S. (2014). *Handleiding en methodologische verantwoording HKT-R, Historisch, Klinische en Toekomstige - Revisie*. Dr. van Mesdag kliniek. Geraadpleegd op 30 januari 2025, van https://research.tilburguniversity.edu/en/publications/handleiding-en-methodologische-verantwoording-hkt-r-historisch-kl

Van Hooren, S.A.H., Van Busschbach, J., Waterink, W., & Abbing, A. (2021). Werkingsmechanismen van vaktherapie: Naar een onderbouwing en verklaring van effecten - Work in progress. *Tijdschrift voor Vaktherapie*, 17(2), 4-12. Gedownload van https://research.ou.nl/ws/portalfiles/portal/42882807/artikel_werkingsmechanismen_van_vaktherapie_2021.pdf

De Vogel, V., de Ruiter, C., Bouman, Y., & de Vries Robbé, M. (2007). SAPROF. Richtlijnen voor het beoordelen van beschermende factoren voor gewelddadig gedrag. Nederlandse versie. Forum Educatief.

De Vogel, V., De Vries Robbé, M., De Ruiter, C., & Bouman, Y. H. (2011). Assessing protective factors in forensic psychiatric practice: Introducing the SAPROF. International Journal of Forensic Mental Health, 10(3), 171-177. https://doi.org/10.1080/14999013.2011.60023

Ward, T., & Brown, M. (2004). The good lives model and conceptual issues in offender rehabilitation. *Psychology, Crime & Law, 10*(3), 243-257. https://doi.org/10.1080/10683160410001662744

Beeldende therapie

Micro-interventies

De emotiecirkel 9
Mijn grens, jouw grens 13
Saboteren 17
Afstand nemen 21

Meso-interventies

Een tekengesprek 24
Speksteen bewerken 29
Tekenbewegingen 34
Masker: binnen- & buitenkant 38
Snel schilderen 43
Spanningsthermometer 47

Danstherapie

Micro-interventies

Dynamische bodyscan 53
Inchecken 57

Meso-interventies

Chinees boksen 61
Dans door de emoties 66
Spiegel de modi 70

Muziektherapie

Micro-interventies

Gevoel overnemen 120
Muziek luisteren als eerste contact 124
Emotie verklanken 128

Meso-interventies

Muzikale emoji-emotie-kwadrant 132
Rollenspel in muziek gericht op schematherapie 137
Muzikale levensloop 141
Muzikale spanningsmeter 146
Schemagerichte spanningsregulatie met percussie-instrumenten 153

Dramatherapie

Micro-interventies

In- en uitklappen 78
Schreeuwen 82
Spiegelen 86
De rolwissel 89
Boven iemand uit torenen 94
Emoties op- en afbouwen 97

Meso-interventies

De winkel van Sinkel 101
De bushalte 106
Copingvaardigheden 110
Elevator pitch 114

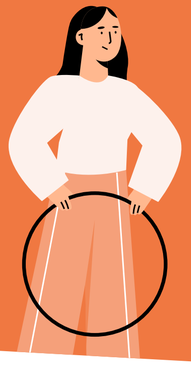
Psychomotorische therapie

Micro-interventies

Bodyscan 160
Wandelend ademhalen! 164
Meten van de ademfrequentie 167
Blind naar de muur lopen 171

Meso-interventies

Spullen bewaken 175
Op een ballon zitten 179



Bekijk ook

Macro interventies (modules)

Beeldende therapie

Micro-interventies

De emotiecirkel 9

Mijn grens, jouw grens 13

Saboteren 17

Afstand nemen 21

Een tekengesprek 24

Meso-interventies

Speksteen bewerken 29

Tekenbewegingen 34

Masker: binnen- & buitenkant 38

Snel schilderen 43

Spanningsthermometer 47

Micro-interventie

De emotiecirkel

Doel van de interventie
- Inzicht krijgen in de emoties die de patiënt voelt op het moment.
- Het leren omgaan en verdragen van de emoties die worden gevoeld.
- Het kunnen reguleren van de emoties die worden gevoeld.

Beschrijving van de activiteit
De interventie start met een vel papier op tafel. De patiënt kan hier zelf een cirkel op tekenen en verdelen in vier vlakken. De vier vlakken staan voor de vier basis emoties: boos, blij, bang en bedroefd. De patiënt kan nu in iedere 'taartpunt' van iedere emoties met verschillende tekenmaterialen aangeven hoe en op welke manier de emotie wordt gevoeld. Dit kan door middel van snelle, langzame, wilde, nette bewegingen op het papier. Dit is helemaal aan de patiënt zelf. Als deze maar de emoties kan weergeven op het papier. Deze werkvorm is dan ook een moment opname. Tijdens het werken aan de emoties kan worden nagevraagd hoe de emotie voelbaar is in het lichaam en welke bewegingen hierbij horen. Als iemand vastloopt bij een bepaalde emotie, kun je samen terugdenken aan een moment waarop deze emotie aanwezig was (imaginatie): hoe voelde dit? Welke kleuren zie je? Op deze manier kun je iemand ondersteunen in het verbeelden van de emoties.

Op welk moment in de sessie wordt deze actie ingezet?
De interventie kan worden ingezet als kennismaking in de observatiefase van het therapietraject en/of binnen diagnostiek.

De therapeut kan ervoor kiezen de werkvorm meerdere keren terug te laten komen op verschillende momenten in het traject.

Groep/individueel/tweetal
- ☐ Groep
- ☐ Subgroepen/twee- of drietallen bijv.
- ☑ Individueel in de groep
- ☑ Individueel

Materiaal
- Papier (A3/A4)
- Zwarte stift (om de cirkel te kunnen tekenen)
- Allerlei verschillende tekenmaterialen: Stift, krijt, potlood, verf, etc. (De patiënt mag zelf bepalen welk materiaal hij/zij/hen gebruikt)

Toelichting
Voorafgaande aan de interventie wordt er door middel van een kennismakingsgesprek/opstartgesprek ingeschat of er met de patiënt op dat moment kan worden gewerkt aan emotie. Verder wordt er ingeschat of er bij de eerste ontmoeting genoeg veiligheid is om deze interventie uit te kunnen voeren.

Variatie:
Als er weerstand is vanuit de patiënt om te tekenen in een cirkel, of als dit passender lijkt, kan ervoor gekozen worden om de interventie vrij uit te voeren op een vel papier. De vorm kan dan losgelaten worden.

Contra-indicatie:
Acute psychose, te weinig veiligheid tussen therapeut en patiënt.

Evaluatie
- Hoe voelt het om te doen? Wat voel je in je lichaam bij de verschillende emoties?
- Wat wil je vertellen over het eindresultaat?
- Wat zie je zelf aan je eigen eindresultaat?
- Wat zou je vandaag kunnen doen om je emoties in balans te krijgen? Wat zou helpend zijn als je dit nog een keer voelt?

Als iemand deze werkvorm al eerder heeft uitgevoerd, kunnen de werken naast elkaar worden gelegd en worden vergeleken:
- Bijvoorbeeld: "De vorige keer nam boosheid veel meer ruimte in, nu is dit anders. Hoe zie je dit?"

Therapeutische houding
De therapeut heeft een open en ondersteunende houding.

Aansluiting bij werkingsmechanisme
- ☐ Arousal-regulatie (activeren dan wel ontspannen van het lichaam)
- ☑ Proces van lichaamswaarneming/-bewustzijn (prikkels vanuit het eigen lichaam waarnemen)
- ☐ Affectregulatie
- ☑ Emotieregulatie
- ☐ van cognitieve processen
- ☐ Regulatie van aandachtsprocessen
- ☐ Leren
- ☐ Regulatie van sociale processen
- ☐ Anders, namelijk:

Beschermende factoren/risico factoren

Interne items

- ☐ Intelligentie
- ☐ Hechting
- ☑ Empathie/ vijandigheid
- ☑ Coping
- ☑ Zelfcontrole/ impulsiviteit
- ☑ Agressie
- ☑ Zelfwaardering
- ☑ Emotieregulatie

Externe Items

- ☑ Netwerk
- ☑ Intieme relaties
- ☑ Hulpverlening
- ☑ Woonsituatie
- ☑ Middelengebruik

Motivationele items

- ☐ Motivatie voor behandeling
- ☑ Houding tegenover autoriteit
- ☐ Levensdoelen

Verondersteld mechanisme

Door de interventie te maken op papier ligt je eigen gevoel voor je op tafel. Dit maakt het overzichtelijk voor de patiënt om te zien wat hij/zij/hen voelt. Dit komt overeen met het analoge procesmodel: wat men van binnen voelt komt terecht op het papier (Smeijsters, 2008). Je kan daarmee ingaan op ieder detail dat te zien is op het papier. Hiermee kan het confronterend zijn. In beeldende therapie gaat men een verkenning aan van persoonlijke thema's, wat kan helpen in het herkennen van emoties en daarmee de regulatie ervan (Hackett, 2020).

Functie vaktherapeutisch middel

De functie van het vaktherapeutisch middel is dat het tastbaar is en blijft. De patiënt kan kijken naar het gevoel dat hij/zij/hen creëert op het papier. Ook kan de patiënt het later nog erbij pakken en erop terugkijken (Haeyen, 2011). Het beeldend werk concretiseert en symboliseert op die manier, wat emotieregulatie kan bevorderen (Gussak, 2004). Expressie op zichzelf is tevens een manier om emotieregulatie te bevorderen (Gussak, 2009).

Merkzame effecten

- De spanning over de emoties is even weg. Het is geuit.
- Het laat zien dat emoties er mogen zijn. Dit kan leiden tot acceptatie.
- Ook kan het richting geven aan de sessie. Je kunt de eerste cirkel later in het therapieproces terugpakken om te vergelijken en te reflecteren.

Suggestie(s) voor meetinstument(en)

- Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)
- Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ)
- Agressievragenlijst (AGV)

Literatuur

Gussak, D. (2004). A pilot research study on the efficacy of art therapy with prison inmates. *The Arts in Psychotherapy*, *31*(4), 245-259. https://doi.org/10.1016/j.aip.2004.06.001

Gussak, D. (2009). The effects of art therapy on male and female inmates: Advancing the research base. *The Arts in Psychotherapy*, *36*(1), 5-12. https://doi.org/10.1016/j.aip.2008.10.002

Hackett, S. S., Zubala, A., Aafjes-van Doorn, K., Chadwick, T., Harrison, T. L., Bourne, J., Freeston, M., Jahoda, A., Taylor, J. L., Ariti, C., McNamara, R., Pennington, L., McColl, E., & Kaner, E. (2020). A randomised controlled feasibility study of interpersonal art psychotherapy for the treatment of aggression in people with intellectual disabilities in secure care. *Pilot and Feasibility Studies, 6(1), Artikel 180.*. https://doi.org/10.1186/s40814-020-00703-0

Haeyen, S. (2011). *De verbindende kwaliteit van beeldende therapie: effecten van beeldende therapie in de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen: introductie van een beeldende therapie vragenlijst*. Garant.

Smeijsters, H. J. M. F. (2008). *Handboek creatieve therapie* (3e herziene druk). Uitgeverij Coutinho.

Micro-interventie

Mijn grens, jouw grens

Doel van de interventie
- Patiënt bewust laten worden van zijn grens.
- Patiënt bewust laten worden van iemand anders zijn grens
- (in dit geval de beeldend therapeut).
- Patiënt leert zijn grens aangeven (op een verantwoorde manier).

Beschrijving van de activiteit
In deze werkvorm wordt (in beeldend werk) elkaars grenzen opgezocht, waarbij de therapeut bewust de grens van patiënt over gaat. Bij deze opdracht staan zowel de therapeut als de patiënt.

Men neemt een groot vel papier en begint beiden aan één kant te schilderen.
De therapeut geeft de instructie dat je vrij mag schilderen: "We hebben hier een groot vel. Je mag gewoon beginnen met schilderen vanaf jouw kant, en ik begin met schilderen vanaf mijn kant. Dan kijken we wat er gebeurt." Langzaam maar zeker zoekt de therapeut de grenzen op in het beeldend werk, door bijvoorbeeld met de kwast over het werk van patiënt te gaan. Hierbij wordt gekeken hoe de patiënt hierop reageert: doet diegene iets om het tegen te houden of vermijden ze de confrontatie?

Op welk moment in de sessie wordt deze actie ingezet?
Deze actie wordt ingezet wanneer er een aantal minuten vrij beeldend is gewerkt.

Groep/individueel/tweetal
- [x] Groep
- [x] Subgroepen/twee- of drietallen bijv.
- [ ] Individueel in de groep
- [x] Individueel

Materiaal
- Papier (suggestie: https://www.heutink.nl/product/tekenpapier-op-rol-160-grams-100-cm-x-10-meter/100_752604)
- Plakkaatverf, 6 kleuren
- Water en papieren doekjes om kwasten schoon te maken
- Kwasten formaat 18
- Eventueel een schort
- Bij gebruik op schilderswand ook punaises
- Bij gebruik op tafel schilderstape

Toelichting

Variatie:
- In een groep kan deze micro interventie ook als werkvorm worden ingebracht. Men krijgt dan een opdracht, hiervoor maak je verschillende kaartjes met rollen – dus patiënt krijgt een 'rol' toebedeelt: bijvoorbeeld iemand die bij iedereen over het werk gaat, of een opdracht om heel klein in een hoekje te blijven werken. Hier kun je zelf invulling geven aan de verschillende rollen. Het doel van deze interventie is het inzicht krijgen in verschillende rollen en eigen gedrag.
- Verbaal werken i.p.v. non-verbaal is ook een variatie op deze werkvorm. Hierbij kan de patiënt verbaal zijn grenzen aangeven.

Indicatie:
Patiënt heeft voldoende reflectievermogen om het over grenzen te hebben en over consequenties van gedrag.

Contra-indicatie:
- Als er nog geen inzicht is in agressie-opbouw van patiënt.
- Als een therapeutische relatie (nog) niet aanwezig is.

Evaluatie
- Hoe voelt het om samen te werken op één groot vel papier?
- Hoe ben je begonnen met je schildering?
- Wat vond je ervan toen ik hierover heen schilderde?
- Hoe is dat voor jou?
- Hoe denk je dat dit voor mij is?
- Waar ligt jouw grens in contact met anderen?
- Hoe weet jij wanneer je bij een ander over een grens gaat?
- Hoe was dat ten tijde van je delict? Wat gebeurde er toen en wat gebeurde er nu?
- Middelengebruik kan ter sprake komen. Werkt middelengebruik grensverlagend voor de patiënt? En wat doe je als iemand jou vraagt om middelen te regelen/gebruiken/lenen? Was er ook sprake van gebruik tijdens het delict?
- Tevens wordt er stilgestaan bij grensoverschrijdend gedrag in combinatie met delictgedrag, hierbij komt coping en zelfcontrole/impulsiviteit ter sprake.
- Lukt het om te mentaliseren en is er dan sprake van empathie/vijandigheid?

Therapeutische houding
De therapeut hanteert een re-educatieve werkwijze (Smeijsters, 2008), waarbij gericht wordt op het inzicht geven in, en het beïnvloeden en doorwerken van (ontwikkelings-)problemen.

Aansluiting bij werkingsmechanisme
- ☐ Arousal-regulatie (activeren dan wel ontspannen van het lichaam)
- ☑ Proces van lichaamswaarneming/-bewustzijn (prikkels vanuit het eigen lichaam waarnemen)
- ☐ Affectregulatie
- ☑ Emotieregulatie
- ☐ Regulatie van cognitieve processen
- ☐ Regulatie van aandachtsprocessen
- ☐ Leren
- ☑ Regulatie van sociale processen
- ☐ Anders, namelijk:

Beschermende factoren/risico factoren

Interne items

- ☐ Intelligentie
- ☐ Hechting
- ☑ Empathie/ vijandigheid
- ☑ Coping
- ☑ Zelfcontrole/ impulsiviteit
- ☑ Agressie
- ☑ Zelfwaardering
- ☑ Emotieregulatie

Externe Items

- ☑ Netwerk
- ☑ Intieme relaties
- ☑ Hulpverlening
- ☐ Woonsituatie
- ☑ Middelengebruik

Motivationele items

- ☐ Motivatie voor behandeling
- ☑ Houding tegenover autoriteit
- ☐ Levensdoelen

Verondersteld mechanisme

Door staand te werken is er meer aandacht voor het proces van lichaamswaarneming/- bewustzijn.

Door grenzen letterlijk in de schildering voor je te zien en te zíen dat ze overschreden worden, kan bewustwording plaatsvinden tussen wat je voelt en wat er gebeurt, en kan er op een veilige manier geoefend worden met het stellen van grenzen.

Middels de evaluatievragen is er ruimte voor de sociale cognitie omtrent het thema grenzen en emotieregulatie, en hierdoor bewustwording op verschillende gebieden. Het thema grenzen en het ervaren hiervan kan breed getrokken worden. Hierdoor kan het netwerk, intieme relaties, houding tegenover autoriteit, hulpverlening en agressie besproken worden.

Functie vaktherapeutisch middel

Door staand te werken komt de patiënt letterlijk in beweging en is er meer bewegingsruimte. Staat de patiënt dicht bij de therapeut of kan de therapeut dicht bij de patiënt staat zonder dat patiënt hier iets van merkt of zegt?

Het gebruik van verf zorgt ervoor dat de patiënt minder controle heeft over het beeldende werken. Tevens zorgt de grote kwast ervoor dat de patiënt minder gedetailleerd kan werken (Schweizer et al., 2009). Hier kan een parallel met grenzen gevonden worden.

Door samen te werken op één vel ga je in het beeldend werken contact aan met de patiënt. Ook kun je hierin observeren hoe de patiënt zelf contact maakt met de therapeut. Doet diegene dit in beeldend werken of probeert de patiënt dit (non) verbaal? Het ervaren van (positieve) sociale interactie in het beeldend werk kan hiermee wellicht regulatie van sociale processen in het dagelijks leven bevorderen (Hackett, 2020).

Merkzame effecten

Vaak wordt de persoonlijke omgang met grenzen opgemerkt: sommige patiënten reageren meteen fel, anderen doen alsof ze niets zien maar laten pas op een later moment iets merken, wanneer de spanning al te hoog is opgelopen. Hier kun je de patiënt op wijzen en hier kun je mee oefenen.

Suggestie(s) voor meetinstument(en)

- De Utrechtse Coping Lijst (UCL) – Revised
- Coping Inventory for Stressful Situations (CISS-NL)
- Agressievragenlijst (AGV)

Literatuur

Hackett, S. S., Zubala, A., Aafjes-van Doorn, K., Chadwick, T., Harrison, T. L., Bourne, J., Freeston, M., Jahoda, A., Taylor, J. L., Ariti, C., McNamara, R., Pennington, L., McColl, E., & Kaner, E. (2020). A randomised controlled feasibility study of interpersonal art psychotherapy for the treatment of aggression in people with intellectual disabilities in secure care. *Pilot and Feasibility Studies*, *6*(1), Artikel 180. https://doi.org/10.1186/s40814-020-00703-0

Heutink. (z.d.). Tekenpapier op rol | 160 grams | 100 cm x 10 meter. Geraadpleegd op 30 januari 2025, van https://www.heutink.nl/product/tekenpapier-op-rol-160-grams-100-cm-x-10-meter/100_752604

Smeijsters, H. (2008). *Handboek creatieve therapie* (3e herziene druk). Uitgeverij Couthinho

Schweizer, C., De Bruyn, J., Haeyen, S., Henskens, B., Visser, H., & Rutten-Saris, M. (2009). *Handboek beeldende therapie: Uit de verf.* Bohn Stafleu van Loghum

Micro-interventie

Saboteren

Doel van de interventie
- Copingvaardigheden zichtbaar maken.

Beschrijving van de activiteit
De micro-interventie vindt plaats tijdens een meso-interventie waarin de therapeut tegenover de patiënt zit. Tussen de patiënt en de therapeut ligt een vel papier in tweeën gedeeld (d.m.v. een vouw of een lijn) en de opdracht is spiegelen, waarbij therapeut en patiënt om de beurt leidt en de ander volgt. De afspraak is dat als de patiënt leidt dat de therapeut dan volgt en precies hetzelfde doet wat de patiënt doet, en andersom. De therapeut geeft in het begin aan dat patiënt en therapeut stop mogen zeggen wanneer er een grens bereikt wordt. In het begin vraagt de therapeut of de patiënt wil beginnen met leiden of met volgen. Het verschuiven van het papier is de primaire micro-interventie; Terwijl de patiënt het penseel op het papier heeft en leidt, geeft de therapeut een korte ruk aan het papier.

Veel variaties van saboteren zijn mogelijk. Bijvoorbeeld door op bepaalde momenten te stoppen met volgen, een ander materiaal te pakken of door een hele andere kant op te bewegen dan de patiënt (zie ook Toelichting)..

Op welk moment in de sessie wordt deze actie ingezet?
Het moment hangt af van hoe de meso-interventie loopt. De therapeut begint altijd met goed afstemmen, dit gaat puur op gevoel en door het zien van wat er op het moment gebeurt. Het papier wordt verschoven op een onverwacht moment, waardoor een primaire reactie zichtbaar wordt.

Groep/individueel/tweetal
- ☐ Groep
- ☒ Subgroepen/twee- of drietallen bijv.
- ☐ Individueel in de groep
- ☒ Individueel

Materiaal
Drie kleuren verf (meestal zijn dit de primaire kleuren), drie verschillende diktes penselen, een vel papier en beiden heb je een eigen palet/bordje met de verschillende kleuren verf erop.

Toelichting

Variatie:
- Versnellen, waardoor het schilderen onmogelijk bij te houden is.
- Niet doen wat de patiënt doet, dus niet volgen.
- Verkeerde kleuren gebruiken, dus niet volgen.
- Op de verkeerde helft gaan werken (de helft van de ander).
- Een patiënt de werkvorm samen met een mentor laten doen (patiënt krijgt de rol van therapeut en de mentor die van de patiënt). Hiermee zet je de patiënt in de rol van ervaringsdeskundige.

Contra-indicatie:
- Een patiënt die psychotisch is, omdat de opdracht dan te verwarrend kan zijn.
- Een patiënt met een ernstig verstandelijk beperking. Voor deze patiënt kan het zijn dat het niet goed begrepen wordt waardoor de interventie als pesten aan kan voelen.

Het is belangrijk dat er goed afgestemd wordt op hoe de patiënt erbij zit.
Wanneer een patiënt ernstige psychische klachten ervaart of geagiteerd is , dan isdeze werkvorm op dat moment niet geschikt.

Evaluatie

Vragen die tussendoor gesteld kunnen worden (de therapeut kan de werkvorm onderbreken om de patiënt de ruimte te geven te reflecteren op wat er gebeurt):
- Hoe vind je dat het gaat?
- Wat gebeurt er?
- Wat valt je op?
- Wat voel je?
- Zijn er bepaalde lichaamssignalen?
- Hoe zou je het anders kunnen doen?

Deze vragen kunnen voortdurend worden herhaald na het opnieuw opstarten van de werkvorm en ter afsluiting ervan. De therapeut geeft terug wat hij/zij/hen observeert en gaat waar nodig verder in op de gegeven antwoorden.

Therapeutische houding

Op een empathisch wijze confronteren. Met andere woorden op een afgestemde manier zorgen dat thema's ervaren worden die vervolgens verder uitgediept kunnen worden, in dit geval het thema grenzen.

Aansluiting bij werkingsmechanisme

- ☐ Arousal-regulatie (activeren dan wel ontspannen van het lichaam)
- ☑ Proces van lichaamswaarneming/-bewustzijn (prikkels vanuit het eigen lichaam waarnemen)
- ☐ Affectregulatie
- ☐ Emotieregulatie
- ☐ Regulatie van cognitieve processen
- ☐ Regulatie van aandachtsprocessen
- ☑ Leren: coping
- ☑ Regulatie van sociale processen
- ☐ Anders, namelijk:

Beschermende factoren/risico factoren

Interne items

- [ ] Intelligentie
- [ ] Hechting
- [ ] Empathie/ vijandigheid
- [x] Coping
- [x] Zelfcontrole/ impulsiviteit
- [x] Agressie
- [ ] Zelfwaardering
- [x] Emotieregulatie

Externe Items

- [x] Netwerk
- [x] Intieme relaties
- [ ] Hulpverlening
- [ ] Woonsituatie
- [ ] Middelengebruik

Motivationele items

- [ ] Motivatie voor behandeling
- [x] Houding tegenover autoriteit
- [ ] Levensdoelen

Verondersteld mechanisme

De coping/het gedrag wordt zichtbaar en tastbaar op het moment dat de interventie wordt ingezet. Ook op het papier zal er een spoor/effect zichtbaar zijn waardoor concreet wordt dat er iets is gebeurd. Dat kan vervolgens besproken worden, waarbij alternatieve manieren van reageren (coping) kunnen worden voorgesteld. Deze kunnen vervolgens weer geoefend worden wanneer de werkvorm opnieuw wordt opgestart.. Deze micro interventie is concreet en kan hiermee richting geven aan het proces. Maladaptief copinggedrag, zoals agressie of vermijding,is gerelateerd aan recidive (LaCourse et al., 2018). Het bewust maken van de copingstijl kan helpen om een gevarieerder gedragsrepertoire op te bouwen, en op een conflictloze manier te reageren.

Functie vaktherapeutisch middel

Dat het saboteren concreet en zichtbaar wordt. Met verf kun je snel werken en worden sporen op het papier duidelijk zichtbaar. Beeldende therapie kan zichtbaar en concreet maken (Gussak, 2004).

Merkzame effecten

Merkzame effecten door het verplaatsen van het papier:

- Vaak is er verandering te zien in het gezicht en/of lichaamshouding van de patiënt op het moment dat het papier verschoven wordt.
- Boosheid of irritatie (en andere emoties) worden zichtbaar.

Merkzame effecten op de andere variaties (tijdens het versnellen):

- De patiënt gaat heel erg zijn best doen om toch bij te kunnen houden. Wat er vaak niet gebeurt is dat de patiënt stop zegt of 'hé je gaat te snel', maar heel erg mee gaat in 'oh, ja ik moet het goed doen want dit is nou eenmaal de opdracht'.
- Soms vraagt de therapeut 'gaat het?' waarna de patiënt 'ja hoor het gaat' antwoordt, maar de therapeut kan zien dat de patiënt aan het worstelen is. In dat geval kan de werkvorm opnieuw worden opgestart en kan de sabotage worden aangedikt zodat de copingvaardigheden duidelijker worden.

Algemeen effect:

- Het gewaarworden van coping.

Suggestie(s) voor meetinstument(en)

- De Utrechtse Coping Lijst (UCL) – Revised
- Coping Inventory for Stressful Situations (CISS-NL)
- Agressievragenlijst (AGV)

Literatuur

Gussak, D. (2004). A pilot research study on the efficacy of art therapy with prison inmates. *The Arts in Psychotherapy, 31*(4), 245-259. https://doi.org/10.1016/j.aip.2004.06.001

LaCourse, A., Listwan, S. J., Reid, S., & Hartman, J. L. (2019). Recidivism and reentry: The role of individual coping styles. *Crime & Delinquency, 65*(1), 46-68. https://doi.org/10.1177/0011128718790497

Micro-interventie

Afstand nemen

Doel van de interventie

- De patiënt met afstand laten kijken naar zijn creatie (tot zo ver), om op die manier motivatie te vinden om door te gaan.

Beschrijving van de activiteit

De therapeut nodigt de patiënt uit tijdelijk te stoppen met het beeldend vormgevingsproces. Op deze wijze krijgt de patiënt de gelegenheid om letterlijk een paar stappen achteruit te nemen en de creatie waar te nemen vanaf een afstand.

Op welk moment in de sessie wordt deze actie ingezet?

Gedurende het beeldend vormgevingsproces (vlak na start, halverwege, bij afronding). Aanleiding voor de interventie is: wanneer de patiënt de motivatie lijkt te verliezen. Zichtbaar kan dan zijn: stagneren. Echter kan de interventie ook worden ingezet wanneer een patiënt zich verliest in het beeldend werken: iemand kan bijvoorbeeld over stukken van het werk heen beginnen te krassen of kleuren met elkaar vermengen tot alles bruin lijkt te worden. Afstand nemen kan dan een rustpunt bieden en een nieuwe wending geven aan het vormgevingsproces.

Groep/individueel/tweetal

- ☐ Groep
- ☐ Subgroepen/twee- of drietallen bijv.
- ☑ Individueel in de groep
- ☑ Individueel

Materiaal

In principe kan deze interventie bij elk materiaal worden ingezet.

Toelichting

Variatie:

Zelf benoemen wat de therapeut ziet/herkent in het werkstuk. Dit pauzemoment duurt niet heel lang, een paar minuten hooguit. Daarna motiveren om weer door te gaan waar de patiënt mee bezig was.

Contra-indicatie:

Wanneer de patiënt duidelijk in een comfortabele flow zit.

Evaluatie

- Op welke manier wil je nu door?
- Wat zie je?
- Welke gevoelens en welke sensaties passen bij wat je wilt uiten en kan je dat opnieuw beleven? Kan je dat even vasthouden? Welke vorm van bewegen past nou bij dat gevoel?
- Neem eens een afstandje? Wat valt je op? Is er iets wat je nog wat meer zou willen accentueren?

Therapeutische houding

Observerend, sturend als de patiënt niet meer weet wat verder te doen, nieuwsgierig en open.

Aansluiting bij werkingsmechanisme

- ☐ Arousal-regulatie (activeren dan wel ontspannen van het lichaam)
- ☐ Proces van lichaamswaarneming/-bewustzijn (prikkels vanuit het eigen lichaam waarnemen)
- ☐ Affect- en emotieregulatie
- ☑ Regulatie van cognitieve processen
- ☑ Regulatie van aandachtsprocessen
- ☐ Leren
- ☐ Regulatie van sociale cognitie
- ☐ Anders, namelijk:

Beschermende factoren/risico factoren

Interne items

- ☐ Intelligentie
- ☐ Hechting
- ☐ Empathie/ vijandigheid
- ☐ Coping
- ☑ Zelfcontrole/ impulsiviteit
- ☐ Agressie
- ☑ Zelfwaardering
- ☐ Emotieregulatie

Externe Items

- ☐ Netwerk
- ☐ Intieme relaties
- ☐ Hulpverlening
- ☐ Woonsituatie
- ☐ Middelengebruik

Motivationele items

- ☑ Motivatie voor behandeling
- ☐ Houding tegenover autoriteit
- ☑ Levensdoelen

Verondersteld mechanisme

Deze interventie lijkt werkzaam door het andere perspectief wat je iemand even geeft. Doordat iemand even afstand neemt van de daadwerkelijke activiteit, krijgt diegene oog voor het geheel. Daar moedig je flexibiliteit en creativiteit mee aan. Wanneer je met iemand aan het schilderen bent rondom een bepaald thema wil je graag dat iemand zich verbindt met zijn werkstuk, dat diegene iets van zijn eigen identiteit terugziet in het werk, of erin gaat stoppen, oftewel de symbolische component van het Expressive Therapies Continuum (ETC) (Hinz, 2009).
Daardoor krijgt het werk een belangrijke betekenis en linkt het aan levensdoelen en motivatie. Patiënten in de forensische zorg hebben over het algemeen een verlaagde impulsregulatie. Stilzetten en vertragen kan helpend zijn om het overzicht te bewaken en zich niet in het moment te verliezen.

Functie vaktherapeutisch middel

De functie van het beeldend werk is het zichtbaar maken van het proces, doordat je er van een afstand naar kunt kijken; het is tastbaar (Gussak, 2004). Het geeft een perspectief-wisseling. Zoals je een gesprek kunt stopzetten en kan kijken wat er nu eigenlijk gebeurt in een gesprek, kan dit in beeldende therapie ook. Het beeldend werk geeft het voordeel dat het blijvend is: het moment is vastgelegd en hierop kan direct worden gereflecteerd.

Merkzame effecten

De patiënt vindt weer de energie om door te gaan of geeft betekenis aan de creatie wat vervolgens weer aanzet tot verdergaan op een andere manier. Hiermee vergroot men de creativiteit.

Suggestie(s) voor meetinstrumenten

- Self-Expression and Emotion Regulation in Arts Therapies Scale (SERATS)
- Expressive Therapies Continuum assessment (ETC assessment)

Literatuur

Gussak, D. (2004). A pilot research study on the efficacy of art therapy with prison inmates. *The Arts in Psychotherapy, 31*(4), 245-259. https://doi.org/10.1016/j.aip.2004.06.001

Hinz, L.D. (2009). *Expressive Therapies Continuum. A framework for using art in therapy*. Routledge.

Meso-interventie

Een tekengesprek

Doel van de werkvorm

- Kennis- en contact maken, vertrouwen winnen, het verhaal van de patiënt in beeld krijgen.

Omschrijving

Bij de eerste keer kennismaken nodigen we de patiënt uit een plek te zoeken, te gaan zitten en zijn verhaal te doen. De therapeut zegt: "De bedoeling van deze werkvorm voor jou is ons te leren kennen en de mogelijkheden van beeldende therapie als behandelvorm. Voor ons is de bedoeling om jou wat te leren kennen en onze gezamenlijke mogelijkheden binnen beeldende therapie te bekijken." We vragen naar een verhaal, of dit nu gaat om een actuele gebeurtenis of een groter verhaal.

De therapeut stelt zich beschikbaar dit verhaal op te tekenen in vormen en kleuren die hij/zij/hen vindt passen en patiënt ook vindt passen bij de genoemde onderwerpen. Het basale gevoel daarachter is dat het verhaal ertoe doet, waar het dan ook over gaat. Wat de patiënt te zeggen heeft doet ertoe en is aanleiding voor contact. "Ik wil graag je verhaal horen en het is misschien een beetje raar maar ik wil het wel voor je tekenen". Meestal leidt dit tot openheid en uitwisseling.

Het kan gaan om specifieke gebeurtenissen, om een levenslijn met gebeurtenissen op de levenslijn, om een interactie die zojuist heeft plaatsgevonden waarbij een of meerdere posities worden weergegeven. Het kan gaan om ervaren tegenstellingen. De therapeut brengt in beeld en zoekt bijpassende kleuren vormen die hij/zij/hen checkt bij de patiënt..

Op welk moment in de therapie wordt deze werkvorm ingezet?

In de observatieperiode en mogelijk ook in vervolgbehandeling.

Groep/individueel/tweetal

- [ ] Groep
- [ ] Subgroepen/twee- of drietallen bijv.
- [ ] Individueel in de groep
- [x] Individueel

Materiaal

- Voldoende ruime werkplek, die voor beeldend werken uitnodigend is maar niet overprikkelend is.
- Papier 200 grams, formaat A3.
- Pastelkrijt en/of acrylstift.

Toelichting

Variatie:

Variatie kan gevonden worden in het voor de patiënt tekenen en naar uitnodiging de patiënt zelf aspecten weer te laten geven en zelf beeldend aan het werk te komen.

Mocht de spanning oplopen, dan kan het verhaal worden stilgezet en kan er een andere keer op terug worden gepakt.

Indicatie:

Responsiviteit; Patiënt kan en is bereid iets van het eigen verhaal op eigen niveau vanuit eigen perspectief te delen. Meestal leidt deze interventie tot een vergroting van vertrouwen in de therapeutische relatie. Het is een middel om deze relatie tot stand te laten komen. Wanneer een patiënt echter nog geheel niet bereid is om iets van het eigen verhaal te delen, kan deze interventie later in de behandeling worden ingezet.

Contra-indicatie:

We willen liever geen patiënten uitsluiten, in die zin zijn er zijn geen contra-indicaties, er zijn wel indicaties waarbij contact moeizaam kan verlopen en die mogelijk het proces van elkaar leren kennen en contact maken in de weg kunnen staan. Vaak is juist dan deze investering de moeite waard, maar het blijft een afweging.

We laten de patiënt vertellen, geven het verhaal vorm langs onderwerpen die voor patiënt indrukwekkend zijn. We benadrukken en herhalen voor diegene belangrijke onderwerpen. We besteden aandacht aan de eigen beleving en het begrijpen daarvan. We spannen ons in om het patiënt-perspectief vanuit gepast detail te volgen en zijn betrokken bij de moeilijkheden die de patiënt daarbij ervaart. We leren de patiënt en wat hem bezighoudt een beetje kennen.

Evaluatie

Er worden veel vragen gesteld ter kennismaking en ter ondersteuning van het tekengesprek:

- Ben je al lang binnen?
- Heb je je draai op de afdeling kunnen vinden?
- Wat is er gebeurd?
- Wie ben jij, hoe zou jij jezelf omschrijven?
- Hoe ben je op jezelf, hoe ben je met anderen?
- Waar was je hiervoor?
- Waar ben je opgegroeid?
- Hoe was dat?
- Zie je jouw leven in verschillende periodes? Welke?
- Welke eigenschappen horen bij die periodes?
- Welke kenmerken of kleuren zouden passen bij die periodes?
- Wie was jij voordat je vast kwam te zitten? W
- Wat zijn de dingen waar je hierna nog aan toe wil komen?
- Wat zou je in behandeling willen halen?
- Hoe vind je het om je verhaal nu te zien?

Therapeutische houding
Nieuwsgierig, ondersteunend, zowel welwillend als durvend nieuw te kijken: als nieuwe behandelpoging (tegelijk voldoende geïnformeerd over delictgeschiedenis en mogelijke actueel risico). Deze werkvorm kan de therapeutische relatie versterken.

Aansluiting bij werkingsmechanisme

- ☐ Arousal-regulatie (activeren dan wel ontspannen van het lichaam; impliciet)
- ☐ Proces van lichaamswaarneming/-bewustzijn (prikkels vanuit het eigen lichaam waarnemen)
- ☐ Affectregulatie
- ☐ Emotieregulatie
- ☑ Regulatie van cognitieve processen: zelfinzicht, zelfbeeld
- ☐ Regulatie van aandachtprocessen
- ☐ Leren
- ☑ Regulatie van sociale processen: verbondenheid, episthemic trust
- ☐ Anders, namelijk:

Beschermende factoren/risico factoren

Interne items

- ☑ Intelligentie
- ☑ Hechting
- ☑ Empathie/ vijandigheid
- ☑ Coping
- ☑ Zelfcontrole/ impulsiviteit
- ☑ Agressie
- ☑ Zelfwaardering
- ☑ Emotieregulatie

Externe Items

- ☑ Netwerk
- ☑ Intieme relaties
- ☑ Hulpverlening
- ☐ Woonsituatie
- ☐ Middelengebruik

Motivationele items

- ☑ Motivatie voor behandeling
- ☑ Houding tegenover autoriteit
- ☑ Levensdoelen

Aansluiting basisbehoeften

- Leven (inclusief gezondheid en fysiek welbevinden)
- Kennis (hoe goed iemand zich geïnformeerd voelt over wat belangrijk voor hem is)
- Spelen (hobby's en vrijetijdsbesteding)
- Werken (inclusief zich competent voelen/voelen dat je beter wordt)
- Zelfbeschikking (autonomie en richting kunnen bepalen)
- Innerlijke rust/'peace of mind' (vrij zijn van emotionele onrust, pijn en stress)
- Verbondenheid (intieme, romantische en familiaire relaties)
- Community (verbondenheid met een bredere sociale groep)
- Spiritualiteit (betekenis- en zingeving)
- Plezier (goed voelen in het hier en nu)
- Creativiteit (vrije en alternatieve zelfexpressie)

Verondersteld mechanisme

Vanuit de MBT denkt Verfaille eraan hoe een therapeut zich een beeld probeert te vormen van het beeld dat de patiënt over zichzelf heeft of de situatie die hij/zij/hen aan het vertellen is (Verfaille et al., 2018, pp. 97-118). Wanneer de patiënt zich herkent in het beeld dat de therapeut van hem heeft geeft dat vertrouwen. Dat vertrouwen zorgt ervoor dat de patiënt zich wil laten zien aan de therapeut (Hutsebaut et al., 2021). Er komt een 'ephistemic match', die zorgt dat de 'ephistemic channel for knowledge transfer' geopend kan worden waarin kennis uitgewisseld kan gaan worden en er Ephistemic trust kan ontstaan (slides Anthony Bateman, 5th international congress of MBT Haarlem 2015).

De therapeut probeert zich zo goed mogelijk een beeld te vormen van het beeld dat de patiënt geeft. De patiënt is vanuit de mentaliserende basishouding zich bewust dat hij/zij/hen nooit kan weten wat er precies op dit moment in de patiënt omgaat. De therapeut is bereid om het beeld voortdurend bij te stellen en nodigt de patiënt daartoe uit. 'Verbeter me als ik het verkeerd begrepen heb of geïnterpreteerd heb. Zoals hoe Bevington als intaker een verslag naar de patiënt stuurt en hem vraagt met rood potlood alle fouten aan te geven (Sharp & Bevington, 2022).

Functie vaktherapeutisch middel

Op effectieve wijze contact maken en met thema's van patiënt in contact komen. Een behandelrelatie bouwen. Het vaktherapeutisch middel als 3e overbruggende positie tussen patiënt en behandelaar waarin zich de communicatie kan ontwikkelen:

- Tekenen, laten ontstaan van een tekening, betrokken zijn op een zich ontwikkelende tekening doet appèl op meer dan alleen cognitie. Tekenen en luisteren kunnen de contactdrempel, eventuele achterdocht of vijandigheid verlagen. In forensische setting zijn papieren en formele termen associatief verbonden met justitie en daarmee met veroordeling. Tekenen en kleur bevinden zich buiten een dergelijk bekend kader en voelen meer als onschuldig, soms kinderlijk, soms kinderachtig.

Marianne Verfaille (MBT) doet dit denken aan cross modaal spiegelen (Rutten-Saris, 1990; Stern, 2000). Wanneer dit lukt kan iemand zich echt begrepen voelen. De patiënt vertelt en de therapeut spiegelt 'het talige' in een tekening in een andere modaliteit; van taal naar beeld. Hiermee voorkom je het onaangename gevoel letterlijk gespiegeld te worden door imitatie dat irritatie kan opwekken. De therapeut geeft het beeld 'gemarkeerd en verteerd' terug aan de patiënt.

- De werkvorm richt zich ten slotte op Impliciet en Expliciet mentaliseren. De patiënt schetst mogelijk een nog wat impliciet verhaal of beeld en de therapeut brengt het explicieter in beeld, waardoor een 'tastbare' gedeelde ervaring kan worden, waar eventueel verbaal betekenis aan gegeven kan worden (Van der Ende, 2022). Dit kan tot zelfinzicht en tot verandering in zelfbeeld leiden.

De boeken van Koopman et al. (2019) en Van der Most (2023) kunnen als hulpmiddel dienen in deze werkvorm (zie literatuurreferenties).

Merkzame effecten

Patiënten laten zich verleiden tot openheid door gevoelde interesse en eerlijke betrokkenheid. Patiënten die bekend staan om vijandigheid of agressie hebben in deze situatie minder aangrijpingspunten voor verdediging of argwaan. De interactie bevestigt begrip en creëert vrij snel vertrouwen vanuit gevoelde authentieke herkenning.

- Er worden verbanden herkend met het volgende fenomeen; Er komt een moment dat een schilder die portretteert en de geportretteerde die lang stil moet zitten het schilderij gaan omdraaien. De confrontatie met het beeld vindt op een andere plaats dan wanneer een beeld gezien wordt zonder voorbereiding. De periode van maken en gezamenlijk betrokken zijn bij het maakproces verandert de band van hen beiden en daarmee ook het waarnemen van het beeld. De doorgebrachte gezamenlijke tijd en het contact dat er in deze periode is geweest verminderd de 'kritische afstand' en verlaagd de contactdrempel, iets dat in de praktijk wordt herkend.

Suggestie(s) voor meetinstrumenten

- Questionnaire Episthemic Trust (QET)
- Sessie Tevredenheids Vragenlijst (STV)

Literatuur

Hutsebaut, J., Nijssen, L., & Van Vessem, M, (2021). *De kracht van mentaliseren* (2e druk). Boom Uitgevers.

Koopman, S. & Matser, C., Van Braam Morris, M., & Bakker, B. (2019). *Het betekenboek: Iedereen kan tekenen, jij ook! Teken je eigen symbolen aan de hand van 250+ voorbeelden.* De Betekenaar.

Rutten-Saris, M. (1990). *Basisboek lichaamstaal.* Koninklijke van Gorcum B.V.

Sharp, C., & Bevington, D. (2022). *Mentalizing in psychotherapy: A guide for practitioners.* Guilford Press.

Stern, D. N. (2000). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology..* Basic Books.

Van der Ende, W. (2022). *Affectregulatie via beeld en muziek voor kinderen met ontwikkelingsproblematiek: Achtergrond en analyse van vaktherapie in kinderpsychiatrie..* Gompel & Svacina

Van der Most, P. (2023). *Ondersteunend tekenen (bij TOS).* Uitgeverij Pica.

Verfaille, M., Smet, G., Titeca, L., van der Ende, W., & Stennes, C. (2018). Mentalizing in arts therapies: With case histories by Gizella Smet, Leen Titeca and Wijntje van der Ende (C. Stennes, Transl.). Routledge.

Meso-interventie

Speksteen bewerken

Doel van de werkvorm
- Het uitstellend vermogen vergroten.
- Het aangaan van lange termijn trajecten in beeldende therapie.

Omschrijving

De werkvorm wordt ingeleid met de patiënt bewust maken van de moeite die het kost om langere projecten aan te gaan. Dus je staat stil bij wat een lange termijn proces is en hoe de patiënt daarmee omgaat/hoe de patiënt dat ervaart in het dagelijkse leven.

Dit is een werkvorm waarbij je vrij gaat werken. Je bepaalt niet van tevoren wat het eindresultaat wordt. Dan kun je ook letten op hoe de patiënt dit aangaat. Neemt iemand initiatief of de leiding, of is iemand juist volgend en legt diegene de leiding bij jou neer? Je kan ook letten op of iemand zich voorbereidt (bijvoorbeeld: of iemand de tafel afdekt, of een schort aandoet). Is de patiënt bezig met zelfzorg of gaat diegene impulsief aan de slag? Benoem in het moment wat je ziet gebeuren en koppel dit terug naar het gedrag van de patiënt op de afdeling/in het dagelijks leven.

Het bewerken van speksteen gaat in enkele duidelijke stappen. Hier moet men dus als therapeut op letten en de patiënt hier goed in begeleiden.

- De patiënt mag zelf een steen uitzoeken. De grootte van een steen kan iets zeggen over de ambitie die een persoon heeft en of diegene ook een stapje terug kan nemen.
- Eerst wordt de steen grof bewerkt met raspen en vijlen. Eventueel kan er ook gezaagd of geboord worden, afhankelijk van wat de patiënt in gedachten heeft.
- Dan kan er verder vormgegeven worden aan de steen door deze met lichtere vijlen of met kleine raspen en vijltjes te bewerken.
- Vervolgens wordt met schuurpapier de steen verder bewerkt, en hierbij ligt de nadruk op het gladmaken van de steen. In de structuur van het schuurpapier zijn ook stappen te volgen: van grof (bijvoorbeeld korrel 60 of 80) naar licht (tot bijvoorbeeld korrel 1200). De lichtste stappen worden met schuurpapier en water gedaan, wat zorgt voor glans. Tussendoor mag je als therapeut samen met de patiënt kritisch kijken of de krassen van het grove werk (vijlen en grof schuurpapier) zijn verdwenen.
- Er is geen eindstreep. De trajecten binnen forensische instellingen duren vaak lang. De patiënt bepaalt wanneer het resultaat af is. Met behulp van een directieve therapeutische houding kan jij als therapeut daar ook bepalend in zijn. Met een directieve benadering bij patiënten waarvan het leerdoel ‘kunnen vertragen’ is, help je de patiënt kritisch te kijken naar eventuele verbeterpunten. Hierna kan

je met een nieuwe speksteen het proces starten, waarbij je de uitdaging aan kan gaan om juist een groter of kleiner stuk te pakken.

Op welk moment in de therapie wordt deze werkvorm ingezet?
Deze werkvorm kan op verschillende momenten in het therapieproces ingezet worden. Het is zowel observatie als behandeling, omdat je veel dingen ziet in het handelen/gedrag van de patiënt en omdat je op het moment zelf meteen observaties kan benoemen en de patiënt kan uitdagen om gedrag te veranderen.

Groep/individueel/tweetal

- [x] Groep
- [ ] Subgroepen/twee- of drietallen bijv.
- [x] Individueel in de groep
- [x] Individueel

Materiaal

- Speksteen
- Allerlei beeldend materiaal. Denk aan schuurpapier (korrel 60-1200) en verschillende veilen en/of boren.

Toelichting

- Houdt rekening met de opruimtijd. Speksteen geeft een hoop stof, dus het is belangrijk tijd in te plannen aan het einde van de sessie om de ruimte weer schoon te maken.
- Bij patiënten die meer structuur nodig hebben, bied je deze aan om stap voor stap de oefening samen aan te gaan. Beginnend met een schort aandoen, de tafel afdekken en rustig de nodige spullen pakken.
- Bij patiënten met een licht verstandelijke beperking is het belangrijk veel herhaling toe te passen in het aanbieden van de werkvorm, veel terug te geven van wat je ziet in het moment en veel structuur te bieden.
- Als beeldend therapeut is het goed om sturend te blijven in de stappen die het materiaal nodig heeft. Dus eerst een grove veil, en daarna pas een kleinere. Benadruk het proces van grof beginnen en naar steeds fijner te werk gaan.
- Het is niet erg als de patiënt een keer een pauze neemt, en een sessie iets anders wil doen. Die ruimte mag je als therapeut geven, maar wel met de duidelijke afspraak dat je samen op het speksteen terugkomt.
- Houdt oog voor veiligheid. Patiënten gaan vaak los bij het grove werken. Wijs ze er bijvoorbeeld op dat ze van zich af veilen. Ook in het fijne werken is beheerst werken belangrijk.
- Je moet er rekening mee houden dat patiënten de steen waarschijnlijk niet mee mogen nemen. Speksteen breekt makkelijk af, dus patiënten kunnen er gemakkelijk een scherp voorwerp van maken. Je moet dit kortsluiten met de afdeling. Het kan voorkomen dat een patiënt zijn steen op het kantoor mag zetten op de afdeling.
- Het boek Speksteen voor iedereen (Wissingh, 2003) kan gebruikt worden als hulpmiddel.

Contra-indicatie:

- Wanneer een patiënt heel impulsief is, snel overprikkeld is en onvoorspelbaar kan reageren, is het onverantwoord om met deze werkvorm aan de slag te gaan. Het is namelijk een onzekere werkvorm, door het materiaal. Wanneer er een scheurtje in zit of in komt, kan de speksteen plots breken. Dit kan heel leerzaam zijn in de therapie, maar als iemand hier echt niet mee om kan gaan kan er risico ontstaan voor een onveilige situatie.
- De werkvorm is niet passend voor patiënten die in een psychotische episode zitten of patiënten die in crisis verkeren.

Evaluatie

- Hoe kijk je terug op de afgelopen 3 kwartier (de lengte van je sessie)?
- Benoem nog een keer wat je gezien hebt bij de patiënt tijdens de werkvorm.
- Sluit eventueel af met een terugkoppeling naar het dagelijks leven. Zeker wanneer je in de sessie zelf al de koppeling hebt gemaakt naar het dagelijks leven, is het goed hierop terug te komen en hiermee de sessie af te sluiten. Leg ook even uit waarom je jouw observaties benoemd hebt en waarom je vroeg naar datzelfde gedrag in het dagelijkse leven

Als het proces ten einde is:

- Vragen of de patiënt datzelfde proces nog een keer aan zou willen gaan.
- En dan ook vragen of iemand die met een kleinere steen begonnen is, het proces aan durft te gaan met een grotere steen.

Therapeutische houding

- Steunend, naast de patiënt staan.
- Directief wanneer het nodig is. Je houding zal meer directief zijn rondom het gebruik van het materiaal, om dit in goede banen te leiden en veiligheid te garanderen.
- Humor inzetten. Probeer op hetzelfde niveau als de patiënt te spreken.

Aansluiting bij werkingsmechanisme

- ☐ Arousal-regulatie (activeren dan wel ontspannen van het lichaam)
- ☐ Proces van lichaamswaarneming/-bewustzijn (prikkels vanuit het eigen lichaam waarnemen)
- ☐ Proces van expressie/creativiteit/flexibiliteit
- ☐ Affectregulatie
- ☑ Emotieregulatie
- ☐ Regulatie van cognitieve processen
- ☑ Regulatie van aandachtprocessen
- ☐ Leren
- ☐ Regulatie van sociale cognitie
- ☐ Anders, namelijk:

Beschermende factoren/risico factoren

Interne items

- [ ] Intelligentie
- [ ] Hechting
- [ ] Empathie/ vijandigheid
- [x] Coping
- [x] Zelfcontrole/ impulsiviteit
- [ ] Agressie
- [ ] Zelfwaardering
- [x] Emotieregulatie

Externe Items

- [ ] Netwerk
- [ ] Intieme relaties
- [ ] Hulpverlening
- [ ] Woonsituatie
- [ ] Middelengebruik

Motivationele items

- [x] Motivatie voor behandeling
- [ ] Houding tegenover autoriteit
- [x] Levensdoelen

Aansluiting basisbehoeften

- [ ] Leven (inclusief gezondheid en fysiek welbevinden)
- [ ] Kennis (hoe goed iemand zich geïnformeerd voelt over wat belangrijk voor hem is)
- [ ] Spelen (hobby's en vrijetijdsbesteding)
- [ ] Werken (inclusief zich competent voelen/voelen dat je beter wordt)
- [x] Zelfbeschikking (autonomie en richting kunnen bepalen)
- [x] Innerlijke rust/'peace of mind' (vrij zijn van emotionele onrust, pijn en stress)
- [ ] Verbondenheid (intieme, romantische en familiaire relaties)
- [ ] Community (verbondenheid met een bredere sociale groep)
- [ ] Spiritualiteit (betekenis- en zingeving)
- [ ] Plezier (goed voelen in het hier en nu)
- [x] Creativiteit (vrije en alternatieve zelfexpressie)

Verondersteld mechanisme

Tactiel werken met beeldende materialen zoals speksteen vergt volgehouden aandacht (Czamanski-Cohen & Weihs, 2016). Speksteen is materiaal dat een lang proces nodig heeft om tot resultaat te komen. Je moet je erg focussen om er een mooi resultaat uit te krijgen.

Je bent met dit materiaal gebonden aan stappen die je moet zetten om dit proces tot een mooi resultaat te brengen. Je wordt met dit materiaal uitgedaagd van grof naar fijn te werken. Fijner werken vergt meer concentratie en geduld. Dit kan weken duren en daagt de patiënt dus uit in hun uitstellend vermogen en aandacht vermogen.

Patiënten komen middels deze werkvorm voor dezelfde obstakels te staan als die zij in het (dagelijkse) leven tegen kunnen komen. Door het werken met speksteen

kunnen zij leren om meer tijd te nemen tussen de stappen, te vertragen of zelfs even stil te staan bij het proces. Als therapeut kan je vragen aan de patiënt waar diegene nu staat, wat hij/zij/hen wil bereiken en hoe hij/zij/hen dit wil/kan doen. In de praktijk is dit geen vloeiend proces. Zo werk je ook aan het probleemoplossend vermogen, uitstellend vermogen en het doorzettingsvermogen van de patiënt.

Functie vaktherapeutisch middel

Het beeldende materiaal en het beeldend proces dagen de patiënt uit geduldig en geconcentreerd te werken.

Het materiaal daagt je uit te werken in het hier-en-nu, waarbij de focus ook in het hier en nu komt te liggen. Als therapeut kan je deze focus versterken door te vragen aan de patiënt hoe het materiaal voelt.

Door de te ondernemen stappen die het materiaal nodig heeft, daag je de patiënt uit planmatig te werken. Het planmatige werken doet een beroep op het uitstellend vermogen van de patiënt. Beeldend therapeuten kunnen patiënten helpen om in een staat van flow te komen en te blijven: flow wordt gedefinieerd als een staat van optimale aandacht en betrokkenheid (Chilton, 2013).

Merkzame effecten

Patiënten met weinig uitstellend vermogen haken af/vinden het niet leuk meer, omdat het te lang duurt. Echter als ze dan een reeds bewerkte speksteen zien, willen ze toch dat resultaat behalen. Sommige patiënten uiten dit doorzettingsvermogen verbaal.

Niet alle patiënten geven woorden aan deze ervaring. Sommigen kunnen de ervaring niet altijd koppelen aan behandeldoelen. Dan moet je het als therapeut hebben van wat je ziet.

Wanneer je als therapeut je observaties teruggeeft, kun je de patiënt inzicht geven in eigen gedrag. Soms maken patiënten het materiaal kapot vanuit frustratie. Doordat je als therapeut verband legt tussen jouw observaties en het kapotte werk van de patiënt, krijgt de patiënt inzicht in wat voor gevolgen zijn gedragspatroon heeft en kan diegene uitproberen of de emoties de volgende keer meer gereguleerd kunnen worden.

Suggestie(s) voor meetinstrumenten

- Expressive Therapies Continuum Assessment (ETC Assessment)
- D2 aandachts- en concentratietest
- Impulsive Behavior Short Scale (I-8)

Literatuur

Chilton, G. (2013). Art therapy and flow: A review of the literature and applications. *Art Therapy*, *30*(2), 64-70. https://doi.org/10.1080/07421656.2013.787211

Czamanski-Cohen, J., & Weihs, K. L. (2016). The bodymind model: A platform for studying the mechanisms of change induced by art therapy. *The Arts in Psychotherapy*, *51*, 63-71. https://doi.org/10.1016/j.aip.2016.08.006

Wissingh, W. (2003). *Speksteen voor iedereen.* Cantecleer.

Meso-interventie

Tekenbewegingen

Doel van de werkvorm
- Lichaamsbewustwording
- Signaleren van spanning in het lijf
- Van spanning naar ontspanning
- Reguleren van spanning en de daarbij opkomende emotie.

Omschrijving
De patiënt gaat voor een groot vel papier voor de muur staan. De patiënt heeft zijn ogen dicht als dit vertrouwd genoeg aanvoelt. De patiënt pakt een krijtje in beide handen en maakt een lijn van links naar recht op navelhoogte. Dit wordt de aardelijn genoemd. Na het maken van de aardelijn, gaat de patiënt het gevoel dat hij/zij/hen in het lichaam heeft 'losgooien' op papier. Dit doet de patiënt door strepen/cirkels/grote bewegingen/snelle bewegingen op het papier te maken. De patiënt kan even losgaan op het papier. Dit duurt een paar minuten. De patiënt gaat daarna in een beweging weer terug naar de aardelijn.

Op welk moment in de therapie wordt deze werkvorm ingezet?
Deze werkvorm wordt ingezet wanneer de patiënt al gewend is aan de therapie. Vanwege het sluiten van de ogen is het van belang dat er al vertrouwen is opgebouwd.

Groep/individueel/tweetal
- [x] Groep
- [x] Subgroepen/twee- of drietallen bijv.
- [x] Individueel in de groep
- [x] Individueel

Materiaal
- Groot vel papier
- Tape (om het vel aan de muur te kunnen hangen)
- Pastelkrijt

Toelichting

Belangrijk om rekening mee te houden tijdens het afnemen van deze werkvorm is het vertrouwen met de patiënt. De patiënt dient al een basis te hebben met de therapeut/ groepsgenoten.

Er zijn verschillende tekenbewegingsmethoden, waarvan deze interventie er één is. Zie https://www.tekenbeweging.nl/voor meer informatie.

Een contra-indicatie:

Een contra-indicatie kan zijn wanneer de patiënt deze interventie doet om ervan af te zijn, als diegene het niet echt lijkt te voelen. Het is belangrijk om dit te benoemen als het gebeurt.

Let op: je kunt de patiënt vragen om de ogen dicht te doen, het dichtdoen van de ogen kan voor de patiënt echter ook meer spanning opleveren.

Evaluatie

- Hoe voelt de spanning in je lijf?
- Wat denk je nu?
- Wat voel je verder in je lijf?
- Wat deed het met je om zo los te gaan op het papier?
- Wat deed het met je om vanuit spanning weer terug te gaan naar rust?
- Ga je in het dagelijks leven ook wel eens even 'los', wat gebeurt er dan? En hoe keer je weer terug naar rust?

Therapeutische houding

De houding van de therapeut is sturend, ondersteunend en de therapeut geeft begeleiding met diens stem.

Aansluiting bij werkingsmechanisme

- [x] Arousal-regulatie (activeren dan wel ontspannen van het lichaam)
- [x] Proces van lichaamswaarneming/-bewustzijn (prikkels vanuit het eigen lichaam waarnemen)
- [x] Affectregulatie
- [ ] Emotieregulatie
- [ ] Regulatie van cognitieve processen
- [ ] Regulatie van aandachtprocessen
- [ ] Leren
- [ ] Regulatie van sociale processen
- [ ] Anders, namelijk: Observatie/diagnostiek

Beschermende factoren/risico factoren

Interne items

- ☐ Intelligentie
- ☐ Hechting
- ☐ Empathie/ vijandigheid
- ☐ Coping
- ☑ Zelfcontrole/ impulsiviteit
- ☑ Agressie
- ☐ Zelfwaardering
- ☑ Emotieregulatie

Externe Items

- ☐ Netwerk
- ☐ Intieme relaties
- ☐ Hulpverlening
- ☐ Woonsituatie
- ☐ Middelengebruik

Motivationele items

- ☐ Motivatie voor behandeling
- ☐ Houding tegenover autoriteit
- ☐ Levensdoelen

Aansluiting basisbehoeften

- ☐ Leven (inclusief gezondheid en fysiek welbevinden)
- ☐ Kennis (hoe goed iemand zich geïnformeerd voelt over wat belangrijk voor hem is)
- ☐ Spelen (hobby's en vrijetijdsbesteding)
- ☐ Werken (inclusief zich competent voelen/voelen dat je beter wordt)
- ☐ (autonomie en richting kunnen bepalen)
- ☑ Innerlijke rust/'peace of mind' (vrij zijn van emotionele onrust, pijn en stress)
- ☐ Verbondenheid (intieme, romantische en familiaire relaties)
- ☐ Community (verbondenheid met een bredere sociale groep)
- ☐ Spiritualiteit (betekenis- en zingeving)
- ☐ Plezier (goed voelen in het hier en nu)
- ☐ Creativiteit (vrije en alternatieve zelfexpressie)

Verondersteld mechanisme

De patiënt komt meer in contact met zichzelf. De interactie van materiaal, beeld en beweging brengt een verbinding tussen binnen- en buitenwereld teweeg. Het beeld is belangrijk voor de voortgang van de beweging.

Tekenbewegingen bevorderen zelfbewustzijn en concentratie, creativiteit, oordeelvrije zelfreflectie, helder denken, zuiver voelen en effectief communiceren (Overman & Floor, 2011). Het inzetten van deze interventie binnen de forensische zorg is belangrijk, omdat er bij forensische patiënten vaak een verstoring is in de arousal en emotieregulatie waardoor ze strafbare acties kunnen uitvoeren (Billen et al., 2022). Door met de patiënt te oefenen met arousal- en emotieregulatie interventies train je patiënten om deze werkingsmechanismen te reguleren.

Functie vaktherapeutisch middel

Laten voelen: De hand wordt aan zichzelf overgelaten en volgt een innerlijk ritme (Overman & Floor, z.d.). “De tekening is een afspiegeling van de beweging tussen jouw innerlijk en jouw buitenwereld. Door de tekening te maken leg je contact tussen binnen- en buitenwereld (op heel basaal niveau al) door innerlijke bewegingen (de binnenwereld) die zich doorzetten in energieke motorische bewegingen (een verbinding/een overgang) die in aanraking komen met het krijt en papier (de buitenwereld, de materie).” (Rutten-Saris, 1990). Herhaling (ritme) geeft de mogelijkheid tot verdieping (Overman & Floor, z.d.).

Merkzame effecten

- Direct zichtbare rust
- Meer inzicht in eigen spanningsregulatie

Suggesties voor meetinstumenten

- Hartritmevariabiliteit (HRV)
- Self-Expression and Emotion Regulation in Arts Therapies (SERATS)
- Multidimentional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA-2)

Literatuur

Billen, E., Garofalo, C., Schwabe, I., Jeandarme, I., & Bogaerts, S. (2023). Emotional, cognitive and behavioral self-regulation in forensic psychiatric patients: changes over time and associations with childhood trauma, identity and personality pathology. *Psychology, Crime & Law, 29*(10), 1080-1106. https://doi.org/10.1080/1068316X.2022.2044813

Overman, D. & Floor, L. (z.d.). *Home*. TBM Tekenbewegingsmethode. Geraadpleegd op 30 januari 2025, van http://www.tekenbeweging.nl/

Rutten-Saris, M. (1990). *Basisboek lichaamstaal*. Koninklijke van Gorcum B.V.

Meso-interventie

Masker: binnen- & buitenkant

Doel van de werkvorm
- In contact komen met eigen emoties
- Bewustwording van het belang van congruentie tussen binnen- en buitenwereld van emoties.
- Mentaliseren

Omschrijving
De patiënt heeft een masker voor zich liggen. De therapeut vraagt de patiënt of hij/zij/hen de uitdrukking “een masker op hebben” kent en vervolgens hoe de patiënt zich van binnen voelt en zich naar buiten uit. Aan de binnenkant van het masker mag de patiënt diens binnenwereld uitwerken. Aan de buitenkant van het masker kan de patiënt verbeelden wat hij/zij/hen aan de buitenwereld laat zien. Dit mag gedaan worden doormiddel van vormen, kleuren en woorden.

Op welk moment in de therapie wordt deze werkvorm ingezet?
Deze werkvorm wordt ingezet wanneer de patiënt en de therapeut elkaar enigszins kennen, waardoor er vertrouwen is om bepaalde emoties te bespreken. Het is een inzichtgevende werkvorm welke in verschillende stadia van de therapie kan worden aangeboden. Het kan inzichtgevend zijn om de werkvorm na enige tijd te herhalen om te zien of het masker is veranderd. Het is wenselijk dat patiënt kennis heeft van emoties en inzicht heeft in zijn eigen emoties.

Groep/individueel/tweetal
- [x] Groep
- [x] Subgroepen/twee- of drietallen bijv.
- [x] Individueel in de groep
- [x] Individueel

Materiaal

Deze werkvorm kan met verschillende materialen worden uitgevoerd:

- Papiermaché masker (https://www.heutinkvoorthuis.nl/nl/papier-mache-figuren-maskers/product/13251/gclid=EAIaIQobChMIlePlu_7_gIVNIaDBx1eegdfEAQYBSABEgLakvD_BwE)
- Collage materialen (zoals tijdschriften, lijm, schaar)
- Plakkaat- of acrylverf
- Stiften
- Pandakrijt (laat patiënt hier een keuze uit maken)

Toelichting

Variatie:

Therapeut kiest materiaal: hierdoor kan de werkvorm gestructureerder worden aangeboden of met een extra doel ingezet worden d.m.v. appél in het aangeboden materiaal.

Contra-indicatie:

Wanneer patiënt geen kennis heeft van de (basis)emoties zou deze werkvorm lastig worden. Ook wanneer patiënt 'niets voelt' kan deze werkvorm weerstand bieden. Wanneer hier sprake van is, laat dan de uitvoering/invulling vrij.

Evaluatie

- Wanneer de werkvorm wordt aangeboden in een groep, vraag dan expliciet andere groepsleden om ook vragen te stellen.
- Wat valt je op aan het werk?
- Is er een verschil te zien tussen de binnen- en buitenkant van het masker?
- Welke kleurverschillen zijn er?
- Welke momenten ervaar je je binnenwereld zoals je hier hebt verbeeld?
- Welke momenten voel je je als de buitenwereld/laat je je zien naar de buiten wereld?
- Hoe zou jij de verschillen tussen de binnen- en buitenkant kunnen verwoorden?
- Hoe voelt het om dit masker te dragen?
- Wat zullen anderen denken/voelen wanneer ze dit masker zien?

Therapeutische houding

De therapeut neemt een onbevooroordeelde en gelijkwaardige houding aan.
Bij mentalisatie moet de therapeut gewend raken om te werken met belevingen van de patiënten. Hierbij is binnen gelijk aan buiten. De taak is om gevoelens aan representaties te gaan verbinden (Schweizer et al., 2009).

Aansluiting bij werkingsmechanisme

- [ ] Arousal-regulatie (activeren dan wel ontspannen van het lichaam)
- [ ] Proces van lichaamswaarneming/-bewustzijn (prikkels vanuit het eigen lichaam waarnemen)
- [x] Affectregulatie
- [x] Emotieregulatie
- [x] Regulatie van cognitieve processen
- [ ] Regulatie van aandachtprocessen
- [ ] Leren
- [ ] Regulatie van sociale processen
- [ ] Anders, namelijk:

Beschermende factoren/risico factoren

Interne items

- [ ] Intelligentie
- [ ] Hechting
- [x] Empathie/ vijandigheid
- [ ] Coping
- [ ] Zelfcontrole/ impulsiviteit
- [ ] Agressie
- [x] Zelfwaardering
- [x] Emotieregulatie

Externe Items

- [x] Netwerk
- [x] Intieme relaties
- [x] Hulpverlening
- [ ] Woonsituatie
- [ ] Middelengebruik

Motivationele items

- [ ] Motivatie voor behandeling
- [ ] Houding tegenover autoriteit
- [ ] Levensdoelen

Aansluiting basisbehoeften

- [x] Leven (inclusief gezondheid en fysiek welbevinden)
- [ ] Kennis (hoe goed iemand zich geïnformeerd voelt over wat belangrijk voor hem is)
- [ ] Spelen (hobby's en vrijetijdsbesteding)
- [ ] Werken (inclusief zich competent voelen/voelen dat je beter wordt)
- [ ] Zelfbeschikking (autonomie en richting kunnen bepalen)
- [x] Innerlijke rust/'peace of mind' (vrij zijn van emotionele onrust, pijn en stress)
- [ ] Verbondenheid (intieme, romantische en familiaire relaties)
- [ ] Community (verbondenheid met een bredere sociale groep)
- [ ] Spiritualiteit (betekenis- en zingeving)
- [ ] Plezier (goed voelen in het hier en nu)
- [ ] Creativiteit (vrije en alternatieve zelfexpressie)

Verondersteld mechanisme

Affectregulerende therapie is onder andere bedoeld voor volwassenen met probleemgedrag en emotionele problemen die hun affecten (fysieke sensaties – gevoelens en – behoeften) niet gewaarworden, niet opmerken (waarnemen) en hier niet over (kunnen)reflecteren met een ander (Van de Velde et al., 2023). Een masker opzetten is een manier voor patiënten in de forensische psychiatrie om niet 'zwak' over te komen. Soms wordt deze houding heel bewust ingezet, op andere momenten is het onbewuste coping. Met deze werkvorm kan bewustwording optreden en kunnen patiënten zien dat anderen ook een masker dragen; Het mentaliserend vermogen (het kunnen denken over voelen) wordt bevorderd. Het metalliseren houdt in dat men het eigen gedrag en het gedrag van anderen begrijpt vanuit onderliggende gedachten, gevoelens, bedoelingen en verlangens (Van de Velde et al., 2023). De patiënt leert gevoel toe te laten, gevoel te ervaren, het gevoel te begrijpen, zich te verbinden en te bespreken (Verfaille, 2011). Ook innerlijke rust zou bespreekbaar worden, net als 'het leven'. Het uiteindelijke doel is dat patiënt intieme relaties kan aangaan waarbij empathie en vijandigheid te bespreken vallen: een intieme relatie is lastig te behouden wanneer een masker altijd op blijft. Dit wordt als het goed is ook zichtbaar in het contact met de hulpverlening. De patiënt gaat zijn/haar eigen gedrag en dat van anderen begrijpen vanuit onderliggende gevoelens, gedachten, bedoelingen en verlangens (Van de Velde et al., 2023).

Functie vaktherapeutisch middel

Het einddoel van de werkvorm is om gevoelens die patiënt van binnen ervaart en aan de buitenkant laat zien inzichtelijk maken. Het masker symboliseert de innerlijke wereld, wat affect- en emotieregulatie kan bevorderen (Gussak, 2004; Yu et al., 2016). Het beeldend werk is bovendien een middel om te kunnen delen in de groep; er kan herkenning en inzicht optreden (Yu et al., 2016). Het werken met de verschillende materialen kan verschillende appéls oproepen bij patiënt. Het aanbieden van minder gestructureerd materiaal (verf) en het aanbieden van gestructureerd materiaal (stiften/potloden) hebben een ander effect op de patiënt (Schweizer et al., 2009; Van de Velde et al., 2023).

Merkzame effecten

De patiënt leert voelen, leert dit te ervaren en begrijpen, leert zich hiermee te verbinden en dit te benoemen (Verfaille, 2011). Hij/zij/hen gaat zijn/haar eigen gedrag van anderen begrijpen vanuit onderliggende gevoelens, gedachten, bedoelingen en verlangens (Van de Velde et al., 2023).

Suggesties voor meetinstrumenten

- Self-Expression and Emotion Regulation in Arts Therapies (SERATS)
- DSM-5 Persoonlijkheidsvragenlijst (PID-5)
- Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES)

Literatuur

Gussak, D. (2004). A pilot research study on the efficacy of art therapy with prison inmates. *The Arts in Psychotherapy*, *31*(4), 245-259. https://doi.org/10.1016/j.aip.2004.06.001

Heutink voor thuis. (z.d.). Papier-maché figuur | Masker. Geraadpleegd op 30 januari 2025, van https://www.heutinkvoorthuis.nl/nl/papier-mache-figuren-maskers/product/13251/gclid=EAIaIQobChMIlePlu_7_gIVNIaDBx1eegdfEAQYBSABEgLakvD_BwE

Schweizer, C., De Bruyn, J., Haeyen, S., Henskens, B., Visser, H., & Rutten-Saris, M. (2009). Handboek beeldende therapie: Uit de verf. Bohn Stafleu van Loghum.

Van de Velde, I., Rauh, W., & Scholtz, L. (Reds.). (2023). Affectregulerende vaktherapie: Praktijkboek beeldend. Garant.

Verfaille, F. (2011). Mentaliseren in beeldende vaktherapie: Met casuïstiek van Gizella Smet en Wijntje van der Ende. Garant.

Yu, Y. Z., Yu Ming, C., Yue, M., Hai Li, J., & Ling, L. (2016). House–Tree–Person drawing therapy as an intervention for prisoners' prerelease anxiety. *Social Behavior and Personality: an international journal*, *44*(6), 987-1004. https://doi.org/10.2224/sbp.2016.44.6.987

Meso-interventie

Snel schilderen

Doel van de werkvorm
- Gedachten leren loslaten
- Spontaniteit ervaren

Omschrijving
Bij deze oefening gaat het niet om het resultaat van de schildering maar om de ervaring tijdens het beeldend werken en om het loslaten van gedachten. De patiënt wordt gevraagd om voor een wand te gaan staan: "Je mag dadelijk in twee minuten een vel vol schilderen. Je patiënt kan alle kleuren verf gebruiken die op tafel staan. Iedere twee minuten schilder je het papier vol wat op de wand hangt. Als de timer gaat, stop je en ga je door naar het volgende vel papier dat op de wand hangt. Het maakt niet uit hoe het vel eruitziet: je mag schilderen wat jij prettig vindt. Probeer het hele vel vol te krijgen."

Er hangen in totaal vijf A2 papieren op de muur. Nadat de patiënt vijf vellen heeft beschilderd, wordt er nabesproken.

Op welk moment in de therapie wordt deze werkvorm ingezet?
Deze werkvorm wordt ingezet wanneer iemand veel gedachten ervaart, bijvoorbeeld piekeren of gedachten aan/over een gepleegd delict of bij het moeilijk loskomen in het beeldend werken.

Groep/individueel/tweetal
- ☐ Groep
- ☐ Subgroepen/twee- of drietallen bijv.
- ☐ Individueel in de groep
- ☑ Individueel

Materiaal
- Verschillende kleuren plakkaat verf
- Verschillende grootte van kwasten
- Water en doekjes om kwasten mee schoon te maken
- Punaises om papier op prikwand te hangen
- A2 papieren
- Schort

Toelichting

Er moet in inzicht zijn in de spanningsopbouw van de patiënt. Ondanks dat de werkvorm het doel heeft plezier en spontaniteit ervaren, kunnen er verschillende gevoelens en emoties vrijkomen. Enige vorm van impulscontrole is van belang.

- Eventueel kan na twee of drie vellen kort worden gestopt wanneer de patiënt veel moeite heeft met het vullen van het vel papier. Ook kan de opdracht worden herhaald wanneer hij/zij/hen afgelopen is, om te zien of er een veranderslag gemaakt kan worden in de aanpak van het schilderen.
- Deze werkvorm kan ook met ander materiaal of op kleiner papier worden uitgevoerd. De werkvorm kan dan worden ingezet als 'opwarmer' vóór de start van een andere werkvorm.

Evaluatie

- Wat heb je ervaren? Was er bijvoorbeeld sprake van spanningsopbouw of spanningsvermindering?
- Hoe voelt je lichaam?
- Hoe is/was dit voor je om te ervaren?
- Wat merkte je aan je gedachten?
- Hoe was dat om te ervaren?
- Merkte je verschil in je lichaam/gedachten bij het uitwerken van de verschillende ontstane beelden?
- Herken je dit gevoel uit het dagelijks leven?
- Wat zou je kunnen doen om dit vaker te ervaren?

Therapeutische houding

De therapeut gebruikt een ondersteunende attitude bij het bespreken van de werkvorm. De uitleg van de werkvorm is vrij directief (Smeijsters, 2008).

Aansluiting bij werkingsmechanisme

- [x] Arousal-regulatie (activeren dan wel ontspannen van het lichaam)
- [x] Proces van lichaamswaarneming/-bewustzijn (prikkels vanuit het eigen lichaam waarnemen)
- [ ] Affectregulatie
- [ ] Emotieregulatie
- [ ] Regulatie van cognitieve processen
- [ ] Regulatie van aandachtprocessen
- [ ] Leren
- [ ] Regulatie van sociale processen
- [ ] Anders, namelijk:

Beschermende factoren/risico factoren

Interne items

- [ ] Intelligentie
- [ ] Hechting
- [ ] Empathie/ vijandigheid
- [x] Coping
- [x] Zelfcontrole/ impulsiviteit
- [ ] Agressie
- [ ] Zelfwaardering
- [x] Emotieregulatie

Externe Items

- [ ] Netwerk
- [ ] Intieme relaties
- [ ] Hulpverlening
- [ ] Woonsituatie
- [ ] Middelengebruik

Motivationele items

- [ ] Motivatie voor behandeling
- [ ] Houding tegenover autoriteit
- [ ] Levensdoelen

Aansluiting basisbehoeften

- [ ] Leven (inclusief gezondheid en fysiek welbevinden)
- [ ] Kennis (hoe goed iemand zich geïnformeerd voelt over wat belangrijk voor hem is)
- [x] Spelen (hobby's en vrijetijdsbesteding)
- [ ] Werken (inclusief zich competent voelen/voelen dat je beter wordt)
- [ ] Zelfbeschikking (autonomie en richting kunnen bepalen)
- [ ] Innerlijke rust/'peace of mind' (vrij zijn van emotionele onrust, pijn en stress)
- [ ] Verbondenheid (intieme, romantische en familiaire relaties)
- [ ] Community (verbondenheid met een bredere sociale groep)
- [ ] Spiritualiteit (betekenis- en zingeving)
- [x] Plezier (goed voelen in het hier en nu)
- [x] Creativiteit (vrije en alternatieve zelfexpressie)

Verondersteld mechanisme

Patiënten zijn vaak geneigd hun prikkel vanuit eigen lichaam los te koppelen van wat er verder bij hen speelt. Lichaam en geest lijken twee losstaande eenheden (Verfaille, 2022). In deze werkvorm wordt het lichaam verbonden met de geest: het is meteen zichtbaar op papier wanneer een patiënt vastloopt. Het lichaam moet snel bewegen om de papieren vol te krijgen, wat tegengehouden kan worden door strenge gedachten. Gedurende de korte tijd (2 min.) kan er sprake zijn van expressie/creativiteit en wordt er geobserveerd op flexibiliteit: Lukt het de patiënt om te schakelen tussen de verschillende vellen papier? Hierbij is ook sprake van arousal-regulatie (Van de Velde et al., 2023; Verfaille, 2022). Tevens wordt er besproken of de patiënt kan spelen, plezier en creativiteit ervaart of zichzelf gunt gedurende de werkvorm.

Functie vaktherapeutisch middel

Door het werken met plakkaatverf en het aanbieden van verschillende schildermaterialen kan er worden geobserveerd of de patiënt open staat voor ontdekking en plezier maken in beeldend werken. Tevens kan deze manier van werken, met verf, controleverminderend werken (Schweizer et al., 2009; Van de Velde et al., 2023).

Het maken van meerdere beeldende werken in korte tijd zorgt beweging waardoor lichaam en geest meer bij elkaar komen (Verfaille, 2011).

Merkzame effecten

Patiënten kunnen opmerken dat hun gedachten steeds minder aanwezig zijn en dat zij letterlijk in beweging zijn. Zij kunnen plezier ervaren of kunnen opmerken dat zij een strenge stem in hun hoofd hebben.

Suggesties voor meetinstrumenten

- General Sense of Ability to Adapt Scale (GSAAS)
- Expressive Therapies Continuum Assessment (ETC Assessment)

Literatuur

Smeijsters, H. (2008). *Handboek creatieve therapie* (3e herziene druk). Uitgeverij Coutinho.

Schweizer, C., De Bruyn, J., Haeyen, S., Henskens, B., Visser, H., & Rutten-Saris, M. (2009). *Handboek beeldende therapie: Uit de verf*. Bohn Stafleu van Loghum.

Van de Velde, I., Rauh, W., & Scholtz, L. (Reds.). (2023). *Affectregulerende vaktherapie: Praktijkboek beeldend*. Garant.

Verfaille, F. (2011). *Mentaliseren in beeldende vaktherapie: Met casuïstiek van Gizella Smet en Wijntje van der Ende*. Garant.

Meso-interventie

Spanningsthermometer

Doel van de werkvorm
- Inzicht in spanningsopbouw

Omschrijving

Om inzicht te krijgen in n de spanningsopbouw van de patiënt, maakt de patiënt een start n met het maken van een thermometer. Hiervoor liggen er een aantal materialen klaar (A3 tekenpapier, potlood, liniaal, wasco krijt). De patiënt mag de thermometer in vakken van 10 verdelen, deze vakken kunnen even groot zijn, maar kunnen ook verschillend van grootte zijn.

Bij elk vakje mag de patiënt noteren wat hij/zij/hen of zij denkt of voelt wanneer de spanning oploopt en mag de patiënt kleuren en vormen toevoegen. Bij 0 voel je je relaxt en ben je heel ontspannen. Bij 10 ervaar je gigantische spanning die niet meer te houden is, je bent bijvoorbeeld enorm boos.

Op welk moment in de therapie wordt deze werkvorm ingezet?
- Na kennismaking van een aantal werkvormen
- De werkvorm kan ook worden ingezet als eerste werkvorm na aanmelding. Dit ligt aan de aanmelding (welke behandeling heeft patiënt al doorlopen) en hoe open patiënt in contact is naar de beeldend therapeut.
- Wanneer de patiënt al inzicht heeft in bijvoorbeeld spanningsopbouw door middel van PMT kan deze werkvorm direct worden ingezet. Tevens wanneer het reguleren van spanning zijn/haar doel bij aanmelding is, kan deze werkvorm direct worden ingezet.

Groep/individueel/tweetal

- [x] Groep
- [x] Subgroepen/twee- of drietallen bijv.
- [ ] Individueel in de groep
- [x] Individueel

Materiaal

- Grijs potlood
- Liniaal
- Wasco (panda krijt)
- A3 tekenpapier gram

Attributen:

- Spanningsthermometer van Trajectum waar voorbeelden in staan.

Toelichting

Deze werkvorm wordt toegepast binnen de module Grip op Agressie (Trajectum, 2019) maar kan ook als losstaande werkvorm worden gebruikt. De thermometen kan gedurende de rest van de sessies erbij worden genomen als tool om de spanning van de patiënt inzichtelijk te maken.

Dit is een vrij cognitieve werkvorm welke ook kan worden toegepast bij het maken van een crisis signaleringsplan (CSP) of een forensisch terugval preventieplan (FTPP). Binnen de beeldende therapie kan echter extra worden gelet op het verbeelden van kleuren en vormen bij spanningsopbouw, wat ervoor kan zorgen dat er meer connectie kan worden gelegd met het lichaam/het voelen in plaats van enkel het toevoegen van woorden.

Variatie:

- Een mogelijke variatie is om het signaleringsplan van de patiënt ernaast te leggen zodat er overeenkomsten gezien kunnen worden.
- Eventueel kan er ook worden gewerkt met 3 vakken (groen/oranje/rood) zoals het signaleringsplan.
- Tevens kan er in plaats van wasco gebruikt worden gemaakt van softpastel, potlood, of stiften.

Indicatie:

- Men moet denken aan de veiligheid van de patiënt en van zichzelf.
- Men moet kennis hebben van de opbouw van spanning en de regulatie hiervan.
- Er moet sprake zijn van (een te ontwikkelen) inzicht in eigen gedrag, gedachten, emoties en lichamelijke sensaties.
- Deze werkvorm is geschikt voor patiënten met een licht verstandelijke beperking (LVB).

Contra-indicatie:

- Wanneer er sprake is van een psychose is deze werkvorm gecontra-indiceerd.
- Wanneer de patiënt hoog in spanning is bij aanvang van de sessie. Dit voor zijn eigen en de beeldend therapeut zijn/haar veiligheid.

Evaluatie

- Kun je vertellen wat je hebt opgeschreven?
- Waar ervaar je dat in je lichaam?
- Kun je een voorbeeld noemen wanneer die gedachte bij je opkomt?
- Wat herken je uit je signaleringsplan?
- Welk grensoverschrijdend gedrag vindt op dat moment plaats?
- Wat zou je op dat moment willen doen op te voorkomen dat dit plaatsvindt?
- Hoe vind je het werken met pandakrijt?

Therapeutische houding

Re-educatief met een receptieve werkvorm

Aansluiting bij werkingsmechanisme

- [x] Arousal-regulatie (activeren dan wel ontspannen van het lichaam)
- [x] Proces van lichaamswaarneming/-bewustzijn (prikkels vanuit het eigen lichaam waarnemen)
- [ ] Affectregulatie
- [ ] Emotieregulatie
- [ ] Regulatie van cognitieve processen
- [ ] Regulatie van aandachtprocessen
- [x] Leren: coping
- [ ] Regulatie van sociale cognitie
- [ ] Anders, namelijk:

Beschermende factoren/risico factoren

Interne items

- [ ] Intelligentie
- [ ] Hechting
- [ ] Empathie/ vijandigheid
- [x] Coping
- [x] Zelfcontrole/ impulsiviteit
- [x] Agressie
- [ ] Zelfwaardering
- [x] Emotieregulatie

Externe Items

- [x] Netwerk
- [x] Intieme relaties
- [x] Hulpverlening
- [ ] Woonsituatie
- [x] Middelengebruik

Motivationele items

- [x] Motivatie voor behandeling
- [x] Houding tegenover autoriteit
- [x] Levensdoelen

Aansluiting basisbehoeften

- ☐ Leven (inclusief gezondheid en fysiek welbevinden)
- ☑ Kennis (hoe goed iemand zich geïnformeerd voelt over wat belangrijk voor hem is)
- ☐ Spelen (hobby's en vrijetijdsbesteding)
- ☑ Werken (inclusief zich competent voelen/voelen dat je beter wordt)
- ☑ Zelfbeschikking (autonomie en richting kunnen bepalen)
- ☐ Innerlijke rust/'peace of mind' (vrij zijn van emotionele onrust, pijn en stress)
- ☐ Verbondenheid (intieme, romantische en familiaire relaties)
- ☐ Community (verbondenheid met een bredere sociale groep)
- ☐ Spiritualiteit (betekenis- en zingeving)
- ☐ Plezier (goed voelen in het hier en nu)
- ☐ Creativiteit (vrije en alternatieve zelfexpressie)

Verondersteld mechanisme

Patiënten zijn vaak geneigd hun lichaamssignalen los te koppelen van wat er verder bij hen speelt. Lichaam en geest lijken dan twee losstaande eenheden (Verfaille, 2022). Met de thermometer worden beiden inzichtelijk gemaakt. Tevens worden het omgaan met oplopende spanning en agressie besproken: wat kan de patiënt doen wanneer hij/zij/hen opmerkt steeds sneller te gaan bewegen en het steeds warmer krijgt?

Beschermende factoren zoals het netwerk, hulpverlening, intieme relaties worden allen beïnvloed door hoe de patiënt omgaat met zijn/haar/hun spanning (coping). Door het beter om kunnen gaan met spanning, en het beter kunnen aangeven wat voor diegene werkt wanneer spanning gevoeld wordt, hebben beschermende factoren meer kans om zich op te bouwen.

Ook kan middelengebruik ter sprake worden gebracht: dit kan de spanningsopbouw namelijk negatief en positief beïnvloeden. Bijvoorbeeld: welke middelen gebruikt de patiënt om tot rust te komen? Welke alternatieven zijn hierbij mogelijk? Of: bij welke middelen is het juist moeilijk om de spanning nog te reguleren?

Functie vaktherapeutisch middel

Via het beeldend werk wordt spanning op- en afbouw inzichtelijk gemaakt en kan hier grip op worden ervaren (Gussak, 2009). Door het letterlijk op papier zetten van de spanning, kan hier bovendien later in therapie aan gerefereerd worden.

De inzet van liniaal en potlood zorgt voor structuur (Haeyen, 2007). Het gebruik van wasco (panda krijt) is een hard materiaal waarmee ook gestructureerd kan worden gewerkt (Schweizer et al., 2009). Echter werkt dit door de dikte van het krijt minder nauwkeurig dan potlood en stiften. Hierdoor wordt de patiënt uitgedaagd en kan gevraagd worden welk appél dit materiaal doet.

Merkzame effecten

Het einddoel is inzicht in spannings- op- en afbouw en de autonomie om hiernaar te leren handelen. Gedurende het uitvoeren van de werkvorm kan deze op- en afbouw worden besproken. Tevens kan het werken met de gestructureerde materialen een appél oproepen bij de patiënt. Bespreek dit ook wanneer er in een groep wordt gewerkt.

Suggesties voor meetinstrumenten

- Hartritmevariabiliteit (HRV)
- Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)
- Multidimentional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA-2)
- De Utrechtse Coping Lijst - Revised (UCL-R)
- Coping Inventory for Stressful Situations (CISS-NL)
- Agressievragenlijst (AGV)

Literatuur

Gussak, D. (2009). The effects of art therapy on male and female inmates: Advancing the research base. *The Arts in Psychotherapy, 36*(1), 5-12. https://doi.org/10.1016/j.aip.2008.10.002

Haeyen, S. H. (2007). *Niet uitleven maar beleven: Beeldende therapie bij persoonlijkheidsproblematiek*. Bohn Stafleu van Loghum.

Schweizer, C., De Bruyn, J., Haeyen, S., Henskens, B., Visser, H., & Rutten-Saris, M. (2009). *Handboek beeldende therapie: Uit de verf*. Bohn Stafleu van Loghum.

Trajectum. (2019). *Grip op agressie: Interventie*. Nederlands Jeugdinstituut; Movisie; Trimbos instituut. Geraadpleegd op 30/04 uitgebreide-beschrijving-Grip-op-agressie.pdf

Verfaille, F. (2011). *Mentaliseren in beeldende vaktherapie: Met casuïstiek van Gizella Smet en Wijntje van der Ende*. Garant.

Danstherapie

Micro-interventies

Dynamische bodyscan 53
Inchecken 57
Chinees boksen 61

Meso-interventies

Dans door de emoties 66
Spiegel de modi 70

Micro-interventie

Dynamische bodyscan

Doel van de interventie

- Het doel van de werkvorm is het lichaam aanvoelen en lichaamsbewust worden.

Beschrijving van de activiteit

De patiënt loopt door de ruimte. De therapeut geeft aanwijzingen en leidt de patiënt door de oefening. De therapeut zegt dingen zoals: "voel je voeten op de vloer, sta op je tenen, loop op je hakken, bewust gewicht geven naar voor en naar achter". De therapeut gaat op deze manier het gehele lichaam af.

De therapeut en de patiënt voeren zo een bewegingsdialoog zonder dat de patiënt zich hier nog bewust van is.

Op welk moment in de sessie wordt deze actie ingezet?

De actie kan vanaf de eerste therapiesessie worden ingezet.

Groep/individueel/tweetal

- [ ] Groep
- [ ] Subgroepen/twee- of drietallen bijv.
- [ ] Individueel in de groep
- [x] Individueel

Materiaal

Bij deze werkvorm is geen materiaal gewenst

Toelichting

De therapeut zorgt voor een veilig gevoel tijdens de sessie. Dit kan voor elke patiënt anders zijn. Het is aan de therapeut om goed aan te voelen wat de patiënt nodig heeft en eventueel te checken met de patiënt.

Een variatie op de oefening zou kunnen zijn: staand, liggend of zittend de oefening uitvoeren. Of met de ogen open of dicht. Dit kan wanneer de lichaamsmobiliteit verminderd is, maar ook wanneer het lastig is de aandacht vast te houden.

Evaluatie

In het begin laat de therapeut het bij het ervaren van de werkvorm. De patiënten kunnen aan het begin vaak niet verwoorden wat ze voelen. De therapeut helpt de patiënt bij het ondertitelen van de gevoelens, emoties en innerlijke sensaties: “misschien voel je dat je schouders vastzitten”. Als dit goed gaat, stelt de therapeut de volgende vragen:

- Hoe heb je het ervaren?
- Voelde je ergens ontspanning?
- Waar voelde je spanning?
- Lukte het om gedachtes los te laten?
- Lukte het om je gedachten op je lichaamswaarneming te richten?
- Lukte het om je lijf te voelen?

Als de patiënt het lukt om dit te verwoorden, vraagt de therapeut naar wat de ademhaling doet tijdens de oefening.

Therapeutische houding

Leidend en coachend.

Aansluiting bij werkingsmechanisme

- [x] Arousal-regulatie (activeren dan wel ontspannen van het lichaam)
- [x] Proces van lichaamswaarneming/-bewustzijn (prikkels vanuit het eigen lichaam waarnemen)
- [ ] Affectregulatie
- [ ] Emotieregulatie
- [ ] Regulatie van cognitieve processen
- [ ] Regulatie van aandachtprocessen
- [ ] Leren
- [ ] Regulatie van sociale processen
- [ ] Anders, namelijk: Observatie/diagnostiek

Danstherapie

Beschermende factoren/risico factoren

Interne items

- ☐ Intelligentie
- ☐ Hechting
- ☐ Empathie/ vijandigheid
- ☐ Coping
- ☐ Zelfcontrole/ impulsiviteit
- ☐ Agressie
- ☐ Zelfwaardering
- ☐ Emotieregulatie

Externe Items

- ☐ Netwerk
- ☐ Intieme relaties
- ☐ Hulpverlening
- ☐ Woonsituatie
- ☐ Middelengebruik

Motivationele items

- ☐ Motivatie voor behandeling
- ☐ Houding tegenover autoriteit
- ☐ Levensdoelen

Verondersteld mechanisme

De patiënt is samen met de therapeut in het hier-en-nu. De patiënt legt contact tussen het lichaam en de geest door de patiënt bewust te laten worden van de lichamelijke ervaringen in het moment. Interventies gericht op mindfulness, waarin bodyscans waren opgenomen, bleken eerder een verbetering in stemming en relaxatie met zich mee te brengen, evenals een verbetering van mindfulness en observatievermogen (An et al., 2019; Hall & Long, 2009; Samuelson, 2007). Danstherapie kan bovendien lichaamsbewustzijn verbeteren en agressie verminderen bij forensische patiënten (Koch et al., 2015).

De dansgerichte bodyscan-methode is afkomstig uit de methode van Marian Chace, die in zijn geheel bestaat uit 1: lichamelijke activering, 2: symbolisme, 3: therapeutische bewegingsrelatie en 4: ritmische activiteit. De bewustwording van de patiënt van gevoelens in het lichaam kan ervoor zorgen dat diegene deze gevoelens eerder herkent en kan proberen het lichaam te ontspannen of het lichaamssignaal op te merken en erachter te komen wat dit signaal diegene zegt (Shingala, 2016).

Functie vaktherapeutisch middel

De werkvorm is bewegings- en ervaringsgericht. Er wordt in de methode van Marian Chace van uitgegaan dat het lichaam onderliggende en onbewuste zaken laat zien; spanning kan voelbaar en zichtbaar worden, bijvoorbeeld in rigide spierbewegingen. Vanuit hier kan onbewuste spanning bewust worden, en kan deze spanning worden gereguleerd (Shingala, 2016).

Merkzame effecten

- Ontspanning
- Contact met het lichaam: leren vóelen

Suggesties voor meetinstrumenten

- Multidimentional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA-2)
- Mindfulness Attention Awareness Scale (MAAS)
- Hartritmevariabiliteit (HRV) of ademhaling (EMPATICA)

Literatuur

An, Y., Zhou, Y., Huang, Q., Jia, K., Li, W., & Xu, W. (2019). The effect of mindfulness training on mental health in long-term Chinese male prisoners. *Psychology, Health & Medicine, 24*(2), 167-176. https://doi.org/10.1080/13548506.2018.1510130

Hall, L., & Long, C. G. (2009). Back to basics: Progressive muscle relaxation (PMR) training for women detained in conditions of medium security. The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology, 20(3), 481-492. https://doi.org/10.1080/14789940802638374

Koch, S. C., Ostermann, T., Steinhage, A., Kende, P., Haller, K., & Chyle, F. (2015). Breaking barriers: Evaluating an arts-based emotion regulation training in prison. *The Arts in Psychotherapy, 42*, 41-49. https://doi.org/10.1016/j.aip.2014.10.008

Samuelson, M., Carmody, J., Kabat-Zinn, J., & Bratt, M. A. (2007). Mindfulness-based stress reduction in Massachusetts correctional facilities. *The Prison Journal, 87*(2), 254-268. https://doi.org/10.1177/0032885507303753

Shingala, R. (2016, 6 februari). Marian Chace: Dance therapy pioneer – Biography, theory and methodology. Indian Magazine of Dance/Movement Therapy. Geraadpleegd op 30 januari 2025, van https://cmtaisite.wordpress.com/2016/02/06/marian-chace-the-pioneer-in-dmt-2/

Micro-interventie

Inchecken

Doel van de interventie

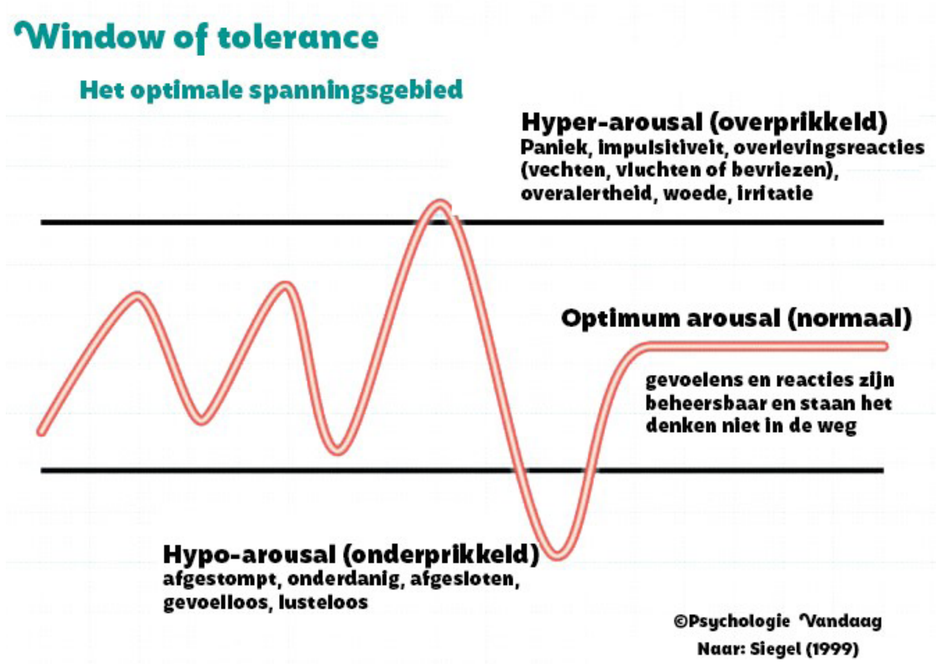
- Patiënt kan gevoelens herkennen, verwoorden en relativeren, en leert om uiteindelijk tijdens dagelijkse bezigheden spanningen te herkennen en te benoemen.

Beschrijving van de activiteit

Deze micro-interventie behelst het aan het begin van de sessie vragen stellen van de therapeut aan de patiënt aan de hand van de 'window of tolerance' over de mate van spanning die de patiënt ervaart op dat moment.

Afgestemd op deze antwoorden wordt een meso-interventie (werkvorm) ingezet. Aan het eind hiervan, of terwijl deze nog bezig is, stelt de therapeut opnieuw spanning-gerelateerde vragen. Deze keer zijn de vragen gericht op een mogelijke verandering in deze spanning. De therapeut observeert tijdens de werkvorm tevens of de patiënt over grenzen lijkt te gaan en of de patiënt zelf spanning kan afbouwen.

Tijdens de werkvorm kan bijvoorbeeld gevarieerd worden tussen snel en intens, en rustig en langzaam bewegen. Hierna kan ingecheckt worden door te vragen hoe de spanning op dat moment is en door dit tegen eigen observaties te leggen.



Op welk moment in de sessie wordt deze actie ingezet?
Aan het begin van de sessie en tijdens- of na de sessie. Altijd ten minste twee keer.

Groep/individueel/tweetal

- ☐ Groep
- ☐ Subgroepen/twee- of drietallen bijv.
- ☐ Individueel in de groep
- ☐ Individueel

Materiaal
Er is geen materiaal noodzakelijk. Er kan wel gebruik gemaakt worden van een whiteboard om de spanning op aan te geven in- of buiten de 'window of tolerance'. Materialen kunnen ook attributen zijn zoals houten blokken, touw, pittenzakken of pionnen. Deze worden symbolisch gebruikt om de 'window of tolerance' anders te verbeelden. De verschillende vakken kunnen afgebakend worden in de oefenruimte met attributen en de patiënt kan hun eigen positie hierin aangeven met een object.

Toelichting
Vertrouwen en een veilige sfeer zijn nodig om deze interventie toe te passen.
Ook moeten de patiënt bekend zijn met de window of tolerance.

Variatie:
Tijdens de meso interventie benoemen wat de therapeut observeert bij de patiënt en van hieruit de micro interventie toepassen. Bijvoorbeeld: "ik hoor dat je nu heel snel ademt, hoe zit het nu met je spanning?". Wanneer de patiënt bekend is met deze micro interventie kan diegene een instructie krijgen om de interventie bij zichzelf toe te passen gedurende de sessie en/of thuis.

Contra indicatie:
Patiënt die niet nuchter (genoeg) is tijdens de sessie

Let op bij patiënten die heel snel in spanning schieten of heel laag in spanning zit. Er is geen ruimte voor reflectie als de patiënt enorm hoog in de spanning zit, of juist te laag (moe/uitgeput). Het is dan goed om eerst een ontspanning of activering te doen, en om de spanning te laten zien op het whiteboard.

Evaluatie

- Welke soort mentale of fysieke prikkels merk je nu op?
- Waardoor plaats je jezelf daar op het raam? (window of tolerance) (Na bewegen).
- Merk je nu verandering? Is het toegenomen? Is het afgenomen? Of juist gelijk?
- Wat voel je nu?
- Wat heb je nu nodig?

Therapeutische houding
Co-regulerend. Leidend. Directief.

Aansluiting bij werkingsmechanisme

- [x] Arousal-regulatie (activeren dan wel ontspannen van het lichaam)
- [x] Proces van lichaamswaarneming/-bewustzijn (prikkels vanuit het eigen lichaam waarnemen)
- [ ] Affectregulatie
- [ ] Emotieregulatie
- [ ] Regulatie van cognitieve processen
- [ ] Regulatie van aandachtprocessen
- [ ] Leren
- [ ] Regulatie van sociale processen
- [ ] Anders, namelijk:

Beschermende factoren/risico factoren

Interne items

- [ ] Intelligentie
- [ ] Hechting
- [ ] Empathie/ vijandigheid
- [x] Coping
- [x] Zelfcontrole/ impulsiviteit
- [ ] Agressie
- [ ] Zelfwaardering
- [x] Emotieregulatie

Externe Items

- [x] Netwerk
- [ ] Intieme relaties
- [ ] Hulpverlening
- [ ] Woonsituatie
- [ ] Middelengebruik

Motivationele items

- [ ] Motivatie voor behandeling
- [ ] Houding tegenover autoriteit
- [ ] Levensdoelen

Verondersteld mechanisme

Door het toepassen van deze interventie worden patiënt meer bewust van de mate van spanning in hun lichaam en hoe zij hierop reageren. The window of tolerance, een concept ontwikkeld door Dr. Siegel, geeft aan dat er een 'raam' van spanning is waar men zich comfortabel in voelt. Zit iemand boven of onder dit raam, dan kunnen ze allerlei disfunctionele symptomen ervaren, zoals;

- Trauma-gerelateerde reacties (fight, flight or freeze)
- Zich minder bewust zijn van prikkels.
- Verlies van concentratie (Ogden et al., 2006)

Aan de hand van deze 'window of tolerance' kun je de patiënt helpen om in te checken bij hun mate van spanning, waardoor ze zich meer bewust worden van de lichamelijke en mentale prikkels die over- of onderspanning signaleren. Dit is een eerste stap in het verder ontwikkelen van gezonde coping mechanismen.

Functie vaktherapeutisch middel

Dans kan activerend of ontspannend ingezet worden om af te stemmen op de mate van arousal die een patiënt ervaart. Door in beweging te gaan kan de patiënt ervaringsgericht veranderingen in spanning ervaren. Met dans en beweging kan op een 'bottom-up' manier gewerkt aan traumatische (of stress-gerelateerde) symptomen (Ogden et al., 2006).

Merkzame effecten

- Patiënten worden meer bewust van lichamelijke en geestelijke prikkels.
- Patiënten kunnen overspoeld worden met nieuwe prikkels en gedachtes na bewustwording.
- Patiënten kunnen reflecteren op momenten in hun dagelijks leven en deze relateren aan de window of tolerance.
- Patiënten ontwikkelen een eigen stijl van gezonde coping om met hoge of lage spanning om te gaan.

Suggesties voor meetinstrumenten

- De Window of Tolerance grafiek is in deze werkvorm het meetinstrument op het moment zelf.
- De Multidimentional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA-2) kan over tijd (bijvoorbeeld begin sessie 1 en begin sessie 20) worden toegepast om te kijken of er een verschil bestaat in lichaamsbewustzijn.
- Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)

Literatuur

Ogden, P., Pain, C., & Fisher, J. (2006). A sensorimotor approach to the treatment of trauma and dissociation. *Psychiatric Clinics, 29*(1), 263-279. https://doi.org/10.1016/j.psc.2005.10.012

Meso-interventie

Chinees boksen

Doel van de werkvorm
- Inzicht gevend in assertiviteit, sub assertiviteit en agressiviteit
- Bewustwording van je grenzen.

Omschrijving
In deze werkvorm wordt gewerkt via de rots en water theorie, gericht op sociale weerbaarheid (www.rotsenwater.nl). Deze werkvorm kan ingezet worden als patiënten een training volgen gericht op Rots en Water, maar dit is niet nodig. Er is geen eerdere kennis vereist.

Praatje vooraf: "Hoe is het nu?", "Hoe heb je het afgelopen week gehad?". Vaak is er een struggle geweest met personeel, of met andere patiënten. Dat kan best wel de 'stoere' kant van iemand triggeren. Of de beschermer en de weerstand kunnen naar boven komen. Personeel kan voor patiënten autoritair overkomen en ook het uniform roept veel op. "Vind je het oké om een soort van spelvorm te doen, gericht op weerstand?", "Dan kunnen we ervaren wat er bij jou gebeurt als je merkt dat er weerstand komt".

Opwarming:
"Weet je nog, die basishouding van vorige keer die we geoefend hebben?", "Een beetje je knieën buigen en test even je benen of ze stevig aanvoelen." (Therapeut: klopt als voorbeeld op benen en buik). "Diep in- en uitademen", "Voel je de grond onder je voeten?"

Werkvorm:
De patiënt en de therapeut staan tegenover elkaar. Beiden houden ze beide armen in de lucht in een hoek van 90 graden. Het is de bedoeling dat ze elkaar uit evenwicht brengen doormiddel van elkaars handen aan te raken en te (lichtjes) duwen. Er wordt gekeken of de patiënt stevig staat en of diegene iets anders zou willen om meer een 'rots' houding aan te nemen. De interventie komt uit 'Rots en Water', origineel ontwikkeld voor sociale weerbaarheid, waarbij de 'rots' staat voor stevigheid en het aangeven van grenzen, en 'water' voor communicatie en samen naar oplossingen zoeken. Er wordt samen met de patiënt gekeken welke houding diegene geneigd is om aan te nemen. De patiënt en therapeut proberen elkaar uit balans te brengen. De patiënt wordt gestimuleerd stevig te staan en op momenten juist 'water' toe te passen door de spanning in de handen te verminderen, waardoor de therapeut uit balans raakt. Op dit spel van balans wordt gereflecteerd.

Op welk moment in de therapie wordt deze werkvorm ingezet?
Deze werkvorm bied je aan als er een vertrouwensband is met de patiënt. Je bouwt wel naar deze werkvorm toe. Eerst oefenen met een stevige houding, kennismaken met aanraking en psycho-educatie over de Rots en Water theorie geven (zie afbeelding bij 'materiaal'). Gezien vanuit de affect regulerende vaktherapie wordt de werkvorm ingezet in de spanningsregulatiefase. Binnen de ArVT zijn er drie fases; de spanningsregulatiefase, aandachtregulatiefase en de affectregulatie fase.

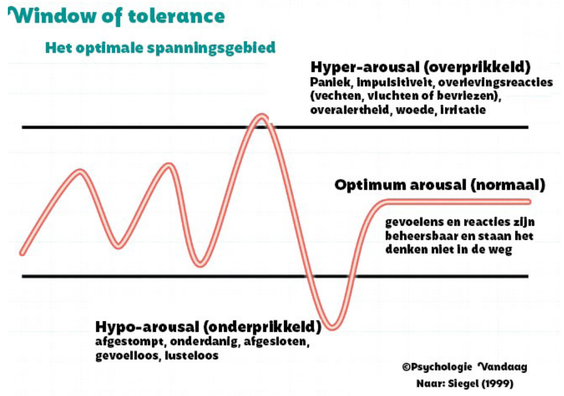
Het is een laagdrempelige, leuke werkvorm om kennis te maken met rots en water en lichaamsbewust te reguleren. Stem wel altijd goed af of het goed voelt om zo dicht bij elkaar te staan. Belangrijk is dat de basisvaardigheid aanwezig is: stevig staan, enig bewustzijn over hoe de spanning in het lichaam werkt en hoe je die herkent. Vraag de patiënt bijvoorbeeld of het oké is om een duwtje te geven en om te checken of diegene een stevige houding aan kan nemen. De werkvorm levert informatie op die gebruikt kan worden in vervolgsessies.

Groep/individueel/tweetal

- [x] Groep
- [x] Subgroepen/twee- of drietallen bijv.
- [ ] Individueel in de groep
- [x] Individueel

Materiaal
Eventueel kan er een mat bij gepakt worden, om op de mat de oefening te doen. In het begin gebruik je soms een kussen of hoepel om de patiënt een duwtje mee te geven als ze aanrakingen nog niet gewend zijn.

- 2 papieren met rots en water en uitleg (zie afbeelding). Met de kwaliteiten en valkuilen van rots en water.
- Window of Tolerance grafiek



Toelichting
Het is belangrijk dat de patiënt nabijheid kan verdragen. Kan de patiënt dit niet, dan wordt de variatie ingezet doormiddel van een voorwerp tussen patiënt en de therapeut.

Variatie:
Deze oefening kan ook in een groep worden gedaan. Patiënten zelf maken tweetallen en de therapeut loopt rond, observeert en complimenteert.

Aanpassen:
Bij iemand met een licht verstandelijke beperking moet je de oefening heel gestructureerd uitleggen.

Evaluatie
De patiënt kan merken dat hij/zij/hen veel "rots" of "water" gebruikt. Maak een koppeling met opkomen voor jezelf. Vergeet dan niet in contact te blijven met je buik. Als je je knieën vastzet, dan ga je automatisch je schouders omhoog, dan zit je adem hoog, heb je geen contact meer met de grond en ben je wat instabieler.

Leg de transfer naar de originele gebeurtenis van waaruit jullie deze oefening zijn gaan doen en maak de patiënt bewust van de onbewuste coping. Bespreek ook welke neiging de patiënt heeft om welk element in te zetten en welke gevolgen dat gehad heeft. Houding tegenover autoriteit kan ook aan bod komen: "Wat gebeurt er als je het gevoel hebt dat iemand jou aanvalt?". Andere vragen kunnen zijn:

- Wat heb je nodig om sterker te staan?
- Wat heb je ervaren?
- Welke rol neem je aan?
- Wat maakt dat je omvalt?
- Wat zou je anders willen?
- Hoe ga je hier in het dagelijks leven mee om?

Therapeutische houding
De houding van de therapeut is volgend, leidend en ondersteunend. Het kan helpen om humor in te zetten, het gaat om plezier hebben, een spelletje spelen, het luchtig houden.

- Aanmoedigen wanneer de patiënt iets probeert. "Kom maar door, ik kan wel iets hebben", "heel goed", "netjes, netjes, netjes"
- Stem af en sluit aan op welke spanning er is. Er moet werkbare spanning zijn. Check of de patiënt nog in het window of tolerance zit (zie werkvorm 'inchecken')
- Complimenten geven helpt bij ontspannen en reguleren.

Aansluiting bij werkingsmechanisme

- [x] Arousal-regulatie (activeren dan wel ontspannen van het lichaam)
- [x] Proces van lichaamswaarneming/-bewustzijn (prikkels vanuit het eigen lichaam waarnemen)
- [ ] Affectregulatie
- [ ] Emotieregulatie
- [ ] Regulatie van cognitieve processen
- [ ] Regulatie voor aandachtprocessen
- [ ] Leren
- [x] Regulatie van sociale processen
- [ ] Anders, namelijk:

Beschermende factoren/risico factoren

Interne items

- ☐ Intelligentie
- ☐ Hechting
- ☐ Empathie/ vijandigheid
- ☑ Coping
- ☑ Zelfcontrole/ impulsiviteit
- ☐ Agressie
- ☐ Zelfwaardering
- ☑ Emotieregulatie

Externe Items

- ☐ Netwerk
- ☐ Intieme relaties
- ☐ Hulpverlening
- ☐ Woonsituatie
- ☐ Middelengebruik

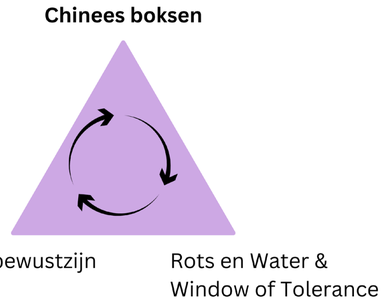
Motivationele items

- ☐ Motivatie voor behandeling
- ☑ Houding tegenover autoriteit
- ☐ Levensdoelen

Aansluiting basisbehoeften

- ☐ Leven (inclusief gezondheid en fysiek welbevinden)
- ☐ Kennis (hoe goed iemand zich geïnformeerd voelt over wat belangrijk voor hem is)
- ☑ Spelen (hobby's en vrijetijdsbesteding)
- ☐ Werken (inclusief zich competent voelen/voelen dat je beter wordt)
- ☑ Zelfbeschikking (autonomie en richting kunnen bepalen)
- ☑ Innerlijke rust/'peace of mind' (vrij zijn van emotionele onrust, pijn en stress)
- ☐ Verbondenheid (intieme, romantische en familiaire relaties)
- ☐ Community (verbondenheid met een bredere sociale groep)
- ☐ Spiritualiteit (betekenis- en zingeving)
- ☐ Plezier (goed voelen in het hier en nu)
- ☐ Creativiteit (vrije en alternatieve zelfexpressie)

Verondersteld mechanisme



Door Chinees Boksen in te zetten binnen danstherapie, vergroot je het bewustzijn op lichaamssignalen waardoor de patiënt beter zal kunnen reguleren. De therapeut onderzoekt hoe de patiënt omgaat met een leidende rol (rots) aannemen, maar ook hoe de patiënt reageert op het aannemen van een volgende rol (water). De werkvorm geeft inzicht op een speelse manier. Het gaat om een stabiele standvastigheid: je niet zomaar uit balans laten brengen en de balans ook weer kunnen terugvinden.

Functie vaktherapeutisch middel

In deze werkvorm kan zowel de therapeut als de patiënt meteen in het lichaam voelen wat de verschillende rollen doen. De druk op de handen die de therapeut voelt geeft aan in hoeverre de patiënt de rol inneemt. Er ontstaat dus een directe ervaren betreffende weerbaarheid en grenzen. Relationeel gezien kan dit in verband worden gebracht met uitdagingen verdragen en aanval/verdediging. Sociale bewegingsoefeningen in de forensische omgeving kunnen helpend zijn in sociale competentie en lichaamsbewustwording, en in het afstand nemen van eigen agressie (Koch, 2015).

Merkzame effecten

- De patiënt ervaart plezier, maar ook bijbehorende frustratie dat hij/zij/hen omvalt of de therapeut niet om geduwd krijgt. Het geeft inzicht in de eigen rol.
- Houding verandert: Door bewust bezig te zijn met je houding zullen er veranderingen plaatsvinden. Je zou kunnen waarnemen dat een patiënt stevig staat, knieën gebogen, schouders hangen, met lijf in contact. Ook vertelt de ademhaling veel, ademhaling stokt, wordt ingehouden, tempo hoge ademhaling in de borst of lage ademhaling in de buik.
- Herkenning en reactie: Je werkt toe naar herkenning. Dat de patiënt merkt dat hij/zij/hen nu meer rots heeft ingezet.

Suggesties voor meetinstrumenten

- Multidimentional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA-2)
- Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES)
- Agressievragenlijst (AGV)

Literatuur

Gadaku Institute. (z.d.). *Het Rots en Water programma: Psychofysieke sociale competentie training.* Geraadpleegd op 15 november 2024, van https://www.rotsenwater.nl/

Koch, S. C., Ostermann, T., Steinhage, A., Kende, P., Haller, K., & Chyle, F. (2015). *Breaking barriers: Evaluating an arts-based emotion regulation training in prison. The Arts in Psychotherapy, 42*, 41-49. https://doi.org/10.1016/j.aip.2014.10.008

Meso-interventie

Dans door de emoties

Doel van de interventie

- Het doel van de werkvorm is dat de patiënt zijn emoties leert herkennen en uiten.
- De patiënt leert om zijn lichaam bewust waar te nemen.

Beschrijving van de activiteit

De patiënt staat in de ruimte. Hij/zij/hen mag zijn ogen sluiten als dat fijn voelt. De therapeut zet verschillende soorten muziek op, die verschillende emoties aanspreken. De patiënt mag vrij bewegen op deze muziek. De therapeut neemt ook deel aan deze interventie: "we gaan dansen op verschillende soorten muziek, kijk wat de muziek bij je oproept en welke bewegingen je wil maken, alles is goed."

De oefening doet beroep op co-regulatie. De therapeut helpt de patiënt om te reguleren door bewegingen te maken die emotie-regulerend werken (zoals het weer kleiner maken van een beweging na een uitspatting).

Op welk moment in de sessie wordt deze actie ingezet?

Voordat de patiënt met deze werkvorm kan gaan starten, zijn er minimaal 5 sessies aan vooraf gegaan. De therapeut weet daardoor goed wat de patiënt aankan en wat hij/zij/hen nodig heeft. De therapeut heeft een beeld kunnen vormen en de patiënt voelt zich al op zijn gemak in de danszaal.

Het is een vereiste dat de patiënt zijn emoties begrijpt voordat de werkvorm ingezet kan worden.

Groep/individueel/tweetal

- [ ] Groep
- [ ] Subgroepen/twee- of drietallen bijv.
- [ ] Individueel in de groep
- [x] Individueel

Materiaal

Tijdens de werkvorm zet de therapeut muziek op. Een muziek versterker is hiervoor gewenst. De therapeut heeft een goed inzicht in bepaalde muziekkeuzes en weet wat hij/zij inzet.

Toelichting

Als de patiënt een hoge beschermingsmuur voor zichzelf heeft opgebouwd, kan het zo zijn dat dit voor ongemak en onveiligheid zorgt in de therapiesessie. De spreekwoordelijke muur kan hierdoor alleen nog maar hoger worden. Het is dus belangrijk dat er al een vertrouwdheid is of dat er open over opkomende schaamte/een beschermmuur kan worden gesproken.

Het is een vereiste dat de therapeut weet welke muziek hij/zij kan inzetten. Welke muziek kan worden ingezet om de patiënt te triggeren en uit te nodigen, maar niet om de sfeer onveilig te maken?

Evaluatie

- Hoe vond je het om te doen?
- Wat vond je fijn en wat niet?
- Wat deed de muziek met je? Welke emotie merkte je op? Waar voelde je dat in je lichaam? Wat deed je nadat je de emotie voelde?
- Geef terug wat je als therapeut zag en check dit bij de patiënt: "Klopt het dat ...?", "Ik geloof dat je je hier wat inhield, zullen we deze emotie nog eens proberen?"

Therapeutische houding

De therapeut neemt deel aan de werkvorm samen met de patiënt. De therapeut is hierbij ondersteunend en stelt vragen zoals wat de patiënt voelt bij bepaalde muziek/beweging.

Aansluiting bij werkingsmechanisme

- ☐ Arousal-regulatie (activeren dan wel ontspannen van het lichaam)
- ☐ Proces van lichaamswaarneming/-bewustzijn (prikkels vanuit het eigen lichaam waarnemen)
- ☐ Affectregulatie
- ☐ Emotieregulatie
- ☐ Regulatie van cognitieve processen
- ☐ Regulatie van aandachtprocessen
- ☐ Leren
- ☐ Regulatie van sociale processen
- ☐ Anders, namelijk:

Beschermende factoren/risico factoren

Interne items

- ☐ Intelligentie
- ☐ Hechting
- ☐ Empathie/ vijandigheid
- ☐ Coping
- ☑ Zelfcontrole/ impulsiviteit
- ☐ Agressie
- ☐ Zelfwaardering
- ☑ Emotieregulatie

Externe Items

- ☐ Netwerk
- ☐ Intieme relaties
- ☐ Hulpverlening
- ☐ Woonsituatie
- ☐ Middelengebruik

Motivationele items

- ☐ Motivatie voor behandeling
- ☐ Houding tegenover autoriteit
- ☐ Levensdoelen

Aansluiting basisbehoeften

- ☐ Leven (inclusief gezondheid en fysiek welbevinden)
- ☐ Kennis (hoe goed iemand zich geïnformeerd voelt over wat belangrijk voor hem is)
- ☐ Spelen (hobby's en vrijetijdsbesteding)
- ☐ Werken (inclusief zich competent voelen/voelen dat je beter wordt)
- ☐ Zelfbeschikking (autonomie en richting kunnen bepalen)
- ☑ Innerlijke rust/'peace of mind' (vrij zijn van emotionele onrust, pijn en stress)
- ☐ Verbondenheid (intieme, romantische en familiaire relaties)
- ☐ Community (verbondenheid met een bredere sociale groep)
- ☐ Spiritualiteit (betekenis- en zingeving)
- ☑ Plezier (goed voelen in het hier en nu)
- ☑ Creativiteit (vrije en alternatieve zelfexpressie)

Verondersteld mechanisme

De patiënt is voortdurend bezig met het lichaam en de lichaamswaarneming. Wat voel ik? Wat gebeurt er vanbinnen? De patiënt legt hierbij actief de link tussen het lichaam en de geest. De kracht van beweging is continue deze verbinding zoeken door te reflecteren op lichaamssensaties en ervaringen. Dat houdt men in het hier-en-nu. Er is ook sprake van expressiviteit in dans: hierbij leer je je eigen identiteit/ eigenheid goed kennen. Dans kan ondersteunend zijn in het reguleren van emoties (Zhang & Wei, 2024). De muziek is ondersteunend bij het proces om het lichaam te ontdekken met de bijbehorende emoties die vrijkomen. Het lichaam spreekt.

Functie vaktherapeutisch middel

De dans en reflectie hierop zorgen voor een verbinding tussen emoties, lichaam en geest en de bevordering van interoceptie (Hindi, 2012).

Merkzame effecten

- De patiënt is zich ervan bewust welke muziek er wat bij hem los kan maken: welke prikkels en bewegingsresponsen er teweeg worden gebracht bij verschillende emotionele muziekstukken.
- De patiënt is zich meer bewust wat er van binnen gebeurt: waar emoties in het lichaam voelbaar zijn.
- De patiënt heeft meer zelfkennis ontwikkeld.
- De werkvorm werkt vaak inzichtgevend.

Suggesties voor meetinstrumenten

- Difficulties in Emotion Regulations Scale (DERS)
- Multidimentional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA-2)

Literatuur

Hindi, F. S. (2012). How attention to interoception can inform dance/movement therapy. *American Journal of Dance Therapy, 34*(2), 129-140. https://doi.org/10.1007/s10465-012-9136-8

Zhang, X., & Wei, Y. (2024). The role of dance/movement therapy in enhancing emotional regulation: A literature review. *Helion, 10*(15), e35733. https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e35733

Meso-interventie

Spiegel de modi

Doel van de werkvorm
- De Gezonde Volwassene versterken.
- Het belichamen van de emotie/spanning van het kwetsbare kind.

Omschrijving

Voor deze werkvorm is vanuit de therapeut basiskennis nodig van schematherapie. De patiënt hoeft niet per se schematherapie te volgen of gevolgd hebben.

Na een eventuele opwarming vraagt de therapeut aan de patiënt (indien patiënt uit zichzelf niks inbrengt): “kan je een moment oproepen waarbij er in contact met begeleiding, behandelaren of medepatiënten iets werd getriggerd of geraakt bij jou, of waarbij je stress ervaarde?” Dit is vaak het (kwetsbare) kind(deel): Een situatie waarin de patiënt zich bijvoorbeeld eenzaam voelde, minderwaardig, zich niet gehoord en/of gezien voelde. De therapeut legt hierbij vervolgens uit hoe (kwetsbare) kind-delen in het hier-en-nu geraakt kunnen worden. De therapeut legt hierbij uit dat dit komt door de mate waarin er in bepaalde basisbehoeften vroeger is voldaan.

De therapeut neemt de patiënt mee. “Wat voel je dan? In je houding, in je lijf? En denk eens terug aan dat moment. Waar voel je dan een emotie of spanning in je lichaam? Zoek daar eens een houding bij of een beweging.” Vaak kiezen patiënten voor een houding, dat wat veiliger kan aanvoelen dan een beweging. De therapeut vraagt door aan de patiënt: “Zou je mij je situatie willen vertellen die je in gedachte had? Waar was je en met wie? En nu je daar over vertelt he, wat merk je nu? Wat roept dat nu in je lijf op? Hoe zou je er nu een houding aan kunnen geven? Hoe sta je erbij of hoe beweeg jij?”

De therapeut spiegelt de patiënt in zijn beweging/lichaamshouding en benoemt wat wordt gezien bij de patiënt. De therapeut vraagt: “En nu je daar in deze houding zit, hoe oud voel je je nu? Wat roept dat nu op?” Zet de patiënt aan tot het écht voelen van de emotie die het oproept. Dus haal de patiënt uit het verbale en laat hem in de houding echt ervaren wat hij/zij/hen in zijn lichaam opmerkt en waar. “Oké. Dan zou ik je willen vragen om weer even los te laten.” Schudt vervolgens samen even het kwetsbare kind van je af, eventueel met stemgeluid.

“Nu ga ik jouw houding/beweging spiegelen. Dan mag jij daar van een afstandje even naar kijken. Dan ga ik de beweging overnemen.” “En kijk eens, nu je hiernaar kijkt, wat het bij jou oproept. Of er een bepaalde beweging is of een gebaar, of een neiging

die je voelt? Een impuls in je lijf, bij het zien van deze houding/beweging. Bij het zien van het kwetsbare kind, het kwetsbare jochie. Misschien roept het iets op, een gebaar of impuls?" Dat mag klein zijn. De therapeut kijkt goed naar de fysieke houding van de patiënt en benoem eventueel wat je ziet om de patiënt te helpen tot een beweging te komen. Als de patiënt een boodschap geeft, zowel fysiek als verbaal, mag je deze als therapeut bevestigen/erkennen.

"Nu ga ik hem weer even loslaten en dan wil ik jou vragen om terug te gaan in de kwetsbare kind modus/houding. Probeer je weer even in te leven in het kwetsbare jochie van toen." De therapeut maakt dezelfde beweging of houding of gebaar als de patiënt deed naar zijn eigen kwetsbare modus. De patiënt voelt hoe het is om dit te ontvangen. "Dan wil ik je vragen om te komen staan. Even na te voelen. Even stilte. Hoe was dat om te doen? Wat voel je, je nu in je lijf en waar voel je dat?" "Wat heb je dan nu nodig?". Voelde je verschil op het moment dat ik op een afstand van je stond of het moment dat je die neiging die jij zelf voelde als gezonde volwassene ontving? Dat er iemand naar je toe kwam. En hoe was dat om dat bij jezelf te doen?

Toelichting in stappen:

- Opwarmen
- Bodyscan – Rondlopen, gronden, lichaam opwarmen, draaien, rekken enz. Oriëntatie in de ruimte; waar ben ik hier en nu - Bodyscan of Bodycheck (zie micro-interventie Dynamische Bodyscan)
- Kiezen van kind-modus en vormgeven van de houding.
- Samen een passende schemamodus destilleren en intunen m.b.v. wanneer, wat, waar, met wie, welke emotie, gedachten en lichaamssignalen herken je? Houding zo nodig uitvergroten.
- Therapeut spiegelt de houding
- Je gaat naast de patiënt staan en neemt zijn houding over. Patiënt laat zijn houding los -even rondlopen, losschudden helpt daarbij- en gaat weer tegenover de therapeut staan.
- Appèl op Gezonde Volwassene
- Patiënt voelt wat het met hem doet, zijn kind-modus zo uitgebeeld te zien door de therapeut. Vanuit de impulsen in zijn lichaam maakt hij/zij/hen een beweging naar dit deel. Neem de tijd om patiënt dit te laten voelen/ervaren hoe dat voor hem is.
- Patiënt ontvangt 'zijn eigen' gezonde volwasssene interventie
- Patiënt gaat terug in zijn kind-modus. De therapeut laat de kind-modus los en herhaalt nu de interventie van de gezonde volwassene.
- Integreren van de verschillende modi
- Hoe heeft patiënt het geven en ontvangen van de gezonde volwassen interventie ervaren? Waar in zijn lichaam voelt hij/zij/hen dit? Geef ruimte om rond te lopen/ te bewegen met deze gevoelens.

Op welk moment in de therapie wordt deze werkvorm ingezet?

De patiënt moet in het hier-en-nu ontvankelijk zijn voor zijn/haar kwetsbare kind.

Het kan op verschillende momenten in de therapie, maar wel meer in de inzichtgevende fase.

Je hoeft niet per se met schematherapie bezig te zijn, wanneer je deze werkvorm wil inzetten. Als vaktherapeut kun je natuurlijk schemagerichte interventies inzetten zonder dat je echt hoeft te benoemen dat je schematherapeutisch bezig bent. Je kunt dan het kwetsbare kind en de gezonde volwassene andere benamingen geven.
Het kan op verschillende momenten en ontstaat meestal wanneer iemand vertelt over wat er is gebeurd of over het verleden. Op deze manier vind je een ingang om niet te veel te gaan verbaliseren, maar juist in het doen te gaan.

Groep/individueel/tweetal

- ☐ Groep
- ☐ Subgroepen/twee- of drietallen bijv.
- ☐ Individueel in de groep
- ☐ Individueel

Materiaal

Iets van een dekentje, kussentjes of knuffeltjes zou je in de ruimte kunnen leggen. Het is niet noodzakelijk om dit te hebben. Dit heeft tot functie dat je dan materiaal hebt om bijvoorbeeld aanraking te symboliseren, wanneer dit van therapeut tot patiënt niet gepast/veilig is.

Toelichting

Het ontvankelijk zijn voor de gevoelens van het kwetsbare kind, roept spanningen op. Probeer het klein te houden, vanuit een micro-impulsbeweging. Vanuit die kleine beweging kun je de beweging steeds wat groter maken.

Het ligt aan de patiënt wat je met aanraking wilt doen, sommigen zullen de neiging krijgen om het 'kleine kind' te omarmen. Er wordt aanbevolen dit niet te snel te doen, maar als je dit inzet, om het dan aan te geven: 'Oh ik wil dit bij je doen', dan vraag je diegene bijvoorbeeld of het oké is om een fleecedeken om diegene heen te leggen.

Als de patiënt geen ervaring heeft met schematherapie en je dus ook niet schema-therapeutisch werkt binnen het therapieproces, dan kun je praten over een kwetsbaar of eenzaam kind of het kleine jochie van toen. Je zou de benamingen ook weg kunnen laten. Dan richt je, je echt alleen op de houding, de beweging.

Bijvoorbeeld: "Je voelde je toen niet gezien", "Je werd heel klein" en "Je draait jezelf weg". Je richt je dan puur op de ervaring die het opriep.

Deze doelgroep vindt het altijd heel spannend om te bewegen. Dus de neiging is altijd om veel te gaan praten en de therapeut daarin mee proberen te krijgen. Als de therapeut dan vraagt: "Welke behoeftes heb je dan nu bij het zien van het kwetsbare kind?" Dan krijg je bijvoorbeeld de reactie: "Ja weet ik veel, behoeften." Dan ga je vragen naar bewegingsimpulsen of je vraagt naar wat je lijf wilt doen, wat de neigingen zijn. Meestal gebeurt er dan iets, en deze bewegingsimpuls is eigenlijk al de behoefte. Dit probeer je dan samen uit te vergroten, wat leidt tot een beweging/gebaar.

Deze werkvorm is geschikt voor meer verbale/talige patiënten, dit is handig, om de ervaring te kunnen verwoorden. Hierdoor wordt de werkvorm minder toegepast bij lvb-patiënten.

Variatie:

Je zou deze oefening eventueel ook in een groep kunnen doen met patiënten onderling.

Evaluatie

- Hoe was dit voor jou om te doen?
- Hoe voel je je nu in je lijf?/Wat voel je je nu in je lijf en waar voel je dat?
- Wat heb je dan nu nodig?
- Voelde je verschil op het moment dat ik op een afstand van je stond of het moment dat je die neiging die jij zelf voelde als gezonde volwassene ontving. Dat er iemand naar je toe kwam. En hoe was dat om dat bij jezelf te doen?

Het is belangrijk om elke keer in te tunen: waar in je lijf voel je dat? Wat voel je in je lijf? En ook het resultaat te voelen en het effect van wat er dan in je lijf veranderde.

Wat tevens belangrijk is in de evaluatie is: Hoe heeft patiënt het geven en ontvangen van de gezonde volwassen interventie ervaren? Waar in zijn lichaam voelt hij/zij/hen dit? Geef ruimte om rond te lopen/te bewegen met deze gevoelens.

Therapeutische houding

Het is vooral heel belangrijk in deze werkvorm om te blijven spiegelen en daarin als therapeut ondersteunend te zijn.

Verder is een empathische houding belangrijk. Indien er een minder helpende schemamodus, bijv. 'straffende ouder' geactiveerd wordt, herhaal je stap 3. Meestal helpt dat voldoende om de gezond volwassen modus te activeren.

Aansluiting bij werkingsmechanisme

- [x] Arousal-regulatie (activeren dan wel ontspannen van het lichaam)
- [x] Proces van lichaamswaarneming/-bewustzijn (prikkels vanuit het eigen lichaam waarnemen)
- [ ] roces van expressie/creativiteit/flexibiliteit
- [ ] Affectregulatie
- [x] Emotieregulatie
- [ ] Regulatie van cognitieve processen
- [ ] Regulatie van aandachtprocessen
- [ ] Leren
- [ ] Regulatie van sociale processen
- [ ] Anders, namelijk:

Beschermende factoren/risico factoren

Interne items

- ☐ Intelligentie
- ☑ Hechting
- ☐ Empathie/ vijandigheid
- ☑ Coping
- ☐ Zelfcontrole/ impulsiviteit
- ☐ Agressie
- ☐ Zelfwaardering
- ☑ Emotieregulatie

Externe Items

- ☐ Netwerk
- ☐ Intieme relaties
- ☐ Hulpverlening
- ☐ Woonsituatie
- ☐ Middelengebruik

Motivationele items

- ☐ Motivatie voor behandeling
- ☐ Houding tegenover autoriteit
- ☐ Levensdoelen

Aansluiting basisbehoeften

- ☐ Leven (inclusief gezondheid en fysiek welbevinden)
- ☑ Kennis (hoe goed iemand zich geïnformeerd voelt over wat belangrijk voor hem is)
- ☐ Spelen (hobby's en vrijetijdsbesteding)
- ☑ Werken (inclusief zich competent voelen/voelen dat je beter wordt)
- ☐ Zelfbeschikking (autonomie en richting kunnen bepalen)
- ☑ Innerlijke rust/'peace of mind' (vrij zijn van emotionele onrust, pijn en stress)
- ☐ Verbondenheid (intieme, romantische en familiaire relaties)
- ☐ Community (verbondenheid met een bredere sociale groep)
- ☐ Spiritualiteit (betekenis- en zingeving)
- ☐ Plezier (goed voelen in het hier en nu)
- ☐ Creativiteit (vrije en alternatieve zelfexpressie)

Verondersteld mechanisme

Deze werkvorm sluit aan op arousal regulatie, omdat de gezonde volwassene een appèl doet op de ontspanning van je lichaam. Waar het kwetsbare kind veel spanning heeft in zijn lichaam, kan de gezonde volwassene juist ontspanning brengen bij het kwetsbare kind.

Een patiënt wordt constant gevraagd naar spanningen/gevoelens in het lijf, waar zich dit voordoet in het lijf en er worden observaties over zijn fysiek teruggeven. Dit stimuleert het proces van lichaamswaarneming/-bewustzijn.

De basisbehoefte kennis past bij de gezonde volwassene die het kwetsbare kind een beweging/gebaar geeft dat het kwetsbare kind nodig heeft. De integratie van de gezonde volwassene in je lijf leidt tot bewustzijn en zelfregulatie (Young et al., 2003).

De gezonde volwassene die behoeftes kan herkennen en erkennen. Door de gezonde volwassene te versterken kan de patiënt deze hopelijk ook in het dagelijks leven oproepen/voelen. De werkvorm helpt de patiënt lichaamssignalen van het kwetsbare kind in het dagelijkse leven te signaleren. De patiënt kan dan hopelijk terugdenken aan wat hij/zij/hen als gezonde volwassene in de therapie had toegepast en kan dit vertalen naar het dagelijkse leven om zichzelf te troosten. Het gaat dus om de bewustwording en zelfregulatie en dit proberen toe te passen in het dagelijkse leven wanneer het kwetsbare kind getriggerd wordt.

De werkvorm werkt van bottom-up. Je doet het vanuit je lijf. Door de belichaming van het gevoel in een houding, ontstaat er bewustwording. Door in de gezonde volwassene te gaan staan ga je dat reguleren of de stress/emotie bij je kwetsbare kind eigenlijk geruststellen. De gezonde volwassene staat rechtop, is in contact met de ruimte, staat stevig etc. het kwetsbare kind maakt zich klein, weinig contact, trekt zich terug etc. Het verschil is duidelijk te zien voor een buitenstaander, en geeft ook een ander gevoel voor degene die de beweging/houding uitvoert.

De theorie die achter deze werkvorm ligt is een samenspel van de theorie over schematherapie van Young (Young et al., 2003), de werking van danstherapie en spiegelen/spiegelneuronen, welke lichaamswaarneming kan vergroten (Koch et al., 2014) en traumareacties: flight, fight of freeze: Wat heeft iemand nodig in een stressvolle situatie en wat is de invloed van trauma op emoties en verslaving? (Maté, 2022)

Functie vaktherapeutisch middel

Vaktherapie kan helpend zijn in het verminderen van maladaptieve schemamodi en het vergroten van adaptieve modi (Neubert, 2022). De functie van lichaamsgericht werken is dat je terug naar het lijf moet en dat je met terugwerkende kracht gaat zoeken: wat heeft het lijf/lichaam dan nodig nu? En wat kan ik bieden aan dat kwetsbare kind in die specifieke situatie? De kwetsbare kanten kunnen in het hier en nu getriggerd worden en in het dagelijks leven van patiënten. Door van een afstand naar jouw beweging of houding te kijken wordt er bij jou iets opgeroepen. Je kan die impuls/neiging dan belichamen en integreren in je lijf. Zo probeer je het gezonde stuk te activeren. Hoe kun je hier vanuit de gezonde kant en oordeelvrij mee zijn? Dus vanuit je kracht en vitaliteit kijken naar wat dat kwetsbare stuk van vroeger nodig heeft: steun, gezien worden, 'het mag er zijn'?

Merkzame effecten

Wat ik vaak terug hoor van patiënten is: “oh ja ik voel me rustiger”, “ik ben opgeluchter”, “ik voel me wat meer geborgen”, “ik voel me wat meer gezien als dat kwetsbare kind”. Dit laat zien dat de patiënten meer gereguleerd zijn en dit brengt ontspanning.

Je ziet de gezonde volwassene in een hele kleine beweging al. Er is altijd wel iets van een reactie vanuit de gezonde volwassene, als iemand in een werkbare spanning (binnen de Window of Tolerance) zit. Een kleine beweging kun je zien als stap één, daarna gaat het langzaamaan beter en sneller om de rol van gezonde volwassene aan te nemen. Een voorbeeld kan zijn dat iemand zijn hand wil reiken naar het kleine kind, nabijheid op wil zoeken, wil troosten. Maar soms kan het ook verbaal zijn, een boodschap, of een vraag naar het kind ''mag ik naast je komen zitten, of wil je een knuffeltje?''.

Suggesties voor meetinstrumenten

- Schema Mode Inventory (SMI)
- Hartritmevariabiliteit (HRV)
- Self-Compassion Scale – Short Form (SCS-SF)

Literatuur

Koch, S. C., Mehl, L., Sobanski, E., Sieber, M., & Fuchs, T. (2015). Fixing the mirrors: A feasibility study of the effects of dance movement therapy on young adults with autism spectrum disorder. *Autism, 19*(3), 338-350. https://doi.org/10.1177/136236131452235

Maté, G. (2022). Treating addiction, trauma and emotional loss together: A clinical and historical perspective. *International Body Psychotherapy Journal, 21*(1), 10-12. Geraadpleegd op 1 november 2024, van https://www.ibpj.org/issues/IBPJ-Volume-21-Number-1-2022.pdf

Neubert, L. (2022) *The relationship of emotion regulation, schema modes, and three creative arts therapy methods in schema-focused treatment for personality disorders : a single case experimental design.* [Master thesis]. University of Twente.

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press.

Dramatherapie

Micro-interventies

In- en uitklappen 78
Schreeuwen 82
Spiegelen 86
De rolwissel 89
Boven iemand uit torenen 94
Emoties op- en afbouwen 97

Meso-interventies

De winkel van Sinkel 101
De bushalte 106
Copingvaardigheden 110
Elevator pitch 114

Micro-interventie

In- en uitklappen

Doel van de werkvorm

- Inklappen: Scheiding tussen spel en werkelijkheid: veiligheid, structuur en duidelijkheid aanbieden.
- Uitklappen: Een duidelijke markering van het einde van de scene.

Beschrijving van de activiteit

Inklappen: De therapeut klapt in zijn handen om het begin van de scène aan te geven. Dat is het teken “nu wordt er gespeeld”.

Uitklappen: Het klappen in de handen wanneer een scène afgelopen is of mag stoppen.

Op welk moment in de sessie wordt deze actie ingezet?

Na de voorbespreking. Op het moment dat de scène gaat starten.

Groep/individueel/tweetal

- Groep
- Subgroepen/twee- of drietallen bijv.
- Individueel in de groep
- Individueel

Materiaal

Lichaam: een hand òf een been.

Toelichting

Variatie:

- Denkbeeldig aanbellen in plaats van inklappen. Het aanbellen is dan het teken dat de scène start. Therapeut kan mogelijk ook op zijn benen klappen. Daarnaast kan een patiënt ook gevraagd worden om de scène in te klappen. Uitklappen wordt ook ingezet als inklappen is vervangen door aanbellen. Dan nog wordt de scène uitgeklapt.
- Bij een inspringspel fungeert terug op de stoel zitten hetzelfde als uitklappen. Het is allebei een markering dat er niet meer gespeeld wordt. Bij uitklappen wordt de hele scène gestopt. Bij op de eigen plek gaan zitten, stopt alleen het spel van die persoon.

Geen contra-indicatie aanwezig. De therapeut bespreekt het inklappen of het aanbellen de eerste keer met de patiënt en legt uit waarom het wordt gedaan. Daarna is het onderdeel van het proces en wordt het niet meer benoemd. Wanneer een scène van nature klaar is, wordt er uitgeklapt. Daarnaast kan het uitklappen worden ingezet wanneer het erop lijkt dat een patiënt het verschil tussen spel en werkelijkheid niet meer goed kan onderscheiden in een scène.

Evaluatie

Over het algemeen zijn er geen vragen over in- en uitklappen. Uitzonderingen: wanneer een patiënt bijvoorbeeld altijd te vroeg begint en niet kan wachten tot het signaal. Dan is het goed het vaker te benoemen en dit te herhalen. In dit geval legt de therapeut dan de beweegreden van het ‘inklappen’ extra uit, zodat de patiënt zich hier bewust van wordt. Als patiënt(en) nog blijft/blijven doorspelen, kan worden gevraagd of het ‘uitklappen’ gehoord/gezien was.

Therapeutische houding

Directieve houding. Structuur biedend.

Aansluiting bij werkingsmechanisme

- [x] Arousal-regulatie (activeren dan wel ontspannen van het lichaam)
- [x] Proces van lichaamswaarneming/-bewustzijn (prikkels vanuit het eigen lichaam waarnemen)
- [ ] Affectregulatie
- [ ] Emotieregulatie
- [ ] Regulatie van cognitieve processen
- [ ] Regulatie van aandachtsprocessen
- [ ] Leren
- [x] Regulatie van sociale processen
- [ ] Anders, namelijk:

Beschermende factoren/risico factoren

Interne items

- ☐ Intelligentie
- ☐ Hechting
- ☑ Empathie/ vijandigheid
- ☐ Coping
- ☑ Zelfcontrole/ impulsiviteit
- ☐ Agressie
- ☐ Zelfwaardering
- ☑ Emotieregulatie

Externe Items

- ☐ Netwerk
- ☐ Intieme relaties
- ☐ Hulpverlening
- ☐ Woonsituatie
- ☐ Middelengebruik

Motivationele items

- ☑ Motivatie voor behandeling
- ☑ Houding tegenover autoriteit
- ☐ Levensdoelen

Verondersteld mechanisme

Inklappen:

Het inklappen biedt veiligheid en structuur. Het is een afspraak “nu kun jij jouw creatieve impulsen volgen.” Daarnaast is het een markering wanneer iemand zichzelf is, of een rol speelt. Hierdoor wordt duidelijk onderscheid gemaakt tussen spel en werkelijkheid waardoor het de patiënt veiligheid biedt om te spelen.

Uitklappen:

Arousal regulatie: In scènes wanneer een emotie te hoog oploopt, stopt het uitklappen de situatie die de emotie op laat lopen.

Lichaamsbewustzijn: Door soms de scène te stoppen kunnen dingen zichtbaar gemaakt worden wanneer een patiënt duidelijk in zijn lichaamstaal of signalen laat zien waar hij/zij/hen zich misschien zelf niet van bewust is. Uitklappen wordt dan ingezet om een moment van reflectie aan te wakkeren.

Regulatie sociale cognitie: Door uit te klappen is er een duidelijke markering dat de patiënt(en) terug naar de werkelijkheid gaat/gaan; dat ze niet meer hun rol zijn, maar weer zichzelf.

Functie vaktherapeutisch middel

Duidelijk onderscheid geven tussen spel en werkelijkheid. Doordat er tijdens dramatherapie veel wordt gewerkt met spelen en het verschil tussen spel en werkelijkheid, biedt het in- en uitklappen voor de patiënt een duidelijke markering tussen deze twee. Het geeft aan wanneer iemand zichzelf speelt, of juist iemand anders is. Door dit aspect wordt aandacht besteed aan sociale processen (Testoni et al., 2020; Stallone, 1993). Hierdoor kan er ook afstand genomen worden van acties of gebeurtenissen binnen het spel, en deze afstand is belangrijk voor het

proces. Hiermee wordt veiligheid geboden aan de patiënten om in het spel hun leermomenten te exploreren. Verder biedt het uitklapppen ruimte om afstand te nemen van de scène en de ervaring, en vanuit zichzelf eventueel nog te kijken naar de scène en hierop te reflecteren. Door dit toe te passen wordt stilgestaan bij impulsregulatie (Koch et al., 2015).

Merkzame effecten

Inklappen:

- Patiënten starten het spel na het toepassen van deze micro interventie. Er is dan een zichtbare transformatie te zien naar de rol die de patiënten spelen in het spel.
- Daarnaast is te merken dat het inklappen ervoor zorgt dat patiënten tegelijkertijd een scène ervaren, in plaats van langzaam de transformatie door te gaan. Hierdoor is het voor iedere patiënt duidelijk vanaf wanneer, wie wat speelt.
- Patiënten spreken elkaar aan op het inklappen. Daarnaast vinden patiënten het fijn om de controle te hebben vanzelf mogen inklappen.

Uitklappen:

Patiënten 'rollen uit': de patiënt stapt uit zijn rol en spanning neemt zichtbaar af vanaf het moment dat er wordt uitgeklapt. Patiënten en therapeut maken opnieuw contact met elkaar na het uitklappen. In de scène wordt er contact gemaakt als de rollen die men speelt. Na het uitklappen wordt er opnieuw contact gemaakt, maar dan als zichzelf en kijkend naar wat er net is gebeurd in de scène.

Suggestie(s) voor meetinstument(en)

- Multidimentional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA-2)
- Hartritmevariabiliteit (HRV) of ademhaling (EMPATICA)

Literatuur

Koch, S.C., Ostermann, T., Steinhage, A., Kende, P., Haller, K., & Chyle, F. (2015). Breaking barriers: Evaluating an arts-based emotion regulation training in prison. *The Arts in Psychotherapy, 42*, 41–49. http://dx.doi.org/10.1016/j.aip.2014.10.008

Stallone, T. M. (1993). The effects of psychodrama on inmates within a structured residential behavior modification program. *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama & Sociometry, 46*(1), 24–31.

Testoni, I., Bonelli, B., Biancalani, G., Zuliani, L., & Nava, F.A. (2020). Psychodrama in attenuated custody prison-based treatment of substance dependence: The promotion of changes in wellbeing, spontaneity, perceived self-efficacy, and alexithymia. *The Arts in Psdychotherapy, 68*, Artikel 101650. https://doi.org/10.1016/j.aip.2020.101650

Micro-interventie

Schreeuwen

Doel van de interventie

- Binnen spel boosheid uiten en spelruimte vergroten. Het observeren van de reactie van de patiënt omtrent lichaamssignalen en arousal. De patiënt(en) uitnodigen ook boosheid te uiten. De scène tevens meer geloofbaar/herkenbaar maken voor forensische patiënten waardoor authentieke reacties worden zichtbaar. Terughalen van gevoelens van momenten uit het verleden.

Beschrijving van de activiteit

De therapeut schreeuwt tijdens een scène.

Op welk moment in de sessie wordt deze actie ingezet?

Tijdens een scène waar gewerkt wordt met booshseid, agressie of intens verdriet, nadat er is ingeklapt.

Groep/Individueel/Tweetal

- Groep
- Subgroepen/twee- of drietallen bijv.
- Individueel in de groep
- Individueel

Materiaal

Lichaam (specifiek stembanden)

Toelichting

Belangrijk voor de therapeut om goed op de patiënt te letten tijdens en na het schreeuwen. Het is mogelijk om van tevoren afspraken te maken met de patiënt over het stellen van een grens of het inzetten van een time-out.

Contra-indicatie:

Als patiënt een traumatisch verleden heeft of erg snel in arousal schiet/snel schrikt. Terugschreeuwen is geen contra-indicatie, maar moet goed worden ingeschat op het moment zelf. Wanneer patiënt het verschil tussen spel en werkelijkheid niet kan

pakken of emoties niet kan laten zakken na het toepassen van deze interventie, is het belangrijk om hierover in gesprek te gaan of erop terug te komen.

Evaluatie

- Hoe vond je het om het geschreeuw te horen?
- Hoe was het?
- Wat merkte je bij jezelf in lichaamssignalen/emoties?
- Wat roept dit bij jou/de patiënt op qua lichaam/gedachten/gevoel?
- Ben je bewust wat die reactie is/was in het spel?
- Wat had de reactie mogelijk een tijdje geleden geweest kunnen zijn (jaar bijvoorbeeld)?
- Hoe had je dan gereageerd als het geen spel was?
- Hoe had je gereageerd als het geen spel was?
- Zijn we nu klaar?

Therapeutische houding

Alert, uitdagend en steunend. Schreeuwen is het uitdagen en de grenzen opzoeken. Het stukje steunende is dat er wordt geprobeerd rekening te houden met de grenzen die de vaktherapeut waarneemt.

Aansluiting bij werkingsmechanisme

- [x] Arousal-regulatie (activeren dan wel ontspannen van het lichaam)
- [x] Proces van lichaamswaarneming/-bewustzijn (prikkels vanuit het eigen lichaam waarnemen)
- [ ] Affectregulatie
- [x] Emotieregulatie
- [ ] Regulatie van cognitieve processen
- [ ] Regulatie van aandachtsprocessen
- [ ] Leren
- [ ] Regulatie van sociale processen
- [ ] Anders, namelijk:

Beschermende factoren/risico factoren

Interne items

- ☐ Intelligentie
- ☐ Hechting
- ☑ Empathie/ vijandigheid
- ☑ Coping
- ☑ Zelfcontrole/ impulsiviteit
- ☑ Agressie
- ☑ Zelfwaardering
- ☐ Emotieregulatie

Externe Items

- ☐ Netwerk
- ☑ Intieme relaties
- ☐ Hulpverlening
- ☐ Woonsituatie
- ☐ Middelengebruik

Motivationele items

- ☐ Motivatie voor behandeling
- ☐ Houding tegenover autoriteit
- ☐ Levensdoelen

Verondersteld mechanisme

Door te schreeuwen wek je arousal op, hierdoor kan de patiënt weer oefenen met het reguleren. Er worden lichaamssignalen zichtbaar die je terug kunt geven aan de patiënt. Het roept een zichtbare lichamelijk reactie op die je als therapeut kunt observeren. Door te schreeuwen neemt iemand een emotie waar, diegene kan daarbij zelf ook een emotie voelen. Daarna komt de vraag: Hoe kan de patiënt dit zelf reguleren? Of hoe vindt hij/zij/hen dat de ander het kan reguleren?

Functie vaktherapeutisch middel

Het 'schreeuwen' wordt ingezet om de patiënt direct in aanraking te laten komen met een vorm van agressie. Het 'schreeuwen' zorgt (vaak) voor een fysieke reactie bij de ander. Lichaamssignalen worden dus zichtbaar. Ook kan het intern veel emotie opwekken wat mogelijk ook weer zichtbaar is. Deze interventie zet iemand in de ervaring waardoor hij/zij/hen hierna hierop kan reflecteren. Op deze manier wordt aandacht besteed aan proces van lichaamsbewustzijn, impulsregulatie (Koch et al., 2015) en emotieregulatie (Keulen – de Vos, et al, 2015; Stellone, 1993; Testoni et al, 2020).

Merkzame effecten

Patiënten delen vaak iets over wat ze voelen, ongeacht of ze dit vaak best lastig vinden. Na het toepassen van de interventie voelt de patiënt duidelijk iets en weet te vertellen wat hij/zij/hen gevoeld heeft. De speelruimte wordt vergroot: de patiënt zegt dat hij/zij/hen minder angst voelt om iets te spelen, omdat hij/zij/hen dat al heeft gezien van de therapeut. Het werkt hierdoor drempelverlagend en dat merk je aan patiënten. Het schept ook een band met de patiënt. Patiënten vergeten de interactie niet, onthouden dat en komen daar vaker op terug. Sommige patiënten

ervaren het als een positieve ervaring, doordat ze zelf rustig zijn gebleven of juist opluchting voelen, doordat ze zelf even boosheid kunnen uiten in het spel.

Suggestie(s) voor meetinstument(en)

- Multidimentional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA-2)
- Hartritmevariabiliteit (HRV) of ademhaling (EMPATICA)
- Difficulties in Emotion Regulations Scale (DERS)

Literatuur

Keulen-de Vos, M., Van den Broek, E.P.A., Bernstein, D.P., Vallentin, R., & Arntz, A. (2017). Evoking emotional states in personality disordered offenders: An experimental pilot study of experiential drama therapy techniques. *The Arts in Psychotherapy 53*, 80-88. https://doi.org/10.1016/j.aip.2017.01.003

Koch, S.C., Ostermann, T., Steinhage, A., Kende, P., Haller, K., & Chyle, F. (2015). Breaking barriers: Evaluating an arts-based emotion regulation training in prison. *The Arts in Psychotherapy, 42*, 41–49. http://dx.doi.org/10.1016/j.aip.2014.10.008

Stallone, T. M. (1993). The effects of psychodrama on inmates within a structured residential behavior modification program. *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama & Sociometry, 46*(1), 24–31.

Testoni, I., Bonelli, B., Biancalani, G., Zuliani, L., & Nava, F.A. (2020). Psychodrama in attenuated custody prison-based treatment of substance dependence: The promotion of changes in wellbeing, spontaneity, perceived self-efficacy, and alexithymia. *The Arts in Psdychotherapy, 68*, Artikel 101650. https://doi.org/10.1016/j.aip.2020.101650

Micro-interventie

Spiegelen

Doel van de interventie
- Inzicht krijgen in eigen gedrag en handelen

Beschrijving van de activiteit
Wanneer iets opgemerkt wordt in het gedrag en/of houding van de patiënt dan wordt dit door de therapeut aangegeven. Allereerst wordt navraag gedaan bij de patiënt door vragen te stellen als “klopt dit?” of “herken je dit?” Vervolgens spiegelt de therapeut door het opgemerkte gedrag/houding van de patiënt na te doen. Soms wordt de beweging of het gedraag vergroot. Na het uitspelen vraag je opnieuw wat de patiënt hierin herkent of wat hij/zij/hen eruit haalt.

Op welk moment in de sessie wordt deze actie ingezet?
Dit kan gedurende de hele sessies of de hele behandellijn. De eerste sessies is het niet aan te raden, omdat je eerst vertrouwen moet opwekken en de werkvorm dan te confronterend kan zijn.

Groep/individueel/tweetal
- [x] Groep
- [x] Subgroepen/twee- of drietallen bijv.
- [ ] Individueel in de groep
- [x] Individueel

Materiaal
n.v.t.

Toelichting
Er dient goed rekening gehouden te worden met timing en de window of tolerance waar de patiënt zich in bevindt, aangezien de interventie confronterend kan zijn. Belangrijk is een open vraagstelling en een check of de patiënt het gedrag en de houding herkend. Zo niet, dan is er mogelijk nog geen ruimte voor. Zoals hierboven beschreven dient er een vertrouwensband te bestaan.

Evaluatie
- Herken je dit?
- Wat herken je ervan?
- Hoe zou je er zelf woorden aan geven?
- Wat levert dit gedrag je op?
- Herken je hier een vorm van coping in? (Vechten, vluchten, bevriezen)
- Zou je dit anders willen?

Therapeutische houding
Empathische confrontatie. Empathisch en directief.

Aansluiting bij werkingsmechanisme
- ☐ Arousal-regulatie (activeren dan wel ontspannen van het lichaam)
- ☑ Proces van lichaamswaarneming/-bewustzijn (prikkels vanuit het eigen lichaam waarnemen)
- ☐ Affectregulatie
- ☑ Emotieregulatie
- ☐ Regulatie van cognitieve processen
- ☐ Regulatie van aandachtsprocessen
- ☐ Leren
- ☑ Regulatie van sociale processen
- ☐ Anders, namelijk:

Beschermende factoren/risico factoren

Interne items
- ☐ Intelligentie
- ☐ Hechting
- ☐ Empathie/ vijandigheid
- ☑ Coping
- ☐ Zelfcontrole/ impulsiviteit
- ☑ Agressie
- ☐ Zelfwaardering
- ☐ Emotieregulatie

Externe Items
- ☑ Netwerk
- ☐ Intieme relaties
- ☐ Hulpverlening
- ☐ Woonsituatie
- ☐ Middelengebruik

Motivationele items
- ☐ Motivatie voor behandeling
- ☑ Houding tegenover autoriteit
- ☐ Levensdoelen

Verondersteld mechanisme
Spiegelen kan helpen bij het objectief waarnemen van het eigen gedrag. Men wordt geconfronteerd met de eigen houding of gedrag en ziet het vanaf een afstand. Hierdoor kan men zich bewust worden van het lichaam (Koch et al., 2015) en van sociale situaties (Testoni et al., 2020; Stallone, 1993). Daarnaast kan er zelf ervaren worden hoe het gedrag of de houding overkomt. Op deze manier kan ook aandacht besteed worden aan emotieregulatie (Keulen – de Vos, et al, 2015; Stallone, 1993; Testoni et al, 2020).

Functie vaktherapeutisch middel
Inzicht krijgen in eigen gedrag/houding door middel van spel en confrontatie.

Merkzame effecten
Het kan confronterend zijn om erachter te komen hoe bepaald gedrag overkomt. Bij patiënten wordt er over het algemeen meer inzicht in gedrag zichtbaar.

Suggestie(s) voor meetinstument(en)
- Multidimentional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA-2)
- Difficulties in Emotion Regulations Scale (DERS)

Literatuur
Keulen-de Vos, M., van den Broek, E.P.A., Bernstein, D.P., Vallentin, R., & Arntz, A. (2017). Evoking emotional states in personality disordered offenders: An experimental pilot study of experiential drama therapy techniques. *The Arts in Psychotherapy, 53*, 80-88. https://doi.org/10.1016/j.aip.2017.01.003

Koch, S.C., Ostermann, T., Steinhage, A., Kende, P., Haller, K., & Chyle, F. (2015). Breaking barriers: Evaluating an arts-based emotion regulation training in prison. *The Arts in Psychotherapy, 42*, 41–49. http://dx.doi.org/10.1016/j.aip.2014.10.008

Stallone, T. M. (1993). The effects of psychodrama on inmates within a structured residential behavior modification program. *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama & Sociometry, 46*(1), 24–31.

Testoni, I., Bonelli, B., Biancalani, G., Zuliani, L., & Nava, F.A. (2020). Psychodrama in attenuated custody prison-based treatment of substance dependence: The promotion of changes in wellbeing, spontaneity, perceived self-efficacy, and alexithymia. *The Arts in Psdychotherapy, 68*, Artikel 101650. https://doi.org/10.1016/j.aip.2020.101650

Micro-interventie

De rolwissel

Doel van de interventie
- Het wisselen tussen verschillende perspectieven.
- Het vergroten/opwekken van de empathie.

Beschrijving van de activiteit

De rolwissel kan in verschillende werkvormen worden ingezet. Het gaat erom dat de patiënt een ander perspectief inneemt. Voordat je een rolwissel inzet, kun je vragen stellen als: “Wat gebeurt er?” of “Hoor je wat je zelf zegt?”. Hiermee spiegel je de patiënt.

Stoelen variant:

Wanneer de patiënt moeite heeft met in spel gaan, kun je stoelen pakken die symbool staan voor de verschillende personen/perspectieven in een situatie. De patiënt komt met een bepaald verhaal de therapiesessie in. Luister goed naar de patiënt: “Oké ik hoor jouw verhaal en daar wil ik graag een oefening mee doen.” Vervolgens pak je er een aantal stoelen bij. Je gaat in overleg met de patiënt kijken hoeveel mensen/perspectieven er betrokken zijn bij de betreffende situatie. Zet de stoelen in een halve cirkel neer. Spreek duidelijk af welke stoel voor welk perspectief staat, bijvoorbeeld patiënt zelf, medewerker zorginstelling, rechter, nabestaanden slachtoffer delict. Bespreek ook kort hoe ieder naar de situatie zou kijken. Bijvoorbeeld: “Hoe denk jij dat de rechter naar de situatie kijkt?”

Plaats de patiënt vervolgens in de stoel van zichzelf. Ga als therapeut in een andere stoel zitten. Ga niet gelijk voor het perspectief wat het meest confronterend is, zoals bijvoorbeeld het perspectief van de nabestaanden van het slachtoffer. Bouw als therapeut langzaamaan op naar het meest confronterende perspectief. Als therapeut wissel je tussen de verschillende stoelen. Vanuit elke stoel ga je een kort gesprekje aan waarbij de therapeut vanuit die persoon zijn perspectief op het verhaal vertelt. Wanneer je bij het nabestaanden perspectief uitkomt, vraag je de patiënt plaats te nemen op de stoel van de nabestaanden. Je helpt de patiënt zich in te leven in de rol door hem coachend toe te spreken: “Oké jij bent nu de nabestaande. Je hebt toentertijd opeens gehoord dat jouw vader plots vermoord is en hier ben jij echt enorm van geschrokken”. Als therapeut ga je vervolgens in de rol van de patiënt zitten. Jij als therapeut, in de rol van de patiënt, gaat dan de patiënt in de rol van de nabestaanden vragen stellen over hoe die naar de situatie kijkt. In spel kun je als therapeut sturing geven aan de inleving van de patiënt in de rol van nabestaande.

Sta bij de nabespreking uitgebreid stil bij hoe de patiënt de rolwissel ervaren heeft.

Rolwissel in rollenspel:
In een rollenspel kun je ook de rolwissel inzetten. Wanneer je een conflict uitspeelt in een rollenspel heeft elke rol een eigen perspectief. Laat de patiënt eerst de ene rol en zijn perspectief ervaren (het liefst het perspectief dat het dichtst bij het zijne ligt) en zet vervolgens de rolwissel in, zodat de patiënt het conflict vanuit een ander perspectief kan ervaren. Sta bij de nabespreking uitgebreid stil hoe de patiënt dit ervaren heeft en wat hij/zij/hen als verschil merkte tussen de twee rollen.

Variatie met emoties:

Je kan het ook inzetten om te wisselen tussen emoties. "Jij was heel blij in deze scène, kun je dit nu verwisselen met boos?" Sta dan stil bij wat het verschil was tussen de scènes met de twee verschillende emoties. "Wat doet het bij jou om met een bepaalde emotie de scène te spelen?"

Op welk moment in de sessie wordt deze actie ingezet?
Wanneer er sprake is dat de patiënt geen of met veel moeite een ander perspectief kan innemen dan zijn eigen perspectief, bijvoorbeeld wanneer opgemerkt wordt dat narcistische trekken aanwezig zijn. Het kan ook ingezet worden bij een grenzenoefening. Zo kunnen patiënten ervaren hoe het is als een ander doet wat hij/zij/hen doet (zoals een grens overgaan). Ze hebben vaak hun gedrag en de gevolgen daarvan niet door.

Deze interventie kan al vrij snel ingezet worden in de sessies. Ook bij observatie is deze interventie waardevol, aangezien dan gekeken kan worden of iemand instaat is om zich in de ander in te kunnen leven. In de observatie wordt dan minder aandacht besteed aan hoe diegene de rolswissel ervaren heeft. Hierbij wordt een opbouw gemaakt van fictieve naar realistische scènes. In de observatiesessies wordt vooral met fictieve rollenspellen gewerkt. Een rolwissel kan ingezet worden bij observatie van 'verstoorde waarneming', 'verstoorde gevoelsexpressie en empathie', 'afstand en nabijheid'.

Groep/individueel/tweetal
- [x] Groep
- [x] Subgroepen/twee- of drietallen bijv.
- [ ] Individueel in de groep
- [x] Individueel

In een groep gaan de patiënten samen rollenspellen spelen en kan dan gemakkelijk de rollen wisselen tussen de patiënten. Op deze manier krijgt elke patiënt zijn eigen beleving aan het einde van de interventie naar voren, wat ook weer verschillende perspectieven laat zien.

Indien de groep klein is en het op deze manier niet lukt om te bereiken wat voor ogen is met de interventie, dan kan de therapeut een rol erbij maken die gespeeld wordt door de therapeut zelf. Op deze manier kan de therapeut het spel beïnvloeden.

Materiaal
Stoelen. Indien er individueel wordt gewerkt is het prettig als er veel verschillende perspectieven gespeeld kunnen in een situatie. Dit kan prettig zijn wanneer een patiënt moeilijk tot spel komt.

Toelichting
Houdt de coachende woorden kort, aangezien de patiënt dan vermijdend gedrag kan inzetten door de therapeut vooral het woord laten doen. Bij een cluster B persoonlijkheidsproblematiek kan gekozen worden voor een meer directieve aanpak. Bijvoorbeeld door een harder standpunt aan te nemen als tegenrol. Denk hierbij

bijvoorbeeld aan zwart-wit denken. Deze problematieken vragen om een meer directieve houding, aangezien deze patiënten de neiging hebben om snel in de vermijding te schieten.

Bij psychisch kwetsbare of LVB-patiënten is het goed in het begin meer distantie te bieden. In deze situatie is het goed om een rollenwissel toe te passen in een fictief rollenspel. Wanneer een patiënt echt veel moeite heeft met in een andere rol te kunnen stappen dan kan meer structuur geboden worden door de therapeut. Belangrijk is om goed aan te voelen wat de patiënt hierbij nodig heeft, bijvoorbeeld door 2 zinnen per perspectief op te schrijven die een bepaald perspectief kenmerken. Hierbij worden gezamenlijk alle betrokken personen besproken en in 2 zinnen opgeschreven hoe zij tegen de situatie aankijken. Dit kan de patiënt houvast bieden doordat h/zij op deze zinnen kan terugvallen wanneer h/zij de rol van een bepaald persoon inneemt.

Contra-indicatie:

- Psychopathische patiënten met verminderde empathie en moeite met het remmen en het beheersen van gedrag. Voor deze patiënten is deze kan interventie moeilijk, gezien beperkte aanwezigheid van empathie. Hierbij hoeft er niet perse sprake te zijn van een contra-indicatie, aangezien gekeken kan worden in hoeverre dit aspect nog getraind kan worden. Dit verschilt per patiënt.
- Schizofrenie kan ook een contra-indicatie zijn. Het gaat hierbij vooral om patiënten bij wie de psychofarmaca nog niet goed afgestemd is waardoor er onveilige situaties kunnen ontstaan tijdens de sessie.

Evaluatie

- Hoe heb je het ervaren?
- Wat vond je ervan?
- Wat voel je nu? Heeft de patiënt moeite met het gevoel vinden/benoemen, vraag dan om de handen even op de buik te leggen. Kijk of je stil kan taan bij lichamelijke signalen.
- Wat vond je ervan wat ik zei?
- Stel je vragen echt gericht op de ervaring van de rolwissel.
- Geef ook jouw observaties terug en check deze bij de patiënt: “Ik zag dit bij jou gebeuren, klopt dat?”, “Ik zie dit nu bij jou, kan dat kloppen?”. Wanneer iemand heel gevoelig is voor opmerkingen, dan kun je ook zeggen: “Het lijkt of er dit bij jou gebeurt, klopt dat?”

Therapeutische houding

Gebruik van humor. Vooral steunend en directief wanneer nodig.

Aansluiting bij werkingsmechanisme

- ☐ Arousal-regulatie (activeren dan wel ontspannen van het lichaam)
- ☐ Proces van lichaamswaarneming/-bewustzijn (prikkels vanuit het eigen lichaam waarnemen)
- ☐ Affectregulatie
- ☐ Emotieregulatie
- ☐ Regulatie van cognitieve processen
- ☐ Regulatie van aandachtsprocessen
- ☐ Leren
- ☑ Regulatie van sociale processen
- ☐ Anders, namelijk:

Beschermende factoren/risico factoren

Interne items

- ☐ Intelligentie
- ☐ Hechting
- ☑ Empathie/ vijandigheid
- ☐ Coping
- ☐ Zelfcontrole/ impulsiviteit
- ☐ Agressie
- ☑ Zelfwaardering
- ☑ Emotieregulatie

Externe Items

- ☑ Netwerk
- ☑ Intieme relaties
- ☑ Hulpverlening
- ☐ Woonsituatie
- ☐ Middelengebruik

Motivationele items

- ☑ Motivatie voor behandeling
- ☑ Houding tegenover autoriteit
- ☐ Levensdoelen

Verondersteld mechanisme

Een rolwissel toepassen biedt een perspectiefverandering. Het toepassen van een rolwissel binnen de dramatherapie heeft een positief effect op stress afname, conflicthantering, het zien van de werkelijkheid, gevoel van eigenwaarde, empathie en een positiever zelfbeeld (Kipper & Ritchie, 2003). Door van een rol te wisselen, wisselt de patiënt van positie in een bepaalde situatie. Zo maakt de patiënt contact met gedachten en gevoelens van de ander (Hollands et al., 2021) en kan de patiënt zich bewust worden van sociale situaties (Koch et al, 2015; Testoni et al., 2020; Stallone, 1993).

Functie vaktherapeutisch middel

Binnen rolwissels kun je de focus leggen op het leren (her)kennen van emoties en het begrijpen hiervan. Het laat de patiënt onderzoeken hoe je met emoties om kan gaan (Smeijsters et al., 2012). Wanneer het te moeilijk is voor een patiënt kan de therapeut binnen een dramatherapeutische sessie distantie bieden door fictieve situaties uit te spelen.

Merkzame effecten

Door toepassing van deze interventie kan bij de patiënt realisatie ontstaan dat niet alleen zijn perspectief bestaat, maar dat er ook andere perspectieven bestaan. Dit wordt zichtbaar doordat de patiënten dit soms uitspreken of dat ze minder fel zijn in hun eigen standpunt. De vraag is echter in hoeverre dit beklijft.

Suggestie(s) voor meetinstument(en)

- Multidimentional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA-2)

Literatuur

Hollands, J., Krol, W., & Sijbers, G. (2021). Hoe dramatherapie het ervaringsgericht werken in schematherapie verdiept en aanvult. In H. Hornsveld, H. Bögels, & H. Grandia (Reds.), Casusboek schematherapie: 21 voorbeelden uit de praktijk (pp. 189-204). Bohn Stafleu van Loghum. https://doi.org/10.1007/978-90-368-2632-7_12Kipper, D.A., & Ritchie, T.D. (2003). The effectiveness of psychodramatic techniques: A meta-analysis. *Group Dynamics: Theory, Research, and Pratice 7*(1), 13-25. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/1089-2699.7.1.13

Koch, S.C., Ostermann, T., Steinhage, A., Kende, P., Haller, K., & Chyle, F. (2015). Breaking barriers: Evaluating an arts-based emotion regulation training in prison. *The Arts in Psychotherapy, 42*, 41–49. http://dx.doi.org/10.1016/j.aip.2014.10.008

Smeijsters, H. (Red.), Welten, J., Kil, J., Kurstjens, H., Willemars, G., & Dijkema, P. (2012). *Beeldende therapie in de Justitiële Jeugdinrichtingen en Gesloten Jeugdzorg: Resultaten van praktijkgericht onderzoek*. KenVaK Publishers.

Stallone, T. M. (1993). The effects of psychodrama on inmates within a structured residential behavior modification program. *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama & Sociometry, 46*(1), 24–31.

Testoni, I., Bonelli, B., Biancalani, G., Zuliani, L., & Nava, F.A. (2020). Psychodrama in attenuated custody prison-based treatment of substance dependence: The promotion of changes in wellbeing, spontaneity, perceived self-efficacy, and alexithymia. *The Arts in Psdychotherapy, 68*, Artikel 101650. https://doi.org/10.1016/j.aip.2020.101650

Micro-interventie

Boven iemand uit torenen

Doel van de interventie
- Grenzen aanvoelen
- Inzicht in effect van gedrag op de ander (mentaliseren)

Beschrijving van de activiteit
In deze interventie gaat het om het ondersteunen van de uitleg over het thema 'grenzen' door een ervaring te creëren in het contact met de patiënt. Dit wordt gedaan door te gaan staan en als het ware boven de andere 'uit te torenen'.

Op welk moment in de sessie wordt deze actie ingezet?
Direct/kort na een uitleg over het thema grenzen.

Groep/individueel/tweetal (arceer, evt. meerdere opties)
- Groep
- Subgroepen/twee- of drietallen bijv.
- Individueel in de groep
- Individueel

Materiaal
Bij deze interventie is er geen sprake van materiaal.

Toelichting

Variatie:
Ter variatie kan er meer of minder mimiek worden gebruikt, in principe kan je eindeloos variëren met verschillende houdingen.

Contra-indicatie:
- Indien de patiënt 'kwetsbaarder' is, bijvoorbeeld ten gevolge van actieve PTSS, wordt deze interventie niet toegepast
- Voorwaarde voor deze interventie is dat er goed contact is. Indien dit er niet is kan deze interventie zorgen voor onveiligheid.

Evaluatie
- Hoe voelde dit voor jou?
- Wat merk je? Wat is je neiging? Wat doe je normaal gesproken?
- Ben je ook wel eens degene die 'over iemand heen torent?'
- Waar voel je dit in je lichaam?

Therapeutische houding
Confronterend

Aansluiting bij werkingsmechanisme
- ☐ Arousal-regulatie (activeren dan wel ontspannen van het lichaam)
- ☑ Proces van lichaamswaarneming/-bewustzijn (prikkels vanuit het eigen lichaam waarnemen)
- ☐ Affectregulatie
- ☐ Emotieregulatie
- ☐ Regulatie van cognitieve processen
- ☐ Regulatie van aandachtprocessen
- ☐ Leren
- ☑ Regulatie van sociale processen
- ☐ Anders, namelijk:

Beschermende factoren/risico factoren

Interne items
- ☐ Intelligentie
- ☐ Hechting
- ☑ Empathie/ vijandigheid
- ☐ Coping
- ☑ Zelfcontrole/ impulsiviteit
- ☑ Agressie
- ☐ Zelfwaardering
- ☐ Emotieregulatie

Externe Items
- ☑ Netwerk
- ☑ Intieme relaties
- ☐ Hulpverlening
- ☐ Woonsituatie
- ☐ Middelengebruik

Motivationele items
- ☐ Motivatie voor behandeling
- ☑ Houding tegenover autoriteit
- ☐ Levensdoelen

Verondersteld mechanisme
De interventie maakt impact/is exposure gericht. Hierdoor krijgt de patiënt (waarschijnlijk) direct een prikkel in het lijf. Door de patiënt te bevragen naar lichamelijke ervaringen kan lichaamsbewustwording worden vergroot.

Functie vaktherapeutisch middel

Door in de rol van een autoritair persoon te gaan de patiënt direct in de ervaring te zetten en op die manier bewust te maken van wat een 'houding kan doen'. Het kan een spiegelende ervaring zijn, of het kan herinneringen oproepen aan momenten waarin er over de patiënt heen is getorend. Het oefenen van het innemen van verschillende perspectieven in re-enactment in drama- of bewegingstherapie kan helpend zijn om lichaamsbewustzijn en sociale competentie te vergroten (Koch et al., 2015). Ook kan het helpend zijn om empathie en respect te vergroten, zowel tussen patiënt en therapeut als naar slachtoffers.

Merkzame effecten

De patiënt voelt de impact van zijn eigen gedrag en kan hierdoor meer invoelen hoe het is als grenzen worden overschreden, zowel bij zichzelf als bij een ander. Deze werkvorm helpt om het thema grenzen direct duidelijk te maken.

Suggesties voor meetinstrumenten

- Inventariesatielijst Omgaan met Anderen (IOA)
- Empathiequotiënt (EQ)
- Mentalization Questionnaire (MZQ)

Literatuur

Koch, S. C., Ostermann, T., Steinhage, A., Kende, P., Haller, K., & Chyle, F. (2015). Breaking barriers: Evaluating an arts-based emotion regulation training in prison. *The Arts in Psychotherapy, 42*, 41-49. https://doi.org/10.1016/j.aip.2014.10.008

Meso-interventie

Emoties op- en afbouwen

Doel van de werkvorm
- Inzicht in emotie op- en afbouw
- Hoe zien emoties eruit bij een persoon in verschillende stadia?
- Hoe expressief is de persoon, kan iemand emoties uitdrukken?
- Verder in de therapie: wat is gemakkelijker, de emoties op- of afbouwen?
- Coping: hoe gaat de patiënt om met ongemak en spanning?

Omschrijving
Er worden 5 blokken gepakt en die worden in de ruimte neergezet op een rijtje. Er wordt tegen de patiënt gezegd dat iedere basisemotie (blij, boos, bedroefd, beschaamd en bang) mag worden uitgebeeld, waarbij blok 1 staat voor de emotie op niveau 0-2 blok 2 op niveau 2-4, blok 3 voor niveau 4-6, blok 4 voor niveau 6-8 en blok 5 voor niveau 8-10. De niveaus geven aan in welke heftigheid de emotie wordt gevoeld: bij 0-2 is deze emotie er een heel klein beetje, bij 8-10 is hij/zij/hen er in extreme vorm.

Je vraagt de patiënt om langs de blokken te lopen. Je begint bij 0 en de patiënt bouwt de expressie van de emotie op naar niveau 10 en weer terug. Dit wordt gedaan met de verschillende emoties.

Op welk moment in de therapie wordt deze werkvorm ingezet?
De interventie wordt ingezet in de beginfase wanneer iemand net in de kliniek zit, maar hij/zij/hen kan ook gebruikt worden voor de behandelfase met variaties (zie toelichting).

Groep/individueel/tweetal
- ☐ Groep
- ☑ Subgroepen/twee- of drietallen bijv.
- ☐ Individueel in de groep
- ☑ Individueel

De interventie kan gedaan worden in de groep waarin er tweetallen gemaakt worden, waarbij één persoon observeert en de ander naar de andere kant van de zaal loopt en de emotie op laat bouwen.

Materiaal
5 blokken, dit kunnen ook pionnen of hoepels zijn, zolang het er maar 5 zijn.

Toelichting
Als de patiënt het moeilijk vindt om in het gevoel te komen, dan kun je een situatie uit het dagelijks leven pakken en hier een voorbeeld bij geven, de therapeutische houding kan hierbij ook ingezet worden zodat de patiënt uitgedaagd wordt.
Deze oefening wordt ingezet binnen de kliniek om de responsiviteit bij de patiënt te onderzoeken. Een voorbeeld bij 'boosheid' is dat de patiënt een aanvaring met een kennis benoemt. De therapeut daagt dan uit door bijvoorbeeld te zeggen: "Oké, en dan ging hij/zij/hen zó staan, en helemaal in jouw space komen?" "En wat doe jij dan als iemand dat doet?"

Variatie:
Een variatie op de werkvorm kan zijn om er een 6de blok bij te plaatsen, vaak staat deze voor irritatie. In sommige gevallen is het namelijk moeilijk om bij het gevoel schaamte te komen en neemt irritatie het hierbij vaak over. Om de emotie echter te maken kan er gebruik gemaakt worden van muziek voor het helpen van het versterken van de emoties.

Evaluatie
- Hoe was dat, wat heb je ervaren? Heb je iets gevoeld?
- Was het makkelijk of juist moeilijk? Wat ging gemakkelijker, emoties opbouwen of afbouwen?
- Leg ook de link naar het dagelijks leven:
- Herken je dit gevoel? Komt het vaak voor? Wanneer je een emotie ervaart, waar voel je deze dan in je lichaam?
- Observaties teruggeven, vragen wat er toen gebeurde:
- Welke emotie ging makkelijker dan een andere emotie?
- Wanneer je terugdenkt aan je delict, in welke emotie en hoe hoog zat je hierin toen? (Verder in de behandelfase)
- Vaak terugkoppelen naar het delict en de daarbij behorende emotie:
- Wat was ervoor nodig/wat moet er gebeuren/wanneer gebeurt het dat je naar emotie niveau 10 schiet?
- Er moet afgestemd worden tussen de patiënt en de therapeut of de patiënt klaar is om over het delict te praten.

Therapeutische houding
Directief/uitdagend, ondersteunend en troostend wanneer nodig (komt weinig voor).

Aansluiting bij werkingsmechanisme
- ☐ Arousal-regulatie (activeren dan wel ontspannen van het lichaam)
- ☑ Proces van lichaamswaarneming/-bewustzijn (prikkels vanuit het eigen lichaam waarnemen)
- ☐ Affectregulatie
- ☑ Emotieregulatie
- ☐ Regulatie van cognitieve processen
- ☐ Regulatie van aandachtprocessen
- ☑ Leren
- ☐ Regulatie van sociale cognitie
- ☐ Anders, namelijk:

Beschermende factoren/risico factoren

Interne items

- ☐ Intelligentie
- ☐ Hechting
- ☐ Empathie/ vijandigheid
- ☑ Coping
- ☑ Zelfcontrole/ impulsiviteit
- ☐ Agressie
- ☐ Zelfwaardering
- ☑ Emotieregulatie

Externe Items

- ☐ Netwerk
- ☑ Intieme relaties
- ☐ Hulpverlening
- ☐ Woonsituatie
- ☐ Middelengebruik

Motivationele items

- ☐ Motivatie voor behandeling
- ☐ Houding tegenover autoriteit
- ☐ Levensdoelen

Aansluiting basisbehoeften

- ☐ Leven (inclusief gezondheid en fysiek welbevinden)
- ☐ Kennis (hoe goed iemand zich geïnformeerd voelt over wat belangrijk voor hem is)
- ☐ Spelen (hobby's en vrijetijdsbesteding)
- ☐ Werken (inclusief zich competent voelen/voelen dat je beter wordt)
- ☑ Zelfbeschikking (autonomie en richting kunnen bepalen)
- ☐ Innerlijke rust/'peace of mind' (vrij zijn van emotionele onrust, pijn en stress)
- ☑ Verbondenheid (intieme, romantische en familiaire relaties)
- ☐ Community (verbondenheid met een bredere sociale groep)
- ☐ Spiritualiteit (betekenis- en zingeving)
- ☐ Plezier (goed voelen in het hier en nu)
- ☑ Creativiteit (vrije en alternatieve zelfexpressie)

Verondersteld mechanisme

Deze werkvorm draagt bij aan het tot uiting brengen van je innerlijke wereld (emoties), door deze werkvorm te doen met patiënten kan men in kaart te brengen welke copingmechanismen tevoorschijn komen wanneer er een hoge emotie/ spanning optreedt: welke neiging krijgt de patiënt? Op welke manier kan diegene leren de emoties weer tot rust te krijgen?

Sommige patiënten is nooit geleerd hoe ze (gedoseerd) een emotie moeten uiten, en sommige emoties worden verstopt (zoals verdriet). Door deze oefening kan er bekeken worden hoe de emotie er in verschillende fasen uit kan zien, er wordt een breder palet aan uitingsvormen zichtbaar.

Verbondenheid wordt gekoppeld aan het uiten van emoties. Wanneer het moeilijk is om emoties te vertonen of om deze af te laten vloeien heeft dit invloed op het aangaan van verbondenheid en op de kwaliteit van sociale relaties en interactie (Lopes et al., 2005). Door het opnieuw leren uiten van emoties kan er verbondenheid ontstaan in relaties. Bij deze doelgroep is er vaak moeite met kwetsbaar opstellen, wat gezien kan worden als zwakte. Daarom is het terugkomen bij de emoties extra belangrijk.

Functie vaktherapeutisch middel

De drama-interventie zorgt voor expressie doordat er een fictieve werkelijkheid (het doen alsof) ontstaat. Wanneer je doet alsof je de emotie voelt, kun je leren om deze emoties ook daadwerkelijk te voelen. Door de uiting van emoties te oefenen binnen een veilige omgeving kun je trainen om dit in het echt ook te doen met je echte emoties. In eerder onderzoek naar ervaren effecten van dramatherapie kwam naar voren dat patiënten door dramatherapie hun innerlijke en uiterlijke emotionele wereld met elkaar konden verbinden en maladaptieve copingsstijlen beter herkenden (De Gruijter et al., 2024). Echte gedragsverandering heeft daarbij kwetsbaarheid nodig: iemand moet zichzelf inclusief emoties laten zien aan de ander om dit te kunnen bewerkstelligen (De Gruijter et al., 2024). Het spelen en exploreren van emoties in rollenspellen of 'doen-alsof' kan bovendien leiden tot een verbeterde emotieregulatie (Keulen-de Vos et al., 2017).

Merkzame effecten

Copingsmechanismen wordt inzichtelijk gemaakt, bij de patiënt creëert dit bewust-wording: wat gebeurt er wanneer de spanning oploopt? Het wordt duidelijker hoe snel iemand in zijn emotie opbouwt of afbouwt en wat hiervoor nodig is (soms heel veel, soms heel weinig). Wanneer de werkvorm ingezet wordt op een later moment binnen de behandeling helpt deze oefening om de emoties gemakkelijker te uiten en om de koppeling naar het delict te maken: hoe kan men ervoor zorgen dat in de toekomst een recidive voorkomen kan worden?

Suggesties voor meetinstrumenten

- Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)
- FEEL-E Vragenlijst over emotieregulatie bij volwassenen

Literatuur

De Gruijter, E., Wouters, H., & Haeyen, S. (2024). Perceived effects of drama therapy in people diagnosed with personality disorders: A qualitative study. *The Arts in Psychotherapy, 87*, Artikel 102117. https://doi.org/10.1016/j.aip.2024.102117

Keulen-de Vos, M., Van den Broek, E.P.A., Bernstein, D.P., Vallentin, R., & Arntz, A. (2017). Evoking emotional states in personality disordered offenders: An experimental pilot study of experiential drama therapy techniques. *The Arts in Psychotherapy 53*, 80-88. https://doi.org/10.1016/j.aip.2017.01.003

Lopes, P. N., Salovey, P., Côté, S., Beers, M., & Petty, R. E. (2005). Emotion regulation abilities and the quality of social interaction. *Emotion, 5*(1), 113-118. https://doi.org/10.1037/1528-3542.5.1.113

Meso-interventie

De winkel van Sinkel

Doel van de werkvorm
- Impulscontrole
- Contact maken
- Spelplezier

Omschrijving
Therapeut start met het klaarzetten van een groot blok, dat dient voor een 'winkel - toonbank'. Therapeut legt uit: In de winkel van Sinkel is alles te koop. Er gaat zo dadelijk een spel plaats vinden tussen een klant en een verkoper. De klant komt de winkel binnen en bedenkt van tevoren wat hij/zij/hen wil kopen. Echter mag het product gekocht gaat worden, niet letterlijk benoemd worden. Deze moet hij/zij/hen dus gaan omschrijven. Wanneer de verkoper door heeft wat de klant komt kopen, mag de verkoper het product benoemen, hierna mag ook door de klant het product benoemd worden. Alles wat de klant wil, is dus te koop. Er is echter nog één regel in de winkel: zowel de klant als de verkoper mogen geen ja en geen nee zeggen. Wanneer één van beide dit wel zegt, wisselen de rollen om/komt er een nieuwe klant de winkel binnen. De 'oude' klant wordt de verkoper. Het spel gaat door totdat iemand de fout in gaat door 'ja' of 'nee' te zeggen/of door de klant genoemde product.

Onder ja en nee zeggen wordt ook het gebruik van andere talen of het zwijgend knikken of nee schudden verstaan.

Op welk moment in de therapie wordt deze werkvorm ingezet?
Deze werkvorm wordt vaak ingezet als warming-up. Dat kan in de volgende fasen van de behandeling gegeven worden:
- Observatiefase
- Inzichtgevende fase
- Motivatiefase
- Behandelingsfase

Groep/individueel/tweetal
- Groep
- Subgroepen/twee- of drietallen bijv.
- Individueel in de groep
- Individueel

Materiaal
Een groot blok/of twee kleinere blokken op elkaar gestapeld, wat dient als 'toonbank'.

Toelichting
Aanbieden:
Deze werkvorm wordt vaak gebruikt als warming-up.

Leermogelijkheden van de patiënt:
Het leren om impulsen onder controle te krijgen. Leren denken, alvorens doen. Herkennen van gevoel, gedachten, gedrag (driehoek).

Variatie:
- Een variatie bij deze werkvorm zou kunnen zijn dat je de klant met een bepaalde emotie of specifieke rol de winkel laat binnenkomen. Dit zorgt er vaak voor dat het spel lastiger wordt. Aandacht van de speler gaat dan uit naar de gekregen emotie/rol i.p.v. de regels van het spel (geen ja/nee zeggen en het product niet noemen).
- Wanneer je met een groep bent kun je het ook wanneer een spel lang duurt moeilijker maken door meer mensen in de winkel te laten. Of als groep starten en doorgaan tot de laatste nog staat. Hierbij is meer aandachtverdeling nodig, waardoor het spel vermoeilijkt.

Indicatie:
Deze werkvorm is geïndiceerd voor patiënten:
- Die openstaan voor het spelen van een rol of de uitdaging van het spel aan willen gaan; zij hoeven hierin niet vaardig te zijn;
- In de observatie en/of motivatiefase, waarbij de persoonlijke ontwikkelpunten/behandeldoelen nog niet helder zijn;
- Die vanwege impulsief/ondoordacht handelen in probleemsituaties komen.
- Waarbij het fijn is om op te warmen van spelvaardigheden en in contact komen met elkaar.

Contra-indicatie:
Deze werkvorm is niet geïndiceerd voor patiënten die floride psychotisch zijn en daarmee geen onderscheid kunnen maken tussen spel en werkelijkheid.

Evaluatie:
- Hoe was het om te spelen?
- Wat merk je op?
- Waarvoor zou deze werkvorm dienen?
- Hoe vind je het dat er toch 'ja' en 'nee' worden gezegd?
- Herken je dat je zelf ja/nee zegt? Hoe herken je dit? Zou je dit ook al kunnen herkennen voordat je een 'fout' maakt? (Denk aan lichaamssignalen en gedachten)
- Is het erg om daarin een fout te maken?
- Wat heb je nodig om geen verboden woord te zeggen?

Evaluatie, therapeut zegt: “Deze werkvorm gaat er niet om dat je nooit meer ‘ja’ of ‘nee’ zegt in het leven. Dat zeggen is namelijk heel normaal. Het gaat erom dat je nadenkt over wat je zegt, dus je impulsen controleren. Nadenken alvorens doen. We spelen met en voor elkaar. Ook is spelplezier een basisbehoeften en mag er gelachen worden.”

Therapeutische houding

Tijdens de uitleg van de werkvorm:

- Structurerend
- Directief

Tijdens het spel:

- Accepterend
- Ervarend
- Open
- Warm invoelend
- Confronterend door verschillend tegenspel te bieden (door een bepaalde rol aan te nemen die persoonlijk uitdagend is voor de patiënt)

Aansluiting bij werkingsmechanisme

- [x] Arousal-regulatie (activeren dan wel ontspannen van het lichaam)
- [ ] Proces van lichaamswaarneming/-bewustzijn (prikkels vanuit het eigen lichaam waarnemen)
- [ ] Affectregulatie
- [ ] Emotieregulatie
- [x] Regulatie van cognitieve processen
- [ ] Regulatie van aandachtprocessen
- [x] Leren
- [ ] Regulatie van sociale processen
- [ ] Anders, namelijk:

Beschermende factoren/risico factoren

Interne items

- ☐ Intelligentie
- ☐ Hechting
- ☐ Empathie/ vijandigheid
- ☑ Coping
- ☑ Zelfcontrole/ impulsiviteit
- ☐ Agressie
- ☐ Zelfwaardering
- ☐ Emotieregulatie

Externe Items

- ☐ Netwerk
- ☐ Intieme relaties
- ☐ Hulpverlening
- ☐ Woonsituatie
- ☐ Middelengebruik

Motivationele items

- ☑ Motivatie voor behandeling
- ☑ Houding tegenover autoriteit
- ☐ Levensdoelen

Aansluiting basisbehoeften

- ☐ Leven (inclusief gezondheid en fysiek welbevinden)
- ☐ Kennis (hoe goed iemand zich geïnformeerd voelt over wat belangrijk voor hem is)
- ☐ Spelen (hobby's en vrijetijdsbesteding)
- ☐ Werken (inclusief zich competent voelen/voelen dat je beter wordt)
- ☑ Zelfbeschikking (autonomie en richting kunnen bepalen)
- ☐ Innerlijke rust/'peace of mind' (vrij zijn van emotionele onrust, pijn en stress)
- ☐ Verbondenheid (intieme, romantische en familiaire relaties)
- ☐ Community (verbondenheid met een bredere sociale groep)
- ☐ Spiritualiteit (betekenis- en zingeving)
- ☑ Plezier (goed voelen in het hier en nu)
- ☑ Creativiteit (vrije en alternatieve zelfexpressie)

Verondersteld mechanisme

Als eerste bevat deze werkvorm een competitie-element wat motiverend effect kan hebben op de doelgroep om het te proberen. Door zich te focussen op de competitie wordt vergeten dat men tegelijkertijd een rol speelt en een scène speelt in improvisatie vorm. Hierdoor kan bij het nabespreken inzicht gegeven worden dat er daadwerkelijk gespeeld is. En is hiermee dus een eventuele speldrempel verlaagd. Doordat men in deze werkvorm op moet letten wat men zegt (geen ja/nee), wordt er geoefend met impulscontrole (cognitief proces). Verder wordt aangesloten op het plezier van het spel en de ontspanning, men moet creatief zijn om op omschrijvingen te komen en hierdoor komen er grappige situaties aan bod. Speelsheid kan

motivatie bevorderen (Heimann & Roepstorff, 2018), wat helpend kan zijn voor verdere behandeling. Zelfbeeld komt ook aan bod aangezien sommige patiënten erg perfectionistisch kunnen zijn. Hier kunnen ze oefenen met het maken van fouten. Fouten worden in de oefening 'gevierd' met een high five en een snelle doorgang waardoor men leert niet in de fout te blijven hangen maar het opnieuw te proberen.

Functie vaktherapeutisch middel

Het spel is een oefenruimte waarin alles mag: er kan op een laagdrempelige manier worden gespeeld en geoefend met het bevorderen van impulscontrole/inhibitie. Patiënten ervaren in dramatherapie het toelaten van speelsheid en de voordelen die dit met zich meebrengt, zoals: spontaniteits-vergroting, zelfcompassie, plezier hebben, verbinding voelen, in het hier-en-nu zijn, oordeel-loos zijn, dóen in plaats van nadenken en vergevingsgezind zijn naar jezelf (De Gruijter et al., 2024). Ook wordt door het spelen van een realistische situatie in een winkel het gemakkelijker om de vaardigheden die getraind worden over te dragen naar het dagelijks leven. Je wordt uitgedaagd om nieuwe vaardigheden aan te leren in dramatherapie, door uit je comfortzone te gaan en soms 'gek' te doen, wat er tevens voor kan zorgen dat je je minder schaamt (De Gruijter et al., 2024)

Merkzame effecten

Je merkt vaak dat patiënten veel plezier hebben bij deze werkvorm, maar ook gefrustreerd kunnen raken als het 'fout' gaat. Na een aantal rondes spelen merk je dat patiënten steeds beter weten hoe ze de omschrijvingen kunnen doen zonder fouten te maken, ze leren gedurende het spel. Veel patiënten krijgen in de oefening een vergrootte impulscontrole die wanneer voldoende geoefend wordt ook effect heet op impulscontrole in het dagelijks leven. Niet alleen verbale impulsen maar ook impulsen in gedrag, zoals drugsgebruik of spullen kopen.

Suggesties voor meetinstrumenten

- BRIEF-A Vragenlijst over Executieve Functies bij Volwassenen
- ADHD-vragenlijst (AVL)

Literatuur

De Gruijter, E., Wouters, H., & Haeyen, S. (2024). Perceived effects of drama therapy in people diagnosed with personality disorders: A qualitative study. *The Arts in Psychotherapy, 87*, Artikel 102117. https://doi.org/10.1016/j.aip.2024.102117

Heimann, K. S., & Roepstorff, A. (2018). How playfulness motivates–putative looping effects of autonomy and surprise revealed by micro-phenomenological investigations. *Frontiers in Psychology, 9*, Artikel 1704. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01704

Meso-interventie

De bushalte

Doel van de werkvorm
- Contact maken met de therapeut.
- Leiding nemen en volgen in het contact met de therapeut.
- Herkennen van emoties.

Omschrijving
De therapeut en patiënt spelen samen een scène waarin ze bij een bushalte staan. Speler A staat bij een bushalte te wachten met een van de basisemoties (bang, blij, boos en bedroefd) zonder met speler B af te spreken welke basisemotie hij/zij kiest. Er wordt zelf besloten of deze emotie groot of klein gespeeld wordt. Speler B komt daarna bij de bushalte en neemt de emotie over welke speler B denkt dat het is. Ook de intensiteit van de emotie wordt overgenomen (van 1 tot 10). De spelers mogen zelf kiezen of ze met elkaar in dialoog gaan of dat ze alleen non-verbaal aanwezig zijn bij de bushalte. De scène eindigt zodra de bus arriveert.

Op welk moment in de therapie wordt deze werkvorm ingezet?
De interventie wordt ingezet bij een van de eerste sessies of als er hoge spanning is te merken bij de patiënt.

Groep/individueel/tweetal
- [x] Groep
- [x] Subgroepen/twee- of drietallen bijv.
- [ ] Individueel in de groep
- [x] Individueel

Materiaal
Er is in principe geen materiaal nodig. Men kan een schot gebruiken om een bushokje na te bootsen. Ook kan een jas aan worden getrokken of een speler kan een tas of paraplu bij zich hebben als voorbeeld.

Toelichting
Deze interventie kan in principe, vanuit de affectregulerende vaktherapie (ArVT), in alle fases kunnen worden ingezet, maar is specifiek bruikbaar bij mensen met psychotische kwetsbaarheid, LVB en depressie.

Wanneer iemand psychotisch decompenseert en dan ook in een psychose zit, wordt deze werkvorm minder snel ingezet. Echter is het dan wel mogelijk om het toe te

passen, aangezien iemand er ook voor kan kiezen om alleen non-verbaal in contact te treden en dat er juist contact met het hier-en-nu kan gaan ontstaan.

Evaluatie

- Welke emotie denk je dat er zojuist werd gespeeld?
- Was deze emotie fijn of niet fijn om te spelen?
- Hoe voelt deze emotie in je lijf?
- Ben je wel eens (emotie)?

Therapeutische houding

Ondersteunend, structurerend en observerend.

Aansluiting bij werkingsmechanisme

- [x] Arousal-regulatie (activeren dan wel ontspannen van het lichaam)
- [ ] Proces van lichaamswaarneming/-bewustzijn (prikkels vanuit het eigen lichaam waarnemen)
- [x] Affectregulatie
- [x] Emotieregulatie
- [ ] Regulatie van cognitieve processen
- [ ] Regulatie van aandachtprocessen
- [ ] Leren
- [ ] Regulatie van sociale processen
- [ ] Anders, namelijk:

Beschermende factoren/risico factoren

Interne items

- [ ] Intelligentie
- [x] Hechting
- [x] Empathie/ vijandigheid
- [x] Coping
- [x] Zelfcontrole/ impulsiviteit
- [x] Agressie
- [ ] Zelfwaardering
- [x] Emotieregulatie

Externe Items

- [ ] Netwerk
- [ ] Intieme relaties
- [ ] Hulpverlening
- [ ] Woonsituatie
- [ ] Middelengebruik

Motivationele items

- [x] Motivatie voor behandeling
- [x] Houding tegenover autoriteit
- [ ] Levensdoelen

Aansluiting basisbehoeften

- ☐ Leven (inclusief gezondheid en fysiek welbevinden)
- ☐ Kennis (hoe goed iemand zich geïnformeerd voelt over wat belangrijk voor hem is)
- ☐ Spelen (hobby's en vrijetijdsbesteding)
- ☐ Werken (inclusief zich competent voelen/voelen dat je beter wordt)
- ☐ Zelfbeschikking (autonomie en richting kunnen bepalen)
- ☐ Innerlijke rust/'peace of mind' (vrij zijn van emotionele onrust, pijn en stress)
- ☑ Verbondenheid (intieme, romantische en familiaire relaties)
- ☐ Community (verbondenheid met een bredere sociale groep)
- ☐ Spiritualiteit (betekenis- en zingeving)
- ☑ Plezier (goed voelen in het hier en nu)
- ☑ Creativiteit (vrije en alternatieve zelfexpressie)

Verondersteld mechanisme

Deze interventie bekeken vanuit de Affectregulerende VakTherapie (ArVT) heeft betrekking op de spanningsregulatie fase, waarbij de focus ligt op het open staan voor- en leren uit nieuwe ervaringen met anderen. De regelfuncties die de therapeut dan in acht hoort te nemen zijn; structuur, uitdaging, duur van de ervaring, alleen/samenwerken, taakgericht/procesgerichtheid. Het doel van deze regelfuncties is om deze aan te passen op de patiënt, waardoor er een ontspannen contact ontstaat tussen patiënt en therapeut. Het doel van de eerste fase is dat de patiënt steun accepteert, sturing en begrenzing verdraagt en/of hulp vraagt bij oplopende spanningen. Deze werkvorm richt zich op contactgroei waarbij een basis wordt gecreëerd om spanningen te reguleren in een veilige werkrelatie (Nieuwenhuis et al., 2020). Het werken met basisemoties kan helpend zijn bij het herkennen van emoties en mogelijk daarmee bijdragen aan de regulatie van emoties (Keulen- de Vos et al., 2017; Stallone, 1993; Testoni et al., 2020).

Functie vaktherapeutisch middel

De functie van het spel is ter ondersteuning van de opbouw van het contact. Dit kan op een laagdrempelige manier gebeuren in een alsof-spel. Daarnaast kan het goed worden gebruikt ter observatie van de patiënt en om de patiënt kennis te laten maken met de verschillende basisemoties.

Merkzame effecten

Effecten die opvallen zijn dat patiënten vaak meer spelplezier laten zien dan ze aanvankelijk dachten en dat ze soms meer leiding nemen als ze hier de ruimte voor krijgen van de dramatherapeut. Ook kan er meer oogcontact ontstaan gedurende de werkvorm. Mensen worden soms zo enthousiast dat ze zelf emoties willen toevoegen en spelen. Het gevoel van regie geef je ze dan ook, om hiermee te oefenen en te ervaren.

Suggesties voor meetinstrumenten

- Difficulties in Emotion Regulations Scale (DERS)
- Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)
- Hartritmevariabiliteit (HRV) of ademhaling (EMPATICA)

Literatuur

Keulen-de Vos, M., van den Broek, E.P.A., Bernstein, D.P., Vallentin, R., & Arntz, A. (2017). Evoking emotional states in personality disordered offenders: An experimental pilot study of experiential drama therapy techniques. *The Arts in Psychotherapy 53*, 80-88. https://doi.org/10.1016/j.aip.2017.01.003

Nieuwenhuis, L., Smelt, C., Van der Vlugt, S., Van der Ende, W., & Vos, P. (2020). *Basisboek: Affectregulerende Vaktherapie: Praktijk beeldend*. Uitgeverij Garant.

Stallone, T. M. (1993). The effects of psychodrama on inmates within a structured residential behavior modification program. *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama & Sociometry, 46*(1), 24–31.

Testoni, I., Bonelli, B., Biancalani, G., Zuliani, L., & Nava, F.A. (2020). Psychodrama in attenuated custody prison-based treatment of substance dependence: The promotion of changes in wellbeing, spontaneity, perceived self-efficacy, and alexithymia. *The Arts in Psdychotherapy, 68*, Artikel 101650. https://doi.org/10.1016/j.aip.2020.101650

Meso-interventie

Copingvaardigheden

Doel van de werkvorm
- Vergroten van je coping repertoire
- Bewust worden van je eigen coping strategie
- Veranderen van verkeerde coping strategieën

Omschrijving
Aan de hand van de Utrechtse Copinglijst (- Revised) wordt er samen met de patiënt gekeken welke coping strategie hij/zij/hen herkent en dus zelf inzet. Hier worden de voor- en nadelen van opgeschreven en de coping wordt uitgespeeld.

In de eerste ronde speelt de patiënt zichzelf met een meegebrachte situatie vanuit hem/haar/hunzelf. De patiënt speelt dan de eigen coping strategie uit die voor hem/haar/hun bekend is. Dit is vaak de ongezonde coping strategie. Nadat de situatie is uitgespeeld, worden de rollen omgedraaid. De therapeut zet nu de herkenbare coping strategie in van de patiënt en de patiënt kan nu reageren. Aan de patiënt wordt gevraagd hoe de coping overkomt op de patiënt als tegenspeler?

Na de scène worden er verschillende andere coping strategieën uitgeprobeerd op dezelfde manier. De patiënt kan proberen met nieuw gedrag en voelt hoe de coping overkomt. Ook worden, aan de hand van de Utrechtse Copinglijst, de voor- en nadelen opgeschreven van de verschillende copingstrategieën. Hierdoor krijgt de patiënt inzicht in hoe de verschillende copingstijlen over kunnen komen en wanneer deze het best ingezet kunnen worden en wanneer niet.

Op welk moment in de therapie wordt deze werkvorm ingezet?
De interventie wordt ingezet wanneer er een vertrouwde therapeutische relatie is opgebouwd. Het aantal sessies die hiervoor nodig zijn is verschillend per patiënt, maar er wordt uitgegaan van een minimum van vier voorafgaande sessies.

Groep/individueel/tweetal
- [x] Groep
- [ ] Subgroepen/twee- of drietallen bijv.
- [ ] Individueel in de groep
- [x] Individueel

Materiaal
- De Utrechtse Copinglijst - Revised
- Spel attributen (Dit kan heel breed zijn: van kleding tot voorwerpen)
- Voldoende ruimte (om te kunnen spelen)

Toelichting
Contra-indicatie:
Als de veiligheid er nog niet is tussen de patiënt en therapeut, een acute psychose (als coping nog te kwetsbaar is om te bespreken).

Evaluatie
- Hoe is het om te doen?
- Wat voel je wanneer je jouw eigen coping ontvangt als tegenspeler?
- Wat merk je aan jezelf bij het oefenen van de andere coping strategieën?
- Wat neem je mee?
- Hoe maak je de vertaalslag naar de afdeling? Zou je anders kunnen reageren?

Therapeutische houding:
Duidelijk van taal, begrenzend.

Aansluiting bij werkingsmechanisme
- ☐ Arousal-regulatie (activeren dan wel ontspannen van het lichaam)
- ☐ Proces van lichaamswaarneming/-bewustzijn (prikkels vanuit het eigen lichaam waarnemen)
- ☐ Affectregulatie
- ☑ Emotieregulatie
- ☐ Regulatie van cognitieve processen
- ☐ Regulatie van aandachtprocessen
- ☑ Leren
- ☑ Regulatie van sociale processen
- ☐ Anders, namelijk:

Beschermende factoren/risico factoren

Interne items

- ☐ Intelligentie
- ☐ Hechting
- ☑ Empathie/ vijandigheid
- ☑ Coping
- ☑ Zelfcontrole/ impulsiviteit
- ☑ Agressie
- ☑ Zelfwaardering
- ☑ Emotieregulatie

Externe Items

- ☑ Netwerk
- ☑ Intieme relaties
- ☐ Hulpverlening
- ☐ Woonsituatie
- ☐ Middelengebruik

Motivationele items

- ☐ Motivatie voor behandeling
- ☑ Houding tegenover autoriteit
- ☑ Levensdoelen

Aansluiting basisbehoeften

- ☑ Leven (inclusief gezondheid en fysiek welbevinden)
- ☐ Kennis (hoe goed iemand zich geïnformeerd voelt over wat belangrijk voor hem is)
- ☐ Spelen (hobby's en vrijetijdsbesteding)
- ☐ Werken (inclusief zich competent voelen/voelen dat je beter wordt)
- ☑ Zelfbeschikking (autonomie en richting kunnen bepalen)
- ☑ Innerlijke rust/'peace of mind' (vrij zijn van emotionele onrust, pijn en stress)
- ☑ Verbondenheid (intieme, romantische en familiaire relaties)
- ☑ Community (verbondenheid met een bredere sociale groep)
- ☐ Spiritualiteit (betekenis- en zingeving)
- ☐ Plezier (goed voelen in het hier en nu)
- ☐ Creativiteit (vrije en alternatieve zelfexpressie)

Verondersteld mechanisme

Emotieregulatie en copingregulatiestrategieën overlappen grotendeels met elkaar (Trudel-Fitzgerald et al., 2024). Het werken aan andere coping strategieën kan helpen om emoties te kalmeren of juist te uiten. Dor het oefenen leren de patiënten dat ze op een andere manier kunnen reageren. Hier leren ze dan ook om te gaan met bijvoorbeeld agressie die in eerste instantie aanwezig is.

Functie vaktherapeutisch middel

De functie van het vaktherapeutisch middel is dat patiënten echt mogen oefenen met de nieuwe coping in situaties. Rollenspel kan helpend zijn om gevoelens opnieuw te beleven en om te kunnen experimenteren (Keulen-de Vos et al., 2017).

Patiënten kunnen in de interventie de ingebrachte situatie stap voor stap bekijken. De patiënten kijken vanuit een helikoptervlucht naar de situatie (met distantie). Dit maakt het makkelijker om nieuwe coping te proberen, en oefening helpt om het geleerde te generaliseen naar verschillende contexten.

Merkzame effecten

Het wordt gezien in sociale interacties die ze hebben met het personeel en andere patiënten. De patiënt komt minder snel in agressie incidenten.

Suggesties voor meetinstrumenten

- Utrechtse Copinglijst – Revised (UCL-R)

Literatuur

Keulen-de Vos, M., Van den Broek, E.P.A., Bernstein, D.P., Vallentin, R., & Arntz, A. (2017). Evoking emotional states in personality disordered offenders: An experimental pilot study of experiential drama therapy techniques. *The Arts in Psychotherapy 53*, 80-88. https://doi.org/10.1016/j.aip.2017.01.003

Trudel-Fitzgerald, C., Boucher, G., Morin, C., Mondragon, P., Guimond, A.-J., Nishimi, K., Choi, K. W., & Denckla, C. (2024). Coping and emotion regulation: A conceptual and measurement scoping review. *Canadian Psychology/ Psychologie Canadienne, 65*(3), 149-62. https://doi.org/10.1037/cap0000377

Meso-interventie

Elevator pitch

Doel van de werkvorm
- Inzicht in spanningsniveau krijgen
- Spanningsregulatie

Omschrijving

Inleiding van de werkvorm:

De dramtherapeut tekent een lijn op een whiteboard. Dit wordt een spanningsmeter van 0 tot 10. Je kijkt hier even samen met de patiënt naar en dan vraag je hoe de patiënt spanning ervaart en hoe deze spanningsmeter bij hem/haar/hen werkt. Dit schrijf je vervolgens uit op het bord, om duidelijk te maken wat de patiënt zegt (en om te checken of dit klopt). Indien nodig geef je de patiënt psycho-educatie over spanningsregulatie.

Werkvorm:

Na de uitleg over de spanningsmeter krijgt de patiënt de opdracht om in één minuut tijd te praten over een onderwerp wat hem/haar/hun aan zijn hart gaat. Bijvoorbeeld: het klimaat, het rechtssysteem, het tbs-systeem of de pieten-discussie. Het maakt niet uit, zolang het maar een thema is wat de patiënt heel belangrijk vindt. Waarin de patiënt ook echt een eigen mening heeft. Hier heeft de patiënt één minuut de tijd voor, en in deze minuut moet diegene zorgen dat hij/zij/hen de therapeut overtuigt en met zich mee krijgt. Hierbij is het van belang dat je aangeeft dat je alleen naar de patiënt zult luisteren.

Spreek met de patiënt af: “Geef het aan als je het niet fijn vindt”. “Ik klap in en jij en ik kunnen altijd uitklappen” (Dit om spel en realiteit duidelijk te houden). Als therapeut ga je reageren op het verhaal van de patiënt, hierbij ga je dus iets doen wat je gezegd had niet te gaan doen. Dan zie je vaak dat de spanning oploopt bij de patiënt, wanneer je als therapeut reageert. Reacties zoals: “Nou dat vind ik niet hoor”. “Nja, waar slaat dit nou weer op”. Dit zijn hele korte interventies om te kijken wat er gebeurt. Hierbij focus je als therapeut op spanningsverhoging bij de patiënt.

Afronden werkvorm:

Na een minuut klap je uit en vaak is de spanning in de opdracht al flink gestegen, omdat het onderwerp heel belangrijk voor de patiënt is en jij als therapeut vervelende opmerkingen maakt en de patiënt dus ‘niet gelooft’.

Wanneer je de patiënt in hoge spanning voor je hebt, vraag je diegene om uit te tekenen op het bord wat er qua spanning gebeurde gedurende de minuut.

Je kan dan de oefening herhalen en manieren verzinnen om de oplopende spanning te doorbreken. Vaak hebben de patiënten zelf ook al een idee.

Mocht de spanning niet zakken in het nagesprek, kan je een ontspannende oefeningen doen (denk hierbij aan iets wat de patiënt erg leuk vindt of waar hij/zij/hen al bekend mee is).

Op welk moment in de therapie wordt deze werkvorm ingezet?
In een wat gevorderd stadium in de behandeling, zeker niet in de beginfase. Je kan dit pas doen wanneer je weet hoe de patiënt hierop kan reageren, en wanneer er al een vertrouwensband is (goede werkalliantie).

Groep/individueel/tweetal

- ☐ Groep
- ☐ Subgroepen/twee- of drietallen bijv.
- ☐ Individueel in de groep
- ☑ Individueel

Materiaal

- Whiteboard
- Stift
- Timer

Toelichting

LVB:

Bij LVB gebruik je meer tekens bij de spanningsmeter. Daarnaast let je op een goede inleiding, duidelijke grenzen in spel & realiteit en bied je veel aandacht aan of de spanning zakt in het nagesprek. Biedt vervolgens ook zorg aan dat de spanning weer zakt. Je kunt bijvoorbeeld een korte 'wie, wat, waar' als afsluitende oefening doen, of overgooien met een bal en daarbij associaties maken ('Het associatiespel').

Variatie:

De onmogelijke opdracht. Een onmogelijke opdracht geven en dan 'irritant' of krenkend commentaar geven zodat de spanning oploopt. Denk bij een onmogelijke opdracht om een bal op een exacte wijze te vangen of een scène te spelen met heel veel attributen waardoor je niet kunt bewegen.

Evaluatie

- Hoe was het?
- Wat vond je ervan?"
- Waar stond je op de spanningsmeter?"
- Wat had ik moeten doen om ervoor te zorgen dat je bijvoorbeeld lager op die spanningsmeter zou staan of juist hoger?
- Wat voel je?
- Waar voel je iets?
- Hoe vind je het dat we zoiets doen?

Als het bijdraagt aan het doel en het past bij de patiënt, dan kan een transfer naar het dagelijkse leven waardevol zijn. "Gebeurt dit ook op de afdeling?". "Voel je het ook als dit op de afdeling gebeurt?"

Therapeutische houding

In het begin van de werkvorm directief, prikkelend en naar het einde toe juist meer steunend. Dit omdat je juist die spanning in de ruimte wil krijgen. Sommige patiënten

zitten zeer laag in de window of tolerance, bij hen dien je meer 'te prikken', zodat ze omhoogschieten in de window.

Veiligheid wordt geboden door in- en uit te klappen. Ook de fysieke houding en mimiek maakt duidelijk of je in de 'rottige' rol zit of in de 'vertrouwde' rol zit.

Aansluiting bij werkingsmechanisme

- [x] Arousal-regulatie (activeren dan wel ontspannen van het lichaam)
- [x] Proces van lichaamswaarneming/-bewustzijn (prikkels vanuit het eigen lichaam waarnemen)
- [ ] Affectregulatie
- [ ] Emotieregulatie
- [ ] Regulatie van cognitieve processen
- [ ] Regulatie van aandachtprocessen
- [x] Leren
- [ ] Regulatie van sociale processen
- [ ] Anders, namelijk:

Beschermende factoren/risico factoren

Interne items

- [ ] Intelligentie
- [ ] Hechting
- [ ] Empathie/ vijandigheid
- [x] Coping
- [x] Zelfcontrole/ impulsiviteit
- [x] Agressie
- [ ] Zelfwaardering
- [ ] Emotieregulatie

Externe Items

- [x] Netwerk
- [ ] Intieme relaties
- [x] Hulpverlening
- [x] Woonsituatie
- [ ] Middelengebruik

Motivationele items

- [ ] Motivatie voor behandeling
- [x] Houding tegenover autoriteit
- [ ] Levensdoelen

Aansluiting basisbehoeften

- ☐ Leven (inclusief gezondheid en fysiek welbevinden)
- ☑ Kennis (hoe goed iemand zich geïnformeerd voelt over wat belangrijk voor hem is)
- ☐ Spelen (hobby's en vrijetijdsbesteding)
- ☐ Werken (inclusief zich competent voelen/voelen dat je beter wordt)
- ☐ Zelfbeschikking (autonomie en richting kunnen bepalen)
- ☑ Innerlijke rust/'peace of mind' (vrij zijn van emotionele onrust, pijn en stress)
- ☐ Verbondenheid (intieme, romantische en familiaire relaties)
- ☐ Community (verbondenheid met een bredere sociale groep)
- ☐ Spiritualiteit (betekenis- en zingeving)
- ☐ Plezier (goed voelen in het hier en nu)
- ☑ Creativiteit (vrije en alternatieve zelfexpressie)

Verondersteld mechanisme

Hyperarousal (bijvoorbeeld vanuit trauma) wordt gezien als risicofactor voor recidive (Sadegh & McNiel, 2015) en voor de ontwikkeling van verschillende fysieke en emotionele problemen (American Psychological Association [APA], 2017). Door de interventie roep je spanning op in de ruimte en daardoor krijgt de patiënt inzicht in de spanningsregulatie, in welke niveaus van spanning te verdragen zijn en waar nog geleerd kan worden om beter met spanning om te gaan. Er kan geoefend worden in deze werkvorm om de spanning lager te proberen te houden (rustig in-uitademen, focus op het eigen verhaal en stem). Doordat de spanningsmeter op het whiteboard wordt getekend, wordt zichtbaar wat er gebeurt bij de patiënt qua spanningsopbouw. Op deze manier wordt samen inzichtelijk gemaakt wat er van binnen gebeurt bij de patiënt en wat je van buiten ziet gebeuren.

Functie vaktherapeutisch middel

Drama is een spelvorm waarin je praat, en je dus tekst geeft aan ervaringen. Drama biedt ook een bepaalde distantie. Je kan jezelf presenteren en mag daarbij ook op een podium gaan staan. Doordat drama een oefening en een spel is, zorg je ervoor dat je in een veilige omgeving kan experimenteren met nieuw gedrag. Emunah (1994) schrijft dat spel een soort laboratorium is waarbinnen geëxperimenteerd kan worden. Spel biedt voldoende veiligheid om moeilijke situaties en confrontaties aan te gaan, waarbij er de mogelijkheid is om andere opties uit te proberen. Hierbij kan de patiënt zich voorbereiden op eventuele toekomstige situaties. Door de afwezigheid van de consequenties wordt de veiligheid in spel gegarandeerd. Rollenspel kan helpend zijn om met nieuw gedrag te experimenteren (Keulen-de Vos et al., 2017).

Merkzame effecten

De werkvorm zorgt voor inzicht in de spanningsopbouw. De patiënt kan daadwerkelijk verwoorden in welke fase of in welk percentage hij/zij/hen zit qua spanning, bijvoorbeeld: "0, nu zat ik denk ik op 40% want tijdens mijn delict was ik op 80% of 90%." De patiënt kan zelf verwoorden wat er gebeurt en kan lichamelijke sensaties benoemen in het moment.

Suggesties voor meetinstrumenten

- Multidimentional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA-2)
- Hartritmevariabiliteit (HRV) of ademhaling (EMPATICA)

Literatuur

American Psychological Association. (2017). *Stress in America: Coping with change*. Geraadpleegd op 30 januari 2025, van https://www.apa.org/news/press/releases/stress/2016/coping-with-change.pdf

Emunah, R. (1999). Drama therapy in action. In D. J. Wiener (Ed.), *Beyond talk therapy: Using movement and expressive techniques in clinical practice* (pp. 99–123). American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/10326-005

Keulen-de Vos, M., Van den Broek, E.P.A., Bernstein, D.P., Vallentin, R., & Arntz, A. (2017). Evoking emotional states in personality disordered offenders: An experimental pilot study of experiential drama therapy techniques. *The Arts in Psychotherapy 53*, 80-88. https://doi.org/10.1016/j.aip.2017.01.003

Sadeh, N., & McNiel, D. E. (2015). Posttraumatic stress disorder increases risk of criminal recidivism among justice-involved persons with mental disorders. *Criminal justice and Behavior, 42*(6), 573-586. https://doi.org/10.1177/009385481455688

Muziektherapie

Micro-interventies

Gevoel overnemen 120
Muziek luisteren als eerste contact 124
Emotie verklanken 128

Meso-interventies

Muzikale emoji-emotie-kwadrant 132
Rollenspel in muziek gericht op schematherapie 137
Muzikale levensloop 141
Muzikale spanningsmeter 146
Schemagerichte spanningsregulatie met percussie-instrumenten 153

Micro-interventie

Gevoel overnemen

Doel van de interventie
- Emoties ervaren, herkennen en benoemen
- Therapeutische werkrelatie verbeteren

Beschrijving van de activiteit
Het gevoel wat de therapeut hoort/merkt/voelt in het spel van de patiënt bevestigen door hetzelfde gevoel te uiten in muzikaal spel van de therapeut (en in het samenspel). Dit kan gebeuren tijdens een improvisatie, of tijdens een andere interventie zoals de meso interventie 'emotie verklanken'. Het maakt niet uit op welk instrument jij of de patiënt speelt. Je voert deze interventie uit als je het gevoel van de patiënt wil versterken, of als je een samenspel op gang wil brengen, waarbij de patiënt kan horen dat je diegene volgt in het emotionele spel. Je kunt dit doen door het gebruik van verschillende parameters, zoals tempo (bv. Traag spelen bij droevig spel), zie Tabel van Bruner. Belangrijk hierbij is dat je de patiënt volgt. Na het een tijdje volgen van de patiënt kun je altijd checken of de emotie die jij hoorde in het muzikale spel van de patiënt, klopte.

	Emoties							
Muzikale elementen	Ernstig	Droevig	Angstig	Rustig	Humoristisch	Vrolijk	Spannend	Groots
Modus	Majeur	Mineur	Mineur	Majeur	Majeur	Majeur	Majeur	Mineur
Tempo	Traag	Traag	Traag	Traag	Snel	Snel	Snel	Medium
Beweging	Strak	Vrij	Vrij	Vloeiend	Vloeiend	Strak	Vrij	Strak
Toonhoogte	Laag	Laag	Laag	Medium	Hoog	Hoog	Medium	Medium
Harmonie	Consonant	Dissonant	Dissonant	Consonant	Consonant	Consonant	Dissonant	Dissonant
Volume	Medium	Gevarieerd	Zacht	Zacht	Medium	Medium	Luid	Luid

Op welk moment in de sessie wordt deze actie ingezet?
Tijdens een meso-interventie (werkvorm), terwijl de patiënt speelt.

Groep/individueel/tweetal

- ☐ Groep
- ☐ Subgroepen/twee- of drietallen bijv.
- ☐ Individueel in de groep
- ☑ Individueel

Materiaal

Ten minste twee muziekinstrumenten, instrumenten waar de therapeut en patiënt verschillende gevoelens mee kunnen uitdrukken.

Toelichting

Variatie:

De therapeut kan de emotie van de patiënt uitvergroten tijdens het spelen.
De therapeut kan ook juist een tegenovergesteld gevoel inbrengen in het spel, maar dit betreft een ander soort interventie. In deze interventie is het juist het doel het gevoel over te nemen en te bevestigen.

Contra-indicatie:

Extreem psychoticisme (deze interventie kan dan 'verdacht' aanvoelen')

Gedurende de eerste sessie (je zult de patiënt eerst moeten leren kennen om emoties te kunnen overnemen).

Evaluatie

Er horen bij deze interventie niet direct vragen. Het is een onbewust proces waarmee de patiënt terug hoort welke emotie hij/zij/hen weergeeft in zijn spel. Mocht je dit wel willen, kun je later in de evaluatie bevragen of de patiënt heeft herkend wat je als therapeut gedaan hebt "Merkte je daar wat ik deed? Hoe was dat voor je? Het klonk echt krachtig en boos, klopt dat?"

Therapeutische houding

Ondersteunend

Aansluiting bij werkingsmechanisme

- ☐ Arousal-regulatie (activeren dan wel ontspannen van het lichaam)
- ☐ Proces van lichaamswaarneming/-bewustzijn (prikkels vanuit het eigen lichaam waarnemen)
- ☐ Affectregulatie
- ☑ Emotieregulatie
- ☐ Regulatie van cognitieve processen
- ☐ Regulatie van aandachtprocessen
- ☐ Leren
- ☑ Regulatie van sociale processen
- ☐ Anders, namelijk:

Beschermende factoren/risico factoren

Interne items

- ☐ Intelligentie
- ☐ Hechting
- ☐ Empathie/ vijandigheid
- ☐ Coping
- ☐ Zelfcontrole/ impulsiviteit
- ☐ Agressie
- ☑ Zelfwaardering
- ☑ Emotieregulatie

Externe Items

- ☐ Netwerk
- ☐ Intieme relaties
- ☐ Hulpverlening
- ☐ Woonsituatie
- ☐ Middelengebruik

Motivationele items

- ☑ Motivatie voor behandeling
- ☐ Houding tegenover autoriteit
- ☐ Levensdoelen

Verondersteld mechanisme

Om je emoties te kunnen reguleren is het een eerste stap om je emoties te leren herkennen en ervaren. Bij deze micro interventie ligt de nadruk op het ervaren, herkennen en benoemen van emoties, iets wat voor veel patiënten een grote stap is. Door te spiegelen kan de ander zich bewuster worden van fysieke sensaties, en kan het contact met het lichaam worden vergroot. De ander kan ook patronen herkennen, als een emotie vaker wordt gespiegeld. Doordat men als kind gespiegeld wordt door een ouder, leert diegene zichzelf kennen en reguleren (Dwivedi & Harper, 2004). Hij/zij/hen leert dat emoties er mogen zijn. Wanneer dit niet goed is gebeurd, kunnen er problemen in emotieregulatie ontstaan. Spiegeling speelt ook een rol in sociale cognitie: het leren om emoties te spiegelen, is gerelateerd aan empathie en interpersoonlijke competentie (Pfeifer et al., 2008). De patiënt kan in dit spel zijn gespiegelde emoties horen, en kan hier weer op door spelen.

Functie vaktherapeutisch middel

Er zit emotie in muziek: het medium brengt een andere manier dan er slechts over te praten. Muziek kan een ingang bieden om emotie te laten opkomen, en het stimuleert de activiteit van spiegelneuronen (Koelsch, 2009). Uit hersenonderzoek blijkt dat men via muziek goed bij de laag van emotie kan komen: muziek stimuleert emotionele processen in het brein en kan emoties ook uitlokken (Chen et al., 2022; Koelsch, 2009). Muziektherapie bij gevangenen kan tevens helpend zijn om angst te verminderen (Gold et al., 2014).

Merkzame effecten

- De patiënt geeft een non-verbale reactie, zoekt contact door bijvoorbeeld oogcontact of een wisseling van tempo in de muziek
- Er vindt interactie plaats
- De patiënt leert geleidelijk beter emoties in muziek herkennen en benoemen

Suggesties voor meetinstrumenten

- Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)

Literatuur

Chen, W. G., Iversen, J. R., Kao, M. H., Loui, P., Patel, A. D., Zatorre, R. J., & Edwards, E. (2022). Music and brain circuitry: Strategies for strengthening evidence-based research for music-based interventions. *Journal of Neuroscience, 42*(45), 8498-8507. https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.1135-22.2022

Dwivedi, K. N., & Harper, P. (2004). Emotion regulation and mental health. In K. N. Dwivedi & P. B. Harper (Eds.), *Promoting the emotional well-being of children and adolescents and preventing their mental ill health: A handbook*, (pp. 69-84). Jessica Kingsley Publishers.

Gold, C., Assmus, J., Hjørnevik, K., Qvale, L. G., Brown, F. K., Hansen, A. L., Waage, L., & Stige, B. (2014). Music therapy for prisoners: Pilot randomised controlled trial and implications for evaluating psychosocial interventions. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 58*(12), 1520-1539. https://doi.org/10.1177/0306624X13498693

Koelsch, S. (2009). A neuroscientific perspective on music therapy. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1169*(1), 374-384. https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2009.04592.x

Pfeifer, J. H., Iacoboni, M., Mazziotta, J. C., & Dapretto, M. (2008). Mirroring others' emotions relates to empathy and interpersonal competence in children. *Neuroimage, 39*(4), 2076-2085. https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2007.10.032

Micro-interventie

Muziek luisteren als eerste contact

Doel van de werkvorm
- Contact maken

Omschrijving
Ga naar de afdeling maar nog niet de kamer van de patiënt binnen. Zoek muziek uit het land van herkomst op en zet deze aan. Terwijl de muziek speelt, klop je op de deur van de kamer van de patiënt of open je deze. Groet de patiënt kort en noem zijn/haar/hun naam. Nodig patiënt uit met gebaar of 'come, music(a)' om de kamer uit te komen.

Op welk moment in de therapie wordt deze werkvorm ingezet?
Dit is zeer passend als eerste contact bijvoorbeeld op de afdeling voorafgaand aan het daadwerkelijk naar de muziektherapieruimte gaan.

Groep/individueel/tweetal
- ☐ Groep
- ☐ Subgroepen/twee- of drietallen bijv.
- ☐ Individueel in de groep
- ☑ individueel

Materiaal
Laptop/computer/iPad/telefoon met toegang tot internet en YouTube.
Bluetooth speaker of andere draagbare speaker om de muziek op af te spelen.

Toelichting
Situatie 1: Patiënt komt zijn/haar/hun kamer uit. Loop samen naar een plek waar je rustig kunt zitten terwijl je de muziek meeneemt en laat spelen. Geef aan dat de patiënt zelf de muziek uit mag kiezen, bijvoorbeeld door de laptop naar diegene toe te draaien. Wijs aan dat patiënt dit zelf mag doen, of dat jij dit voor diegene kunt doen. Mocht patiënt uit een Arabischsprekend land komen, kun je het Arabische toetsenbord op internet laten zien.

Situatie 2: Patiënt komt zijn/haar/hun kamer niet uit. Zorg dat je gemakkelijk vlak bij de kamer kunt gaan zitten zodat de muziek dichtbij blijft spelen. Observeer de reactie van de patiënt. Aan de hand daarvan besluit je of je muziek blijft afspelen (bijvoorbeeld als patiënt meezingt of meebeweegt) of dat je het afrondt (bijvoorbeeld wanneer patiënt deken over zijn hoofd trekt of van je wegduikt).

Contra-indicatie:
Wanneer er sprake is van een ernstige traumatische respons op alles wat met het land van herkomst te maken heeft.

Evaluatie
Deze werkvorm gaat over in contact komen. Hiervoor is het niet nodig om actief vragen te stellen, dit kan juist het tegenovergestelde effect hebben. Observeer en luister naar de patiënt. Sta open voor het verhaal als diegene dit wil vertellen, maar gesprek is niet nodig.

Therapeutische houding
- ☐ Ondersteunend, actief luisterend, samen helpend (Roos van leary).
- ☐ Aansluiting bij werkingsmechanisme
- ☑ Arousal-regulatie (activeren dan wel ontspannen van het lichaam)
- ☐ Proces van lichaamswaarneming/-bewustzijn (prikkels vanuit het eigen lichaam waarnemen)
- ☐ Affectregulatie
- ☐ Emotieregulatie
- ☐ Regulatie van cognitieve processen
- ☐ Regulatie van aandachtprocessen
- ☐ Leren
- ☑ Regulatie van sociale processen
- ☐ Anders, namelijk: in het hier en nu komen

Beschermende factoren/risico factoren

Interne items

- ☐ Intelligentie
- ☐ Hechting
- ☑ Empathie/ vijandigheid
- ☐ Coping
- ☐ Zelfcontrole/ impulsiviteit
- ☐ Agressie
- ☑ Zelfwaardering
- ☐ Emotieregulatie

Externe Items

- ☐ Netwerk
- ☐ Intieme relaties
- ☑ Hulpverlening
- ☐ Woonsituatie
- ☐ Middelengebruik

Motivationele items

- ☑ Motivatie voor behandeling
- ☐ Houding tegenover autoriteit
- ☐ Levensdoelen

Verondersteld mechanisme

Muziek stimuleert de aanmaak van dopamine en endorfine, belonende stoffen, in de hersenen. Door het luisteren naar muziek wordt de aanmaak van dopamine geactiveerd. In onderzoek is aangetoond dat hoe meer de luisteraar kon genieten van de muziek, des te minder activiteit noodzakelijk is in de hersengebieden die actief zijn bij motivatie, beloning en emoties (Blood & Zatorre, 2001; Blum et al., 2010; Stefano et al, 2004). Hodges (2010) toont aan dat muziek die voorspelbaar en harmonisch is, zorgt voor de aanmaak van endorfine, waardoor we ons fijn en ontspannen voelen.

Receptieve muziektherapie is bewezen effectief bij het verminderen van ervaren stress bij patiënten met schizofrenie (Alam et al., 2022).

Functie vaktherapeutisch middel

De muziek is het communicatiemiddel en zorgt voor verbinding.

Daarnaast wordt de eigen identiteit aangesproken en heeft de muziek een ontspannende werking. In deze interventie wordt cultuursensitief gewerkt met muziek: het aanspreken van de cultuur van de patiënt geeft herkenning en de eigen identiteit wordt aangesproken. Herinneringen kunnen worden opgehaald doordat muziek het episodisch geheugen en visual imagery aanspreekt, waardoor men, bewust of onbewust, aan bepaalde situaties moet denken en de spreading activation de bijkomende emoties laat voelen (Juslin et al., 2015).

Merkzame effecten

Wanneer de deur open gaat en de patiënt de voor hem herkenbare muziek en taal hoort, is deze herkenning meteen zichtbaar in de houding en mimiek van de patiënt. Vaak is er dan gelijk een kort oogcontact. Meestal lukt het de patiënt om meer te ontspannen. Dit kan zich uiten in meebewegen en meezingen met de muziek.

De patiënt ervaart een stukje autonomie, omdat men zelf muziek uit mag kiezen. Door het luisteren naar de muziek komt een patiënt in het hier en nu en begint meestal te vertellen over herinneringen en associaties bij deze muziek, waardoor het contact ook direct tot stand komt.

Suggesties voor meetinstrumenten

- Questionnaire episthemic Trust (QET)

Literatuur

Alam, F. H., Sallam, L. E. S., Hashem, S. R., & Sabra, A. I. (2022). Effect of receptive music therapy on stress and coping strategies among patients with schizophrenia. *Tanta Scientific Nursing Journal, 25*(2), 72-93. https://doi,.org/10.21608/tsnj.2022.235402

Juslin, P. N., Barradas, G., & Eerola, T. (2015). From sound to significance: Exploring the mechanisms underlying emotional reactions to music. *The American Journal of Psychology, 128*(3), 281-304. https://doi.org/10.5406/amerjpsyc.128.3.0281

Blood, A.J. & Zatorre, R.J. (2001). Intensely pleasurable responses to music correlate with activity in brain regions implicated in reward and emotion. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 98*(20), 11818-11823. https://doi.org/10.1073/pnas.191355898

Blum, K., Chen, T.J.H., Chen, A.L.H., Madigan, M., Downs, B.W., Waite, R.L., Braverman, E.R., Kerner, M., Bowirrat, A., Giordano, J., Henshaw, H., & Gold, M.S. (2010). Do dopaminergic gene polymorphisms affect mesolimbic reward activation of music listening response? Therapeutic impact on Reward Deficiency Syndrome (RDS). *Medical Hypotheses, 74*(3), 513-520. https://doi.org/10.1016/j.mehy.2009.10.008

Stefano, G.B., Zhu, W., Cadet, P., Salamon, E. & Mantione, K.J. (2004). Music alters constitutively expressed opiate and cytokine processes in listeners. *Medical Science Monitor, 10*(6), 18-27.

Meso-interventie

Emotie verklanken

Doel van de werkvorm
- Emoties leren herkennen en reguleren

Omschrijving
De patiënt vertelt over een aangrijpende gebeurtenis (dit kan een gebeurtenis zijn die de patiënt bij blijft of een delict-gerelateerde gebeurtenis).

De werkvorm wordt gebruikt om emoties uit deze gebeurtenis uit te spelen en geluid te geven aan emoties die van binnen dwars zitten. De patiënt pakt, nadat het verhaal helder is voor de therapeut en de patiënt, een muziekinstrument. De therapeut doet dit ook. Het instrument (het kunnen er ook meerdere zijn) staat centraal voor de emotie. Er wordt één instrument per emotie gebruikt. De therapeut leidt de patiënt doormiddel van een soort scène die er gespeeld wordt. De scène bestaat uit geluid van muziekinstrumenten.

Het is de bedoeling dat de patiënt hard of zacht, met pauzes, snel of langzaam speelt wanneer diegene merkt dat de emotie verandert in de scène.

Op welk moment in de therapie wordt deze werkvorm ingezet?
De werkvorm wordt ingezet wanneer de therapeut merkt dat de patiënt moeite heeft om met emoties om te gaan. Dit kan op verschillende momenten in het therapieproces voorvallen. Voor mensen met een persoonlijkheidsstoornis cluster B werkt het prettig, omdat hier vaak sprake is van moeite met emotieregulatie (American Psychiatric Association [APA], 2013).

Deze interventie is tevens geschikt ter observatie/diagnostiek.

Groep/individueel/tweetal
- ☐ Groep
- ☐ Subgroepen/twee- of drietallen bijv.
- ☐ Individueel in de groep
- ☑ Individueel

Materiaal
Verschillende soorten muziekinstrumenten. Voor elke emotie een instrument.

Toelichting
Het is belangrijk dat de therapeut ruim de tijd neemt. Er kan veel loskomen (oud zeer) bij de patiënt. Het is van belang dat de therapeut dit goed waarneemt en benoemt wat hij/zij/hen ziet en ervaart.

Evaluatie
Vragen naar ervaring van de werkvorm:
- Hoe vond je het om dit te doen?
- Wat voelde je in je lichaam? Waar voelde je dat?

Wat wordt als prettig ervaren en wat niet:
- Wat vond je prettig aan deze oefening? Wat juist niet?
- Ik zag dat je het op dat punt wel lastig kreeg, klopt dat? Hoe ervaarde je dat zelf?

Wat de patiënt meeneemt van de werkvorm:
- Wat neem je mee?
- Hoe kijk je nu naar de gebeurtenis?

Therapeutische houding
Inlevingsvermogen, ondertitelen en benoemen wat je ziet/ervaart. De tijd nemen.
Het accepteren dat de emoties er mogen zijn en niet direct de emoties wegpoetsen.

Aansluiting bij werkingsmechanisme:
- ☐ Arousal-regulatie (activeren dan wel ontspannen van het lichaam)
- ☐ Proces van lichaamswaarneming/-bewustzijn (prikkels vanuit het eigen lichaam waarnemen)
- ☐ Affectregulatie
- ☑ Emotieregulatie
- ☐ Regulatie van cognitieve processen
- ☐ Regulatie van aandachtprocessen
- ☑ Leren
- ☐ Regulatie van sociale processen
- ☐ Anders, namelijk:

Beschermende factoren/risico factoren

Interne items

- ☐ Intelligentie
- ☐ Hechting
- ☐ Empathie/ vijandigheid
- ☑ Coping
- ☐ Zelfcontrole/ impulsiviteit
- ☑ Agressie
- ☐ Zelfwaardering
- ☑ Emotieregulatie

Externe Items

- ☐ Netwerk
- ☐ Intieme relaties
- ☐ Hulpverlening
- ☐ Woonsituatie
- ☐ Middelengebruik

Motivationele items

- ☐ Motivatie voor behandeling
- ☑ Houding tegenover autoriteit
- ☐ Levensdoelen

Aansluiting basisbehoeften

- ☑ Leven (inclusief gezondheid en fysiek welbevinden)
- ☐ Kennis (hoe goed iemand zich geïnformeerd voelt over wat belangrijk voor hem is)
- ☐ Spelen (hobby's en vrijetijdsbesteding)
- ☐ Werken (inclusief zich competent voelen/voelen dat je beter wordt)
- ☐ Zelfbeschikking (autonomie en richting kunnen bepalen)
- ☑ Innerlijke rust/'peace of mind' (vrij zijn van emotionele onrust, pijn en stress)
- ☐ Verbondenheid (intieme, romantische en familiaire relaties)
- ☐ Community (verbondenheid met een bredere sociale groep)
- ☐ Spiritualiteit (betekenis- en zingeving)
- ☐ Plezier (goed voelen in het hier en nu)
- ☐ Creativiteit (vrije en alternatieve zelfexpressie)

Verondersteld mechanisme

Muziek sluit vrij direct aan op emotie: uit onderzoek blijkt dat muziek emotionele processen in het brein stimuleert. Muziek is vaak herkenbaarder dan alleen 'denken over'; er wordt een directe lijfelijke ervaring opgewekt (Koelsch, 2009). De patiënt kan op deze manier een symbolische verklanking maken.

Functie vaktherapeutisch middel

De functie van het vaktherapeutisch middel (muziek) is het verklanken van gevoelens, zonder woorden. De patiënt leert op deze manier emoties te uiten en hoort ze direct terug; er kan gehoord worden hoe de emotie overkomt en hoe het

voelt om deze emotie vervolgens aan te passen. Muziektherapie gericht op emoties en de coping ervan kan helpen om boosheid te verminderen (Hakvoort et al., 2013).

Merkzame effecten

De patiënt kan emoties waarnemen en deze benoemen/ervaren. Ook wordt gezien dat de patiënt leert de emoties te controleren en in staat is om het lijf beter te kennen met betrekking tot emoties.

SUGGESTIES VOOR literatuur

- Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)
- Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ)
- De Utrechtse Coping Lijst - Revised (UCL-R)
- Coping Inventory for Stressful Situations (CISS-NL)

Literatuur

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596

Hakvoort, L., Bogaerts, S., Thaut, M. H., & Spreen, M. (2015). Influence of music therapy on coping skills and anger management in forensic psychiatric patients: An exploratory study. International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 59(8), 810-836.https://doi.org/10.1177/0306624X13516787

Koelsch, S. (2009). A neuroscientific perspective on music therapy. Annals of the New York Academy of Sciences, 1169(1), 374-384. https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2009.04592.x

Meso-interventie

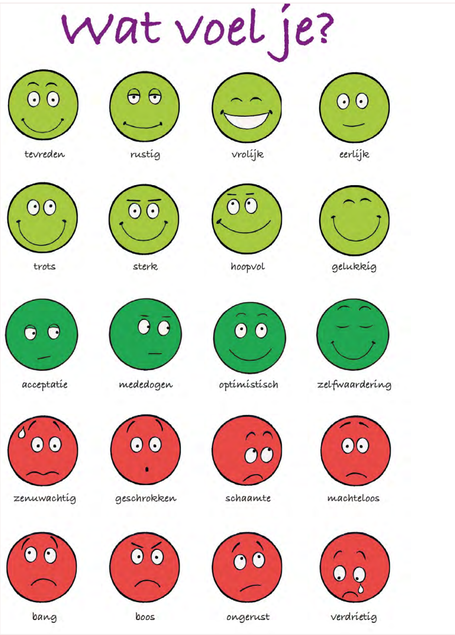
Muzikale emoji-emotie-kwadrant

Doel van de werkvorm

- (H)erkennen en uiten van emoties
- SMART: De patiënt kan minimaal zes en maximaal 10 verschillende emoties bij zichzelf herkennen en benoemen. De patiënt kan deze emoties uiten. Hierbij kan de patiënt verschil aanbrengen tussen de emoties. De patiënt kan in het dagelijks leven deze emoties opmerken en hierover vertellen.

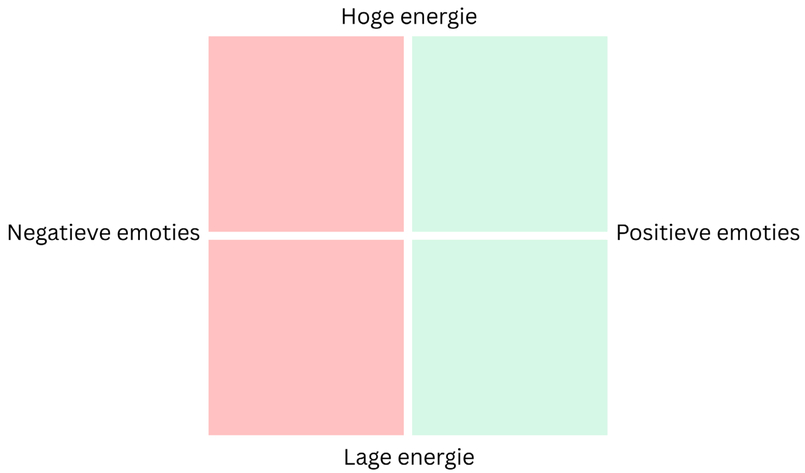
Omschrijving

"We gaan beginnen met één gevoel van de lijst met rode en groene gevoelens (zie afbeelding). Kies er één uit, die je kent. Vertel welke emotie je hebt gekozen en wanneer je die hebt gevoeld. Wanneer de patiënt heeft gekozen; doorvragen op: wanneer voelde je dit? Hoe voelde je dit? Welke lichaamssignalen voelde je? "Nu gaan we deze emotie samen uitspelen op instrumenten. Kijk even rond, probeer wat uit, en kies uiteindelijk een instrument dat je passend vindt (patiënt loopt door de ruimte, gevolgd door de therapeut die zo nodig extra uitleg geeft). Dus jij kiest dit instrument uit, dan neem ik deze (therapeute kiest hetzelfde instrument, en mits niet voorhanden iets wat erop lijkt) (voordat we gaan spelen haalt de therapeute de emotie nog een keer op in alle door patiënt benoemde facetten.



Muzikaal spel emotie:

"(na het spel: even blijven staan, keer in- en uitademen). Hoe was het om dit te doen? Voelde je de emotie? Hoe dan? Waar dan? Wat maakte het zo duidelijk? Klopte het instrument? Hoorde je mij ook? Wat deed ik (anders) dan jij? Hoe vond je dat ik meedeed? (Het spel wordt helemaal besproken)."



"We gaan nu de emotie plaatsen in het emotiekwadrant (therapeute laat papier met lege emotiekwadrant zien aan patiënt, schrijft zijn naam bovenop; zie afbeelding). We gaan alle emoties die je de komende sessies gaat kiezen hier erin zetten. Ik zal het emotiekwadrant uitleggen: In de vakken links horen de negatieve of rode emoties, De twee vakken rechts zijn voor de positieve of groene gevoelens. De twee vakken boven zijn voor emoties waar je een hoge energie bij voelt, en de twee onderste vakken zijn voor gevoelens waar je een lage energie bij voelt. Jij mag nu kiezen, in welk vakje de emotie voor jou hoort komen te staan, die we net hebben uitgespeeld. (Patiënt denkt na, therapeut helpt door voorbeelden te geven, ook met lichaam te laten zien wat hoge en lage energie betekent). (Patiënt kiest een vak). Dan mag jij nu de emotie erin schrijven. Houd plek over, want misschien komen er nog meer emoties bij in dát vak. (Patiënt schrijft emotie in vak). Volgende keer gaan we verder. We herhalen eerst wat we vandaag hebben gedaan, dus we spelen het gevoel nog een keer uit; misschien op dezelfde instrumenten, dat mag jij zeggen. En dan mag je een nieuw gevoel kiezen, een rode deze keer (of een groene; de andere zeg maar) en die spelen en plaatsen we dan ook."

Op welk moment in de therapie wordt deze werkvorm ingezet?

In de behandelfase.

Groep/individueel/tweetal

- ☐ Groep
- ☐ Subgroepen/twee- of drietallen bijv.
- ☑ Individueel in de groep
- ☑ Individueel

Materiaal

Zoveel mogelijk verschillende klankkleuren (ritme, snaar, toets) en liefst van alles 2 instrumenten. Verder kopie groene/rode gevoelens en kopie lege emotiekwadrant met pen. Mogelijk ook tablet voor video-opname op een later moment; terugkijken/luisteren.

Toelichting

Deze werkvorm is laagdrempelig en in principe voor iedereen geschikt. Je kunt denken aan LVB vanwege de laagdrempeligheid van de plaatjes.

Wanneer een groep aan elkaar gewend is en er genoeg veiligheid is, lijkt deze interventie ook passend te zijn voor groepen. Je zou de interventie dan één op één met iemand kunnen uitvoeren. De rest kan dan observeren met de vraag 'Wat gebeurt hier nou eigenlijk? En zou dit gevoel voor mij hetzelfde klinken?'

Wanneer deze interventies meerdere sessies wordt uitgevoerd, lijkt het ook op een macro interventie: een module. In een later stadium worden geen nieuwe emoties meer gekozen, maar wordt aan de slag gegaan met de 6-10 emoties die er zijn. Dan worden er iedere keer twee uitgespeeld, met bijbehorende situaties van de afgelopen week.

De micro-interventie 'gevoel overnemen' zou ingezet kunnen worden wanneer de patiënt onzeker is of het gevoel klopt. Spiegelen kan dan helpend zijn (zie micro-interventie).

Evaluatie

- Hoe was het om deze oefening te doen?
- Wat kun je meenemen?
- Wat was nieuw voor jou?
- Heb je iets over jezelf geleerd, ontdekt?
- (Ter verdieping:) Ken je deze emotie van vroeger? Mogelijk ten tijde van delict?
- Terugblik de week erna: kijk naar je emotiekwadrant: Welke emotie heb je deze week gevoeld, en wanneer was dat, wat gebeurde er toen? (Dan uitspelen; en nog een).

Therapeutische houding

Doordat de werkvorm redelijk vaststaat is de houding enigszins directief.
Maar vooral ondersteunend, samen de emotie vinden. Nieuwsgierig, bij het uitvragen van de emotie en situaties. Uitnodigend en tegelijkertijd geruststellend, bij het kiezen van een instrument. Enthousiast en lovend wanneer de patiënt meedoet aan deze werkvorm. Positief, álles is goed.

Aansluiting bij werkingsmechanisme

- ☐ Arousal-regulatie (activeren dan wel ontspannen van het lichaam)
- ☐ Proces van lichaamswaarneming/-bewustzijn (prikkels vanuit het eigen lichaam waarnemen)
- ☐ Affectregulatie
- ☐ Emotieregulatie
- ☐ Regulatie van cognitieve processen
- ☐ Regulatie van aandachtprocessen
- ☐ Leren
- ☐ Regulatie van sociale processen
- ☐ Anders, namelijk:

Beschermende factoren/risico factoren

Interne items

- ☐ Intelligentie
- ☐ Hechting
- ☐ Empathie/ vijandigheid
- ☐ Coping
- ☑ Zelfcontrole/ impulsiviteit
- ☐ Agressie
- ☐ Zelfwaardering
- ☑ Emotieregulatie

Externe Items

- ☐ Netwerk
- ☐ Intieme relaties
- ☐ Hulpverlening
- ☐ Woonsituatie
- ☑ Middelengebruik

Motivationele items

- ☐ Motivatie voor behandeling
- ☐ Houding tegenover autoriteit
- ☑ Levensdoelen

Aansluiting basisbehoeften

- ☑ Leven (inclusief gezondheid en fysiek welbevinden)
- ☐ Kennis (hoe goed iemand zich geïnformeerd voelt over wat belangrijk voor hem is)
- ☐ Spelen (hobby's en vrijetijdsbesteding)
- ☐ Werken (inclusief zich competent voelen/voelen dat je beter wordt)
- ☑ Zelfbeschikking (autonomie en richting kunnen bepalen)
- ☐ Innerlijke rust/'peace of mind' (vrij zijn van emotionele onrust, pijn en stress)
- ☐ Verbondenheid (intieme, romantische en familiaire relaties)
- ☐ Community (verbondenheid met een bredere sociale groep)
- ☐ Spiritualiteit (betekenis- en zingeving)
- ☐ Plezier (goed voelen in het hier en nu)
- ☑ Creativiteit (vrije en alternatieve zelfexpressie)

Verondersteld mechanisme

Deze interventie betreft actieve muziektherapie: dit bevordert expressie, het uiten van zichzelf door middel van de muziek, wat werkzaam kan zijn om zelfvertrouwen en emotieregulatie te verbeteren (Chen et al., 2016). Lichaamswaarneming wordt uitgevraagd in gesprek en hier wordt op gefocust tijdens het muzikale spel.
Dit bekrachtigt de relatie tussen het bewuste en het -voor patiënten vaak nog- onbewuste lichamelijke gevoel, dat signalen afgeeft.

Functie vaktherapeutisch middel

Hetgeen wat in de muziek gebeurt, heeft direct te maken met wat er zich van binnen afspeelt in de kern van een persoon: dit is een analoog proces (Smeijsters, 2012), affecten en ervaringen die leven in iemand worden hoorbaar in muzikale parameters. In plaats van analytisch denken geeft muziek de mogelijkheid tot ervaringsgericht leren, ben brengt het onbewuste vervolgens naar het bewuste door met de patiënt naar deze muziek te luisteren en deze te bespreken.

Door de emotie niet alleen te bespreken maar ook uit te spelen, wordt een ander perspectief aangesproken. Muziektherapie gericht op emoties en de coping ervan kan helpen om boosheid te verminderen (Hakvoort et al., 2013).

Merkzame effecten

Aanvankelijk is de muzikale uiting vaak erg fragiel, of kort, of nauwelijks dynamisch. Door de emoties iedere week te herhalen consolideert enerzijds, maar versterkt/ verandert anderzijds de geuite emotie; deze wordt steeds passender. De patiënt voelt na een tijd ook opluchting na het spel (“het is eruit”) en plezier.

Suggesties voor meetinstrumenten

- Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)
- Multidimentional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA-2) – subschaal emotioneel bewustzijn

Literatuur

Chen, X. J., Hannibal, N., & Gold, C. (2016). Randomized trial of group music therapy with Chinese prisoners: Impact on anxiety, depression, and self-esteem. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 60*(9), 1064-1081. https://doi.org/10.1177/0306624X15572795

Hakvoort, L., Bogaerts, S., Thaut, M. H., & Spreen, M. (2015). Influence of music therapy on coping skills and anger management in forensic psychiatric patients: An exploratory study. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 59*(8), 810-836. https://doi.org/10.1177/0306624X13516787

Smeijsters, H. (2012). Analogy and metaphor in music therapy: Theory and practice. *Nordic Journal of Music Therapy, 21*(3), 227-249. https://doi.org/10.1080/08098131.2011.649299

Meso-interventie

Rollenspel in muziek gericht op schematherapie

Doel van de werkvorm
- Bewustwording van gedrag
- Copingsvaardigheden aanleren
- Reguleren van emoties

Omschrijving

Modi uit de schematherapie (Schema Focused Therapie [SFT]) worden in deze werkvorm omgezet naar muzikale parameters. Vanuit deze modi improviseert de patiënt samen met therapeut. De patiënt moet hiervoor enige kennis hebben van verschillende modi, evenals de therapeut.

De therapeut bevraagt de patiënt op een moment dat er een modi wordt opgemerkt: "kan het zijn dat je nu in een modus schiet? Welke denk je?" en "Hoe zou deze modus klinken, hard of zacht?", "Laten we samen proberen dit te laten horen met een instrument". De therapeut laat de patiënt een instrument kiezen dat diegene vindt passen bij de modi. De werkvorm is als het ware een vraag-antwoord rollenspel, de patiënt speelt iets in de bepaalde modi, waarna de therapeut reageert. Hierdoor kan de patiënt inzicht krijgen in wat de modi teweegbrengt.

Je kunt de werkvorm ook inzetten wanneer een patiënt niet in 'een modus zit', maar door de verschillende modi samen te verkennen. Dus door te zeggen: "stel je je eens voor dat je in een hele stressvolle situatie zit, wat gebeurt er dan met je? In welke modus schiet je dan vaak? Laten we daar eens mee aan de slag gaan". En: "En hoe zou het nu klinken als Gezonde volwassene?"

Voor een overzicht van de verschillende kind, difunctionele coping, disfunctionele ouder en functionele modi, zie: https://www.schematherapie.nl/stream/overzicht-schemas-en-modi-definitief29042021.pdf

Vaak gekozen en passende modi voor deze werkvorm zijn: het Kwetsbare kind, het Boze kind, het Razende Kind, de Willoze inschikkelijke, de Boze beschermer, de Straffende ouder, de Veeleisende ouder, de Gezonde volwassene en het Blije kind.

Op welk moment in de therapie wordt deze werkvorm ingezet?

Ten alle tijden, bijvoorbeeld wanneer er een bepaalde modus sterk aanwezig is of wanneer de patiënt verschillende modi leert kennen.

Groep/individueel/tweetal

- ☐ Groep
- ☑ Subgroepen/twee- of drietallen bijv.
- ☐ Individueel in de groep
- ☑ Individueel

Materiaal

Ritme en melodische instrumenten zoals een piano, trommels, drumstel, gitaar

Toelichting

Zoals vermeld dient er schematherapeutische kennis te zijn bij de therapeut, kennis van risicofactoren zoals boosheid binnen de forensische setting.

Deze werkvorm kan goed worden ingezet binnen de verslavingszorg, om de modi waarin de patiënt schiet te herkennen en te leren de gezonde kant meer in te zetten.

Een andere mogelijkheid is een rollenspel zonder de koppeling van modi, bijvoorbeeld meer vanuit emoties. Deze werkvorm sluit daarmee enigszins aan bij de werkvormen 'muzikale emotiekwadrant' en 'emoties verklanken'. Echter wordt in deze variant aangeraden meer interactie op gang te brengen.

Evaluatie

- Wat merk je, in je spel of in samenspel?
- Hoe heb je gespeeld?
- Kan de spanning in je lijf koppelen aan zucht?
- Herken je dit buiten de muziek?

Therapeutische houding

Empathische confrontatie, ondersteunend, realistische grenzen geven

Aansluiting bij werkingsmechanisme

- ☐ Arousal-regulatie (activeren dan wel ontspannen van het lichaam)
- ☐ Proces van lichaamswaarneming/-bewustzijn (prikkels vanuit het eigen lichaam waarnemen)
- ☐ Affectregulatie
- ☑ Emotieregulatie
- ☑ Regulatie van cognitieve processen
- ☐ Regulatie van aandachtprocessen
- ☑ Leren
- ☐ Regulatie van sociale processen
- ☐ Anders, namelijk:

Beschermende factoren/risico factoren

Interne items

- ☐ Intelligentie
- ☐ Hechting
- ☑ Empathie/ vijandigheid
- ☑ Coping
- ☑ Zelfcontrole/ impulsiviteit
- ☑ Agressie
- ☑ Zelfwaardering
- ☑ Emotieregulatie

Externe Items

- ☑ Netwerk
- ☑ Intieme relaties
- ☑ Hulpverlening
- ☑ Woonsituatie
- ☑ Middelengebruik

Motivationele items

- ☑ Motivatie voor behandeling
- ☑ Houding tegenover autoriteit
- ☐ Levensdoelen

Aansluiting basisbehoeften

- ☐ Leven (inclusief gezondheid en fysiek welbevinden)
- ☐ Kennis (hoe goed iemand zich geïnformeerd voelt over wat belangrijk voor hem is)
- ☐ Spelen (hobby's en vrijetijdsbesteding)
- ☐ Werken (inclusief zich competent voelen/voelen dat je beter wordt)
- ☑ Zelfbeschikking (autonomie en richting kunnen bepalen)
- ☐ Innerlijke rust/'peace of mind' (vrij zijn van emotionele onrust, pijn en stress)
- ☑ Verbondenheid (intieme, romantische en familiaire relaties)
- ☐ Community (verbondenheid met een bredere sociale groep)
- ☐ Spiritualiteit (betekenis- en zingeving)
- ☑ Plezier (goed voelen in het hier en nu)
- ☐ Creativiteit (vrije en alternatieve zelfexpressie)

Verondersteld mechanisme

Door het rollenspel kan de patiënt zicht krijgen op de verschillende modi en hoe de ander (de therapeut) hierop reageert. De patiënt zal merken dat het tempo en de dynamiek bij de modi heel verschillend zijn en kan hierdoor de verschillende modi beter leren kennen. Er wordt bij het Boze Kind bijvoorbeeld vaak hard gespeeld, waarop de therapeut hard kan terugspelen en kan kijken wat er gebeurt. Wanneer de therapeut 'zachtjes' reageert, kan dit het spel van de patiënt weer beïnvloeden. Hierdoor herkent de patiënt wat zijn coping is en welke modi getriggerd worden. Schemagerichte therapie met vaktherapie bleek in een eerder onderzoek effectiever dan standaard behandeling in het vergroten van adaptieve modi bij forensische patiënten (Van den Broek, et al., 2011).

Functie vaktherapeutisch middel

De patiënt zicht laten krijgen op zijn/haar/hun patronen, doordat ze in de ervaring treden en dit gespiegeld krijgen (Koelsch, 2009). De muziek weerspiegelt hierbij het gevoel/de modus; het is een analoog procesmodel (Smeijsters, 2012). Doordat de patiënt de modus moet uitspelen wordt hij/zij/hen duidelijk hoorbaar en kan het makkelijker te herkennen zijn dan wanneer men er alleen over praat.

Merkzame effecten

Dat ze meer in contact komen met hun lijf en zicht krijgen op eigen modi. Vaak wordt benoemd: “ja, dit voelde veel gehaaster!” Of: “ik werd alleen maar geïrriteerder toen je zo reageerde”. De koppeling met het dagelijks leven kan op deze manier worden gelegd: “Herken je dat uit situaties in je dagelijks leven?”.

Suggesties voor meetinstrumenten

- Schema Mode Inventory (SMI)
- De Utrechtse Coping Lijst - Revised (UCL-R)
- Coping Inventory for Stressful Situations (CISS-NL)

Literatuur

Koelsch, S. (2009). A neuroscientific perspective on music therapy. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1169*(1), 374-384. https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2009.04592.x

Smeijsters, H. (2012). Analogy and metaphor in music therapy. Theory and practice. *Nordic Journal of Music Therapy, 21*(3), 227-249. https://doi.org/10.1080/08098131.2011.649299

Van den Broek, E., Keulen-de Vos, M., & Bernstein, D. P. (2011). Arts therapies and schema focused therapy: A pilot study. *The Arts in Psychotherapy, 38*(5), 325-332. https://doi.org/10.1016/j.aip.2011.09.005

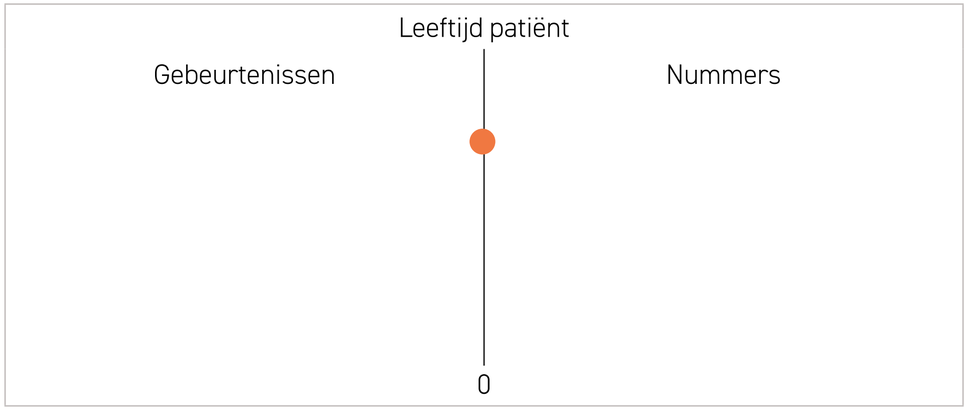
Meso-interventie

Muzikale levensloop

Doel van de werkvorm

- Zicht op de belevingswereld
- In kaart brengen van life events
- Inzicht geven
- Versterken van acceptatie van life events

Omschrijving



Werkwijze:

Teken een verticale lijn in het midden van een groot papier, met onderaan de lijn het getal nul en bovenaan de lijn de leeftijd van de patiënt. Per sessie worden er één of twee nummers gekozen. De muziek die de patiënt kiest heeft een betekenisvolle waarde omdat het hem herinnert aan een moment terug in de tijd. Je gebruikt positieve momenten en negatieve momenten. Het delictmoment waarvoor de patiënt vast is komen te zitten wordt uiteindelijk ook getekend in de vorm van een rode stip op de lijn. Er is geen vaste volgorde waar je begint met de levenslijn in te vullen. De patiënt heeft alle vrijheid bij het invullen en kiezen van de nummers. Onderdeel van de interventie is om de tijd te nemen om de juiste opname te zoeken, is het een live optreden of een akoestische versie? Luister samen aandachtig naar het liedje en ga op zoek naar waarom dit liedje van grote betekenis was op een bepaald moment in het leven van de patiënt.

Op welk moment in de therapie wordt deze werkvorm ingezet?

Deze werkvorm kan altijd ingezet worden, vooral wanneer iemand onsamenhangend over zijn leven vertelt, om zo ordening en structuur aan te brengen. Als de werkvorm niet aansluit of ze het niet leuk vinden, kan het afgebroken worden. Het plezier is belangrijk voor de werkvorm en de behandelmotivatie.

Groep/individueel/tweetal

- ☐ Groep
- ☐ Subgroepen/twee- of drietallen bijv.
- ☐ Individueel in de groep
- ☑ Individueel

Materiaal

Groot papier en stiften/potloden/pennen. Alles om de muziek mee af te spelen.
Een muziekdatabase, zoals Spotify of Youtube.

Toelichting

- Bij iemand met een licht verstandelijke beperking kun je iets meer tekens of smileys tekenen, bijvoorbeeld een beetje speels met muzieknoten. Verder is het hetzelfde. Ook wordt het delict erop gezet.
- Bij iemand met trauma ligt het helemaal bij de patiënt. Zo blijft de levenslijn van oorlogsslachtoffers vaak helemaal leeg. Er komt geen muziek bij. Hoe komt dat? Sommige houden het af, omdat ze er niet over willen of kunnen praten. Je kunt dan aanbieden om er alsnog een nummer bij te zoeken die er achteraf wel bij gepast zou kunnen hebben. Er zijn veel liedjes over de oorlog die misschien in de buurt komen van de belevenis van de patiënt.

Evaluatie

Tijdens de sessie:

- Waar doet dit nummer je aan denken?/Aan welke tijd doet het je denken?
- Wat gebeurde er rond die tijd?
- Wat doet het met je om naar dit nummer te luisteren?
- Klopt deze versie helemaal met jou beleving van toen?

Afronden:

Aan het einde van de sessie kan je de volgende vragen stellen::

- Heb je alles kunnen zeggen wat je wilde?
- Wil je ergens mee verder gaan volgende keer?"
- Kijk maar even of je nog iets in de mediatheek kan vinden vanuit die tijd.

Bij het afronden van de levenslijn vraag je:

- Wat gaat er nu in je om als je hier naar kijkt?
- Kan je aannemen dat jij dit ook echt bent?
- Mist er nog iets?

Perspectief:

Geef ook je eigen perspectief mee als therapeut. Geef hierbij erkenning over wat er allemaal gebeurd is en laat de patiënt kennismaken met een ander perspectief (jouw perspectief) als je naar zijn levenslijn kijkt.

De patiënt mag de levenslijn meenemen, ophangen, of zelfs verscheuren of verbranden. Het verbranden voelt als een plechtige gebeurtenis, buiten in de vuurkorf in de tuin. Sommigen leggen het onder hun matras. Het is goed als therapeut om altijd suggesties te geven, omdat de opties soms moeilijk te bedenken

zijn, vooral bij een licht verstandelijke beperking. Ze hebben dan wat opties nodig, zodat het concreter wordt voor hen.

Therapeutische houding
Nieuwsgierig en volgend: Wees positief en nieuwsgierig. Het is belangrijk dat je de patiënt laat merken dat alles welkom is op zijn lijn. Laat het dan ook echt bij de patiënt wat hij/zij/hen invult en probeer zo min mogelijk leiding te nemen.

Aansluiting bij werkingsmechanisme

- ☐ Arousal-regulatie (activeren dan wel ontspannen van het lichaam)
- ☐ Proces van lichaamswaarneming/-bewustzijn (prikkels vanuit het eigen lichaam waarnemen)
- ☐ Affectregulatie
- ☑ Emotieregulatie
- ☑ Regulatie van cognitieve processen
- ☐ Regulatie van aandachtprocessen
- ☐ Leren
- ☐ Regulatie van sociale processen
- ☐ Anders, namelijk:

Beschermende factoren/risico factoren

Interne items

- ☐ Intelligentie
- ☑ Hechting
- ☐ Empathie/ vijandigheid
- ☐ Coping
- ☐ Zelfcontrole/ impulsiviteit
- ☐ Agressie
- ☑ Zelfwaardering
- ☑ Emotieregulatie

Externe Items

- ☑ Netwerk
- ☐ Intieme relaties
- ☐ Hulpverlening
- ☐ Woonsituatie
- ☑ Middelengebruik

Motivationele items

- ☑ Motivatie voor behandeling
- ☐ Houding tegenover autoriteit
- ☑ Levensdoelen

Aansluiting basisbehoeften

- ☐ Leven (inclusief gezondheid en fysiek welbevinden)
- ☐ Kennis (hoe goed iemand zich geïnformeerd voelt over wat belangrijk voor hem is)
- ☐ Spelen (hobby's en vrijetijdsbesteding)
- ☐ Werken (inclusief zich competent voelen/voelen dat je beter wordt)
- ☐ Zelfbeschikking (autonomie en richting kunnen bepalen)
- ☐ Innerlijke rust/'peace of mind' (vrij zijn van emotionele onrust, pijn en stress)
- ☐ Verbondenheid (intieme, romantische en familiaire relaties)
- ☐ Community (verbondenheid met een bredere sociale groep)
- ☐ Spiritualiteit (betekenis- en zingeving)
- ☐ Plezier (goed voelen in het hier en nu)
- ☐ Creativiteit (vrije en alternatieve zelfexpressie)

Verondersteld mechanisme

Compleet beeld:

Als je nadenkt over je leven, dat koppelt aan muziek en dat weer koppelt aan emotie, dan kun je het levensbeeld compleet maken. Muziek kan helpen om de emoties naar boven te brengen. Het compleet maken van het levensverhaal helpt vaak om er grip op te krijgen. Dit draagt ook bij aan het accepteren van hoe je leven is gelopen.

Perspectief en Communicatie:

Het uitwisselen en delen van ervaringen of belevingen zorgt dat er meerdere perspectieven komen. Het hele verhaal wordt driedimensionaal. Ook het zien/horen van het 'gehele verhaal' kan een nieuw perspectief brengen. Narratieve psychologie werkt met de gedachte dat mensen identiteit en zingeving halen uit hun levensverhaal. Het levensverhaal kan tot zelfbegrip en zelfcompassie leiden (McAdams, 2001).

Functie vaktherapeutisch middel

Bij het luisteren van muziek, vooral zelf-gekozen muziek, wordt het associatie-netwerk van het brein aangesproken ('spreading activation') (Völker, 2022).
Deze spreading activation is geassocieerd met muzikale empathie.
Herinneringen kunnen worden opgehaald doordat muziek het episodisch geheugen en visual imagery aanspreekt, waardoor men, bewust of onbewust, aan bepaalde situaties moet denken en de spreading activation de bijkomende emoties laat voelen (Juslin et al., 2015). Juslin (2019) geeft een overzicht van de mechanismen die in werking worden gezet wanneer men muziek luistert. Deze mechanismen wordt afgekort tot "BRECVEMA" (zie literatuur voor meer informatie).

Door met muziek te werken heb je een ingang bij iemand: muziek werkt verbindend en is voor (bijna) iedereen herkenbaar en van belang. Je zet iemand in zijn eigen regie/autonomie. Iemand voelt zich gehoord. Je bouwt aan een therapeutische relatie.

Merkzame effecten

Het grootste effect is dat patiënten zich begrepen voelen. Dat er iets is gemaakt waar hij/zij/hen tevreden over is, en wat iets over diegene zegt.

Door het plezier dat beleefd wordt aan het luisteren van alle oude betekenisvolle nummers, wordt er een behandelrelatie opgebouwd. Het delen van stukken van je verleden kan voor een vertrouwde en veilige sfeer zorgen, als er oordeelloos, nieuwsgierig en begripvol op gereageerd wordt.

Suggesties voor meetinstrumenten

- Vragenlijst Ingrijpende Gebeurtenissen (VIG)
- Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES)

Literatuur

Juslin, P. N. (2019). *Musical emotions explained: Unlocking the secrets of musical affect*. Oxford: Oxford University Press.

Juslin, P. N., Barradas, G., & Eerola, T. (2015). From sound to significance: Exploring the mechanisms underlying emotional reactions to music. T*he American Journal of Psychology, 128*(3), 281-304. https://doi.org/10.5406/amerjpsyc.128.3.0281

McAdams, D. P. (2001). The psychology of life stories. *Review of General Psychology, 5*(2), 100-122. https://doi.org/10.1037/1089-2680.5.2.100

Völker, J. (2022). Measuring emotional music experience: Spreading activation and BRECVEMA mechanisms. *Psychology of Music, 50*(2), 631-649. https://doi.org/10.1177/03057356211010224

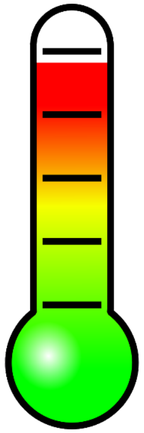
Meso-interventie

Muzikale spanningsmeter

Doel van de werkvorm

- Het bewust worden van verschillende spanningsniveaus
- Het leren reguleren van hoge spanningsniveaus.
- Empowerment

Omschrijving



Eerst moet er bepaald worden of je receptief of actief gaat werken: of iemand nummers gaat uitkiezen, of zelf muziek gaat maken.

Vervolgens leidt je de werkvorm in met: “Ik hoor dat jij veel muziek luistert op de afdeling. Kijk: ik heb hier een spanningsmeter en die wil ik met jou graag invullen, want volgens mij heb jij liedjes die bij de verschillende niveaus van de thermometer passen.”

Spanningsmeter en hoogste spanning:

Eerst ga je met de patiënt naar de spanningsmeter zelf kijken. Zo kun je vragen wat de patiënt ziet op het plaatje van de thermometer. Je gaat het dan hebben over de twee uitersten: hoge en lage spanning. Benoem daarbij ook lichaamssignalen (zoals hartslag) die bij die spanningen komen kijken. Neem de patiënt direct mee en vraag bijvoorbeeld of hij/zij/hen zich ook ooit al weleens woedend heeft gevoeld, in een hele hoge spanning, en wat voor muziek daar bij past. Patiënten brengen dan vaak hele harde dreunende muziek in. Geef vervolgens als therapeut erkenning voor de muziekkeuze. Benoem dat dit vaak voorkomt. Maak de koppeling naar lichaamssignalen die de harde muziek/de hoge spanning met zich meebrengt zoals een versnelde hartslag, een versnelde ademhaling, lichaamsbeweging en warm worden. Je kan de gekozen muziek opzetten en het de patiënt laten ervaren.

Bewustmaking:

Sta vervolgens even stil bij de twee uitersten. Vraag de patiënt wat voor muziek passend is bij totale ontspanning. Je hoeft nog niet meteen liedjes op de lijntjes ingevuld te hebben. Je gaat eerst de soort muziek bespreken, en later echt samen opzoek naar het meest passende lied bij de verschillende spanningsniveaus. Als je voor de twee uiterste (ont)spanningen muziek hebt gekozen, ga je vervolgens kijken

naar de tussenstapjes in het niveau van spanning (het midden van de thermometer). Het kan hierbij helpend zijn om handelingen/activiteiten te noemen die de patiënt aanspreken, en waarbij een bepaalde spanning- of ontspanning aanwezig is, zoals sporten. Kijk samen met de patiënt waar hij/zij/hen tijdens het sporten zit op de spanningsthermometer. Op deze manier bedenk je een aantal tussenstappen op de spanning. Nadat je het hierover gehad hebt ga je de vertaalslag maken naar het dagelijkse leven.

'Dus we hebben muziek voor een hele lage spanning, muziek voor het sporten en muziek voor een hele hoge spanning. Wat hebben we daar nou eigenlijk aan, dat we dit allemaal hebben?'

Leg de patiënt uit dat muziek je kan helpen dingen te doen, omdat je je gaat afstemmen op de muziek. Je kan er zelf voor kiezen op je kamer naar rustige muziek te luisteren of juist hele harde muziek wanneer je boos bent. Want muziek kan jou hierin bevestigen. Je geeft aan de patiënt aan dat je nu samen die muziek echt concreet wilt gaan maken.

Uitzoeken van nummers:

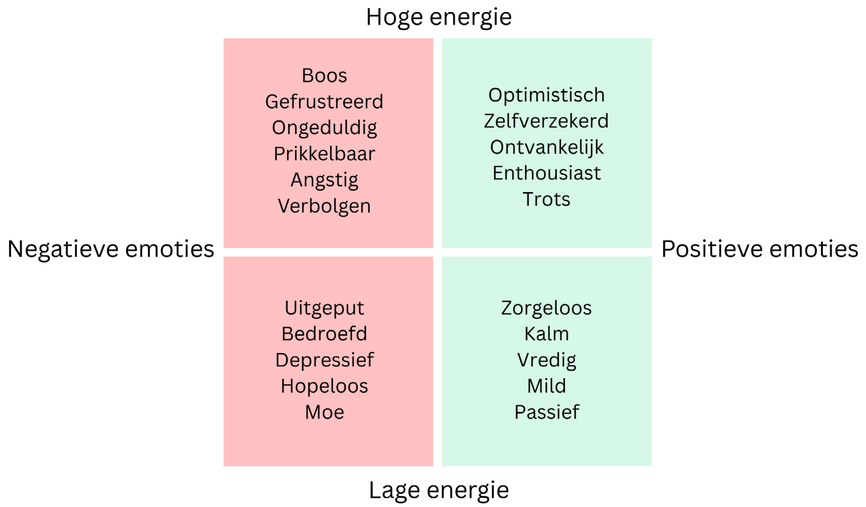
Je kijkt bij het uitkiezen van passende liedjes naar alles. Dus het tempo, ritme, volume en de tekst. Laat hierin ook jouw interpretatie van het nummer naar voren komen, zodat de patiënt ziet dat een liedje verschillende betekenissen heeft voor verschillende personen. Zo daag je hem ook uit zelf verder na te denken wat het liedje voor hem/haar/hen betekent. Je gaat met de patiënt die muziek zoeken, en vervolgens opzetten op het volume dat de patiënt wil. Je kan het er samen over gaan hebben/exploreren. De patiënt mag er vrij op bewegen. Je gaat op zoek naar dat gevoel/die spanning en deze aan de hand van de muziek dus aanwakkeren.

Gebruik ook gebeurtenissen van afgelopen week en de spanning die toen speelde. Wat voor muziek past daar dan bij?

Je kan ook huiswerk meegeven, waarbij je de patiënt uitnodigt alvast over muziek na te denken bij een bepaald spanningsniveau.

Variaties:

Je kan ook in plaats van de spanningsmeter een emotiekwadrant gebruiken. In het kwadrant heb je hoge energie en lage energie. Daarnaast heb je de lijn van positief en negatief. Je kan namelijk een positieve hoge energie hebben en een negatieve hoge energie. Boosheid is vaak negatief, maar met sporten zit men soms ook in een hoge energie, alleen dan een positieve energie.



Op welk moment in de therapie wordt deze werkvorm ingezet?

- Je zou deze werkvorm vanaf de eerste sessie kunnen doen.
- Je zou ook begeleiders kunnen uitnodigen, omdat de spanningsthermometer overeenkomt met een signaleringsplan. Je kunt hen meegeven welke muziek wanneer helpend is voor de patiënt.

Groep/individueel/tweetal

- [x] Groep
- [ ] Subgroepen/twee- of drietallen bijv.
- [x] Individueel in de groep
- [x] Individueel

Deze werkvorm is nog niet uitgeprobeerd in een groep, maar je zou in een groep elke sessie iemand anders als centraal persoon kunnen pakken en voor deze persoon met zijn thermometer aan de slag kunnen gaan. Of je zou kunnen kijken of je een gezamenlijke spanningsthermometer kan maken voor de afdeling.

Materiaal

- Je hebt een uitgeprint blad nodig met de spanningsthermometer (of je tekent die op een papier).
- Daarnaast heb je een stereoinstallatie met goede boxen nodig en een muziekdatabase.
- Er zijn soms patiënten die een 'delictlied' hebben. Vaak krijgen begeleiders/ regiebehandelaren paniek wanneer een patiënt zijn delictmuziek (weer) wil luisteren. Echter kun je juist het beste onder begeleiding, in een veilige omgeving de patiënt wél de delictmuziek laten luisteren in de therapie.

Toelichting

Je, wanneer de thermometer af is, gebruik maken van de spanningsthermometer om aan het begin en eind van een sessie in te checken hoe de patiënt erbij zit. Maak gebruik van veel herhaling. Dus benoem elke keer welke muziek je hebt behandeld, bij welk spanningsniveau dat past en hoe jullie dat ervaren hebben. Hoe meer je consolideert, hoe beter het beklijft.

Haal de spanning en druk eraf bij het opgeven van het huiswerk. Geef bijvoorbeeld geen te grote huiswerkopdrachten (maximaal 1 nummer bedenken).

Als therapeut moet je steunend zijn. Houd voor jezelf of je het leuke muziek vindt of niet. Alles wat komt is welkom. Je kan wel je verbazing uiten, wanneer een patiënt een onverwachte keuze maakt. Op deze manier raak je in gesprek en voelt de patiënt zich gezien. Geef de patiënt ook de regie. Het wordt tenslotte zijn/haar/hun thermometer.

Soms zijn er patiënten die agressief kunnen worden van bepaalde muziek. Maak dan van tevoren afspraken. Bijvoorbeeld: geef de patiënten iets waar ze tegenaan mogen trappen.

Contra-indicaties:
Psychoticisme

Evaluatie

- Hoe vond je het vandaag?
- Wat heeft het je kiezen van de nummers opgeleverd?
- Merk je dat je spanning verandert als je het nummer luistert? Wat doet het met je?
- Neem je iets mee uit deze sessie? Wat kun je deze week doen als je spanning hoog is?
- Waar zou je volgende week mee aan de slag willen gaan?
- Als je heel lang met een patiënt op één spanningsniveau blijft hangen, dan is het goed mee te geven dat jullie volgende week aan de slag gaan met een hoger niveau.

Therapeutische houding

Confrontatie in verbazing. Dus wanneer de patiënt iets onverwachts doet/kiest, dan uit je je verbazing hierover, waar je hem indirect mee confronteert. Verder ben je respectvol en steunend.

Aansluiting bij werkingsmechanisme

- [x] Arousal-regulatie (activeren dan wel ontspannen van het lichaam)
- [ ] Proces van lichaamswaarneming/-bewustzijn (prikkels vanuit het eigen lichaam waarnemen)
- [ ] Affectregulatie
- [ ] Emotieregulatie
- [ ] Regulatie van cognitieve processen
- [ ] Regulatie van aandachtprocessen
- [x] Leren
- [ ] Regulatie van sociale processen
- [ ] Anders, namelijk:

Beschermende factoren/risico factoren

Interne items

- ☐ Intelligentie
- ☐ Hechting
- ☐ Empathie/ vijandigheid
- ☑ Coping
- ☑ Zelfcontrole/ impulsiviteit
- ☑ Agressie
- ☐ Zelfwaardering
- ☐ Emotieregulatie

Externe Items

- ☐ Netwerk
- ☐ Intieme relaties
- ☐ Hulpverlening
- ☐ Woonsituatie
- ☑ Middelengebruik

Motivationele items

- ☑ Motivatie voor behandeling
- ☐ Houding tegenover autoriteit
- ☐ Levensdoelen

Aansluiting basisbehoeften

- ☐ Leven (inclusief gezondheid en fysiek welbevinden)
- ☑ Kennis (hoe goed iemand zich geïnformeerd voelt over wat belangrijk voor hem is)
- ☑ Spelen (hobby's en vrijetijdsbesteding)
- ☐ Werken (inclusief zich competent voelen/voelen dat je beter wordt)
- ☑ Zelfbeschikking (autonomie en richting kunnen bepalen)
- ☐ Innerlijke rust/'peace of mind' (vrij zijn van emotionele onrust, pijn en stress)
- ☐ Verbondenheid (intieme, romantische en familiaire relaties)
- ☐ Community (verbondenheid met een bredere sociale groep)
- ☐ Spiritualiteit (betekenis- en zingeving)
- ☐ Plezier (goed voelen in het hier en nu)
- ☐ Creativiteit (vrije en alternatieve zelfexpressie)

Verondersteld mechanisme

Hyperarousal (bijvoorbeeld vanuit trauma) wordt gezien als risicofactor voor recidive (Sadegh & McNiel, 2015) en voor de ontwikkeling van verschillende fysieke en emotionele problemen (American Psychological Association [APA], 2017). Het is belangrijk om te leren hoe spanning gereguleerd kan worden. In deze interventie wordt steeds de koppeling gemaakt met het dagelijks leven, zodat de patiënt muziek op een effectieve manier in kan zetten, als het ware als copinggedrag. Voor sommige patiënten kan het helpend zijn de muziek op te zetten om te uiten hoe ze zich op een bepaald moment voelen (copingstijl 'uiten van emotie'), of om zich op te peppen. Voor anderen kan het juist helpend zijn om een rustig nummer op te zetten dat stressverlagend werkt (copingstijl 'actief aanpakken'). Muziektherapie voor

gevangenen, gericht op aandacht en arousal, bleek eerder een beelbelovend effect te hebben op spanningssymptomen (MacFarlane et al., 2019).

Functie vaktherapeutisch middel

Wij willen altijd synchroniseren met de beat. Dat komt doordat ons zenuwstelsel wordt aangestuurd vanuit de hersenstam, waar ook de gehoorgang eindigt en waar dus de beat binnenkomt. De hersenstam regelt ons zenuwstelsel, pakt de beat direct op en zet die vervolgens door in het aanpassen/synchroniseren van onze hartslag en ademhaling (Juslin, 2016). Je hartslag zal als eerste synchroniseren qua tempo. Dit fenomeen is evolutionair ontwikkeld en heeft met overleven te maken. Stel: een leeuw brult hard. Dan gaat je hartslag alvast versnellen en dan kan je sneller vluchten. Spanning en relaxatie kunnen opgewerkt worden door een sterk of juist zeer rustig ritme (Jeon et al., 2017).

Een meta-analyse naar het effect van muziektherapie op fysiologische en psychologische stress-gerelateerde uitkomsten, liet zien dat muziektherapie een medium tot groot positief effect had op deze uitkomsten (De Witte et al., 2020).

Merkzame effecten

Het grootste effect is dat patiënten zich begrepen voelen. Dat de patiënt weet dat als hij/zij/hen bepaalde muziek hoort, hij/zij/hen op spanningsniveau 8 zit. De patiënt kan dan herkennen dat hij/zij/hen naar spanningsniveau 6 kan gaan. De patiënt heeft hierdoor controle en kan zijn eigen muziek gebruiken om te kalmeren. De patiënt zal merken dat dit niet meteen lukt.

De patiënten zijn toch iets rustiger, kalmer en meer tevreden. Het effect op de afdeling is dat ze sneller uit de hoge spanningsniveaus komen. Ze kunnen sneller afschalen van een stressvolle emotie naar een lager niveau. Ze worden zich ervan bewust dat ze iets kunnen. Ze leren zelf een nummer op te zetten vanuit die lijst waarvan ze weten dat ze daar iets rustiger van worden.

Suggesties voor meetinstrumenten

- De Utrechtse Coping Lijst - Revised (UCL-R)
- Coping Inventory for Stressful Situations (CISS-NL)
- Depressie Angst Stress Schaal (DASS-21)
- Bloeddruk, ademhaling, cortisol, rHRV

Literatuur

American Psychological Association. (2017). Stress in America: Coping with Change. Geraadpleegd op 30 januari 2025, van https://www.apa.org/news/press/releases/stress/2016/coping-with-change.pdf

De Witte, M., Pinho, A. D. S., Stams, G. J., Moonen, X., Bos, A. E., & Van Hooren, S. (2022). Music therapy for stress reduction: A systematic review and meta-analysis. *Health Psychology Review, 16*(1), 134-159. https://doi.org/10.1080/17437199.2020.1846580

Jeon, G. S., Gang, M., & Oh, K. (2017). The effectiveness of the Nanta-program on psychiatric symptoms, interpersonal relationships, and quality of life in forensic inpatients with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing, 31*(1), 93-98. https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.09.005

Juslin, P. N. (2016). *The Oxford handbook of music psychology*. Oxford University Press.

Macfarlane, C., Masthoff, E., & Hakvoort, L. (2019). Short-term music therapy attention and arousal regulation treatment (SMAART) for prisoners with posttraumatic stress disorder: a feasibility study. Journal of Forensic Psychology Research and Practice, 19(5), 376-392. https://doi.org/10.1080/24732850.2019.1670023

Sadeh, N., & McNiel, D. E. (2015). Posttraumatic stress disorder increases risk of criminal recidivism among justice-involved persons with mental disorders. Criminal Justice and Behavior, 42(6), 573-586. https://doi.org/10.1177/009385481455688

Meso-interventie

Schemagerichte spanningsregulatie met percussie-instrumenten

Doel van de werkvorm
- Spanningsregulatie

Omschrijving
Deze werkvorm kan goed gecombineerd worden met schematherapeutische elementen. Kennis van schematherapie is niet vereist om met deze werkvorm te werken. Je kan ook de verschillende kanten van de patiënt een eigen naam geven en op die manier de spanning reguleren, in plaats van het gebruik van de verschillende modi uit de schematherapie.

Je kunt op een whiteboard/bord een schaal van 0 tot 10 neerzetten die het spanningsniveau aangeeft.

Omschrijving van de werkvorm
Je vraagt aan de patiënt: “Heb jij in de afgelopen week een situatie meegemaakt waarin jij irritaties of boosheid hebt gevoeld? Wil je hierover vertellen, met name ook hoe jij je in die situatie hebt opgesteld? Hoe ben je daarmee omgegaan?”

Vervolgens ga je de verschillende schematherapeutische kanten die in de situatie naar voren komen identificeren en deze allemaal op een stoel in de ruimte neerzetten. Benoem de kanten die jij hebt gezien/gehoord en check deze bij de patiënt. Deze stoelenoefening zorgt voor afstand tot de betreffende kanten. Benoem dat deze kanten er mogen zijn, maar dat jullie ze voor nu even op een stoel zetten zodat jullie je kunnen focussen op het vervelende gevoel/de irritatie en de gezonde volwassene.

Laat de patiënt bewust op de stoel van de gezonde volwassenen zitten en maak van daaruit opnieuw gevoelscontact met irritaties of boosheid vanuit de betreffende situatie. “En waar zat je op de schaal van 0 tot 10 qua spanning?” Laat de patiënt het spanningsniveau van irritaties/boosheid benoemen. De spanning ga je dan

samen stap voor stap (niveau voor niveau) op de djembé uiten, met als maximum spanningsniveau het niveau dat de patiënt aangeeft op de spanningsmeter bij de betreffende situatie. Dus stel je voor: de patiënt geeft aan bij de vertelde situatie een spanning te hebben ervaren van niveau 8, dan is niveau 8 het hoogste niveau dat je op de djembé gaat spelen.

Je geeft de patiënt een djembé en je vraagt de patiënt om jou te laten horen hoe spanningsniveau 0 voor hem/haar/hen klinkt. Tussen het nemen van iedere vervolgstap blijf je de patiënt bewust maken van de gezonde volwassene;

- 'Je gaat de spanningen aan vanuit je gezonde volwassene, dat betekent dat jij grip hebt op de situatie'
- 'Je bent in staat om de controle over je eigen spanningen/emoties te behouden'
- 'Lukt het de andere kanten te laten? Merk je dat je zelf mag reguleren en zo ver mag gaan als je wil? Sta daar maar even bij stil. Jij hebt controle.'

Help hem/haar/hen daarnaast de ademhaling te reguleren. Dit kan je doen nadat de patiënt een niveau heeft uitgespeeld;

- 'Let op je ademhaling en maak contact met je lichaam. Wat voel je nu?'
- 'Waar zit je ademhaling nu, kun je dit aanwijzen met je hand?'
- 'Leg nu je hand eens wat lager op je lichaam (richting je buik) en probeer daar naartoe te ademen' (let op: maak deze stap niet te groot, het moet wel haalbaar blijven; een klein stukje lager is al meer dan voldoende)

Wanneer je bij het aan het begin aangewezen spanningsniveau aankomt, check dan even bij de patiënt of het lukt hiernaar terug te gaan. 'Lukt het terug hierheen te gaan en dit te uiten? Wat heb je van mij nodig? Kan ik jou hierin helpen of lukt het zelf?'

Vervolgens vraag je hoe het was om te doen.

- 'Wat merkte je dat het fysiek met je deed?'
- 'En wat merk je nu als je nu bij je lichaam incheckt?'
- 'Heb jij nu nog iets nodig?'

Wanneer de patiënt in de spanning blijft hangen is het goed hem te helpen reguleren. Dit kan door terug te gaan naar het spelen van niveau 1. Een andere manier is om er een instrument bij te pakken die de patiënt fijn vindt. Of om muziek te luisteren die de patiënt fijn vindt.

Je gaat dus figuurlijk naast de patiënt staan, bekrachtigt hem/haar/hen in eigen mogelijkheden (en laat hem daarmee oefenen) en helpt diegene om zichzelf te (leren) reguleren. De patiënt leert nuanceren en om niet van 0 naar 10 te schieten zonder de controle te verliezen.

Op welk moment in de therapie wordt deze werkvorm ingezet?

In de behandelfase als er al een therapeutische relatie is opgebouwd.

Groep/individueel/tweetal

- ☐ Groep
- ☐ Subgroepen/twee- of drietallen bijv.
- ☐ Individueel in de groep
- ☑ Individueel

Materiaal

- Djembé of ander percussie- instrument. Na verloop van tijd kan ook het drumstel worden gebruikt. Ervaring is dat de verschillende opties van het drumstel afleidend kunnen werken voor sommige patiënten, waardoor de aandacht uitgaat naar het willen leren bespelen van het instrument, iin plaats van zich te verbinden aan de oefening.
- Stoelen

Toelichting

De patiënt moet in staat zijn om een vertaalslag te kunnen maken (symbolisch denken) en zich het liefst ook weer aan de oorspronkelijk gevoelde spanningsvolle emotie kunnen verbinden.

Het is voor jou als therapeut belangrijk aandacht te blijven hebben voor het spanningsniveau bij de patiënt. Blijf de ademhaling reguleren en zet eventueel een geleide bodyscan in. Je bent fysiek bezig. Het lichaam laat zien waar je bent op de spanningsmeter. Tussen iedere stap aandacht geven aan het lichaam. 'Kan je jezelf voldoende reguleren? Ja, oké dan gaan we door.'

Bouw de oefening op totdat het vooraf aangewezen spanningsniveau is bereikt. Als de patiënt aangeeft niet verder te willen gaan omdat hij/zij/hen bang is de controle te verliezen, luister daar ook naar. Je kunt de stappen gaandeweg uitbouwen, maar je wil niet dat de patiënt daadwerkelijk de controle verliest. De insteek van deze oefening is juist om grip te blijven houden en de patiënt te leren voorkomen dat het escaleert. Het is belangrijk dat wanneer een patiënt blijvend gripverlies heeft en de oefening herhaaldelijk tot een negatieve ervaring leidt, je deze werkvorm niet doorzet.

Het is goed met de patiënt een noodsignaal af te spreken. Een duidelijk signaal dat zowel de patiënt als de therapeut in kan zetten, wanneer de spanning te hoog op gaat lopen dat het niet meer veilig voelt. Dit zou bijvoorbeeld op een drumstel een slag op het bekken kunnen zijn.

Contra-indicaties:

- Wanneer een patiënt te weinig grip heeft op lichaamssignalen.
- Wanneer een patiënt helemaal geen intrinsieke motivatie heeft.

Variatie in instrument binnen deze oefening is mogelijk. Belangrijk is dat de nadruk blijft liggen op de gevoelde spanning en de focus niet komt te liggen op technische spel aspecten van een (te) complex instrument.

Evaluatie

- Waar voel je de spanning nu? Kun je dit aanwijzen aan je lichaam of benoemen?
- Waar zit je ademhaling?
- Leg je hand op je buik en probeer daar naartoe te ademen.
- Verbind je aan je gezonde volwassene, jij hebt de controle.
- Eventueel de patiënt bewust maken van de andere kanten die op de stoelen zitten. Zij mogen er allemaal zijn, maar doen nu even niet mee.

Therapeutische houding

Empatisch en begripvol in contact met de patiënt, directief in het zetten van de stappen binnen de oefening. Motiveren om het vol te houden en het opbouwen van het spanningsniveau te blijven aangaan.

Aansluiting bij werkingsmechanisme

- [x] Arousal-regulatie (activeren dan wel ontspannen van het lichaam)
- [x] Proces van lichaamswaarneming/-bewustzijn (prikkels vanuit het eigen lichaam waarnemen)
- [ ] Affectregulatie
- [ ] Emotieregulatie
- [ ] Regulatie van cognitieve processen
- [ ] Regulatie van aandachtprocessen
- [ ] Leren
- [ ] Regulatie van sociale processen
- [ ] Anders, namelijk:

Beschermende factoren/risico factoren

Interne items

- [ ] Intelligentie
- [ ] Hechting
- [ ] Empathie/ vijandigheid
- [ ] Coping
- [x] Zelfcontrole/ impulsiviteit
- [x] Agressie
- [ ] Zelfwaardering
- [x] Emotieregulatie

Externe Items

- [ ] Netwerk
- [ ] Intieme relaties
- [ ] Hulpverlening
- [ ] Woonsituatie
- [ ] Middelengebruik

Motivationele items

- [ ] Motivatie voor behandeling
- [x] Houding tegenover autoriteit
- [ ] Levensdoelen

Aansluiting basisbehoeften

- ☐ Leven (inclusief gezondheid en fysiek welbevinden)
- ☐ Kennis (hoe goed iemand zich geïnformeerd voelt over wat belangrijk voor hem is)
- ☐ Spelen (hobby's en vrijetijdsbesteding)
- ☐ Werken (inclusief zich competent voelen/voelen dat je beter wordt)
- ☑ Zelfbeschikking (autonomie en richting kunnen bepalen)
- ☑ Innerlijke rust/'peace of mind' (vrij zijn van emotionele onrust, pijn en stress)
- ☐ Verbondenheid (intieme, romantische en familiaire relaties)
- ☐ Community (verbondenheid met een bredere sociale groep)
- ☐ Spiritualiteit (betekenis- en zingeving)
- ☐ Plezier (goed voelen in het hier en nu)
- ☐ Creativiteit (vrije en alternatieve zelfexpressie)

Verondersteld mechanisme

Binnen de beschreven oefening wordt gebruikgemaakt van een schema-therapeutische experiëntiële techniek (stoelenoefening) (Young et al., 2005). De werking van schematherapie binnen de forensische psychiatrie wordt steeds meer onderzocht (Bernstein et al., 2023) en is evident gebleken in het behandelen van persoonlijkheidsstoornissen (Federatie Medisch Specialisten [FMS], 2022).

De stoelenoefening is vervolgens uitgewerkt tot een werkvorm waarin niet in woorden, maar vanuit een ervaringsgerichte benadering opnieuw contact wordt gemaakt met irritaties/boosheid. Voor veel patiënten in de forensische psychiatrie is het lastig om daarin nuance te voelen, vaak lopen de spanningen ineens dusdanig op dat de patiënt de controle over zichzelf (deels) verliest.

Met de integratie van de stoelenoefening en het aangaan van de spanningen is het mogelijk om heel bewust de gezonde volwassene in te zetten. Dit geeft houvast en richting om de nuance op te kunnen zoeken, en vertrouwen leren voelen over de eigen controlemogelijkheden bij oplopende spanningen.

Ademhaling en contact met het lichaam is belangrijk om te blijven reguleren gedurende deze oefening. Zeker in het begin zal de patiënt dit niet zelf kunnen en heeft daar een ander voor nodig. Deze stap is cruciaal in het leren reguleren van spanningen. Bewustzijn van de eigen ademhaling kan bovendien overal; de transfer van therapieruimte naar andere situaties kan daarom gemakkelijk worden gemaakt/geoefend.

Functie vaktherapeutisch middel

Slag- en percussie-instrumenten nodigen uit om er hard op te slaan (fysieke beweging, directe klankrespons, volume). Met name als er sprake is van irritaties of boosheid kan een percussie-instrument zeer aanspreken. Dit instrument past dus qua manier van spelen, klank en volume goed bij de hiervoor genoemde emoties en spanningen. Tegelijkertijd is het op een instrument dat zo uitnodigend kan werken, ook een uitdaging om juist dan genuanceerd te blijven spelen en het spanningsniveau rustig aan op te bouwen. Daarin ligt een parallel met wat patiënten ook in het dagelijks leven ervaren als men ineens wordt overspoeld door gevoelens van irritatie of boosheid, dit benadrukt het ervaringsgerichte werken binnen muziektherapie als praktische strategie om spanning en boosheid te regulaeren (Compton-Dickinson & Hakvoort, 2017).

Merkzame effecten

Wat opvalt binnen de sessie (tijdens het uitvoeren van de interventie), is dat met name het aspect van de gezonde volwassene helpend blijkt in het stapsgewijs aan kunnen gaan van de spanningen. In eerdere variaties op deze werkvorm lukte het een specifieke patiënt soms niet om deze oefening uit te voeren zonder zichzelf te verliezen. De patiënt raakte dan, ook bij de aanwijzing dat we de spanningen stapsgewijs aangaan, alsnog buiten zijn window of tolerance. Daardoor moest de oefening stopgezet worden en werd het voor hem geen succeservaring. Eerder werkte het beangstigend om zijn spanningen binnen de therapieruimte aan te gaan. Door de nadruk te leggen op de gezonde volwassene en diens positieve en regulerende eigenschappen, lijkt de patiënt zich vaardiger te voelen en krijgt hij ook de verantwoordelijkheid om zich niet te verliezen in de oefening.

Merkzaam is dat door de herhaling van de oefening en de succeservaringen (luister naar de patiënt als hij zijn grenzen aangeeft en zegt niet verder te willen met de spanningsopbouw!), dat de patiënt meer zelfvertrouwen krijgt om zichzelf te reguleren en het aandurft om ook grotere spanningsniveaus te verkennen. Verder kan worden opgemerkt dat de patiënt steeds vaardiger wordt in het maken/behouden van contact met zijn eigen lichaam, en dan met name zijn ademhaling.

Dit maakt de transfer naar andere situaties mogelijk. De patiënt oefent nu actief met het reguleren van zijn ademhaling in voor hem moeilijke situaties. Soms is het voor hem nog nodig om weg te lopen en dan op zijn ademhaling te letten (wat hij dan ook actief doet, zo geeft patiënt aan), maar ook past hij dit steeds vaker in het moment zelf toe, waardoor het hem lukt om in voor hem moeilijke situaties rustig te blijven. Dit zorgt voor minder verbale en fysieke agressie, en meer grip op zichzelf bij oplopende spanningen.

Suggesties voor vragenlijsten

- Schema Mode Inventory (SMI)
- Agressie Vragenlijst (AGV)
- Multidimentional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA-2)
- Bloeddruk, ademhaling, cortisol, rHRV

Literatuur

Bernstein, D.P., Keulen-de Vos, M., Clercx, M., De Vogel, V. De, Kersten, G.C.M., Lancel, M., Jonkers, P.P., Bogaerts, S., Slaats, M., Broers, N.J., Deenen, T.A.M., & Arntz, A. (2023). Schema therapy for violent PD offenders: A randomized clinical trial. *PsychologicalMedicine, 53*(1), 88-102, 88-102. https://doi.org/10.1017/S0033291721001161

Compton-Dickinson, S., Hakvoort, L. (2017). *The clinician's guide to forensic music therapy*. Treatment manuals for group cognitive analytic music therapy (G-CAMT) and music therapy anger management (MTAM). Jessica Kingsley Publishers.

Federatie Medisch Specialisten [FMS] (2022, 26 augustus). Persoonlijkheidsstoornissen. Richtlijnendatabase. Geraadpleegd op 3 december 2024, van: https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/persoonlijkheidsstoornissen/startpagina_-_persoonlijkheidsstoornissen.html

Young, J.E., Klosko, J.S. & Weishaar, M.E. (2005). Schemagerichte therapie. *Handboek voor therapeuten* (P. van der Kaarij, Vert.). Bohn Stafleu van Loghum.

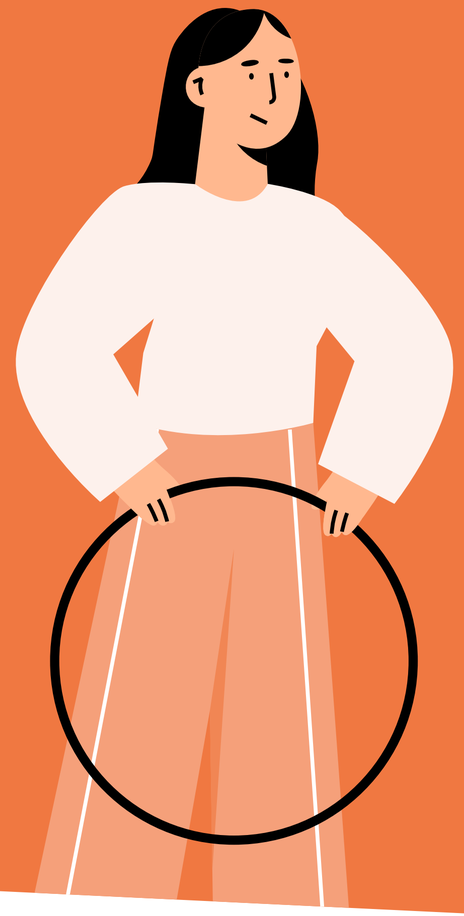
Psychomotorische therapie

Micro-interventies

Bodyscan 160
Wandelend ademhalen! 164
Meten van de ademfrequentie 167
Blind naar de muur lopen 171

Meso-interventies

Spullen bewaken 175
Op een ballon zitten 179



Micro-interventie

Bodyscan

Doel van de interventie
- Lichaamsbewustwording

Beschrijving van de activiteit
De bodyscan kan zittend, liggend en staand. Stem met de patiënt af welke houding het prettigst is of probeer uit wat de patiënt het meest prettig vindt. De patiënt mag de ogen sluiten, maar mag de ogen ook openhouden. Als patiënt de ogen openhoudt, spreek dan samen af naar welk punt patiënt in de ruimte kijkt. Op deze manier gaat de focus van patiënt van extern gericht naar intern gericht.

Vervolgens begint de therapeut met de aandacht bij de voeten 'we gaan beginnen met de aandacht bij de voeten, hoe voelen je voeten, zijn ze koud of warm, voelen ze misschien gespannen aan?' en werkt zo het lichaam omhoog. Gezien deze actie over lichaamsbewustwording gaat is het belangrijk om, bij de verschillende lichaamsdelen, uitgebreid stil te staan bij lichamelijke sensaties zoals spierspanning, warm/koud, licht/zwaar, etc. Het is om deze reden ook belangrijk uitgebreid stil te staan bij de ademhaling. De therapeut zou de volgende vragen kunnen stellen: 'ga nu met je aandacht naar je ademhaling, zonder dat je iets aan je ademhaling hoeft te veranderen. Zit je ademhaling hoog of laag, in de buik of in de borst, gaat hij/zij/hen snel of gaat hij/zij/hen langzaam?

Afhankelijk van hoelang deze actie wordt ingezet kan de therapeut zelf een keuze maken hoe gedetailleerd deze activiteit wordt aangeboden. De korte versie van deze oefening duurt maximaal 3 minuten, de lange versie kan 10-15 minuten duren.

Op welk moment in de sessie wordt deze actie ingezet?
Deze actie wordt tijdens de start van de therapiesessie ingezet. Vooral als het de patiënt niet lukt om antwoord te geven op de vraag: hoe zit je erbij? Daarnaast kan deze actie tijdens een meso activiteit ingezet worden als het de patiënt niet lukt om veranderingen in lichaamssignalen te benoemen.

Groep/individueel/tweetal
- Groep
- Subgroepen/twee- of drietallen bijv.
- Individueel in de groep
- Individueel

Materiaal

- Staand: geen materiaal nodig
- Zittend: stoel
- Liggend: matje, met eventueel een kussen

Toelichting

Er wordt concreet aangestuurd op wat opgemerkt kan worden in het lichaam, zodat de patiënt dit zelf toe kan passen gedurende een meso activiteit en uiteindelijk in het dagelijks leven. Er wordt rekening gehouden met de responsiviteit door concrete instructie mee te geven.

Als iemand een stoornis heeft in het autisme spectrum, is het belangrijk om genoeg tijd tussen de verschillende lichaamsdelen te nemen, zodat de patiënt van het ene lichaamsdeel kan schakelen naar het volgende lichaamsdeel. Ook is het bij deze doelgroep heel belangrijk om terug te vragen naar hoe de patiënt de oefening ervaren heeft, zodat de actie aangepast kan worden en beter aansluit.

Als het de patiënt niet goed lukt om te voelen kan het helpen om de handen op de buik te doen tijdens het focussen op de ademhaling of bij het voelen van spierspanning in de buik. Op deze manier wordt er letterlijk contact gemaakt met het lichaam en kan de bewustwording vergemakkelijkt worden.

Contra-indicatie:
Psychoticisme

Evaluatie

Is je ademhaling hoog of laag? Zijn je schouders ontspannen? Adem eens diep in door je neus en uit door je mond, merk je dat je schouders nog een millimeter konden zakken? Merkte je dat je ademhaling nog dieper kon?

Therapeutische houding

De therapeutische houding is uitnodigend en ondersteunend. De therapeutische houding wordt directiever wanneer er gezegd wordt op welke lichaamsdelen er gefocust moet worden.

Aansluiting bij werkingsmechanisme

- ☐ Arousal-regulatie (activeren dan wel ontspannen van het lichaam)
- ☒ Proces van lichaamswaarneming/-bewustzijn (prikkels vanuit het eigen lichaam waarnemen)
- ☐ Affectregulatie
- ☐ Emotieregulatie
- ☐ Regulatie van cognitieve processen
- ☐ Regulatie van aandachtprocessen
- ☐ Leren
- ☐ Regulatie van sociale cognitie
- ☐ Anders, namelijk:

Beschermende factoren/risico factoren

Interne items

- ☐ Intelligentie
- ☐ Hechting
- ☐ Empathie/ vijandigheid
- ☐ Coping
- ☑ Zelfcontrole/ impulsiviteit
- ☑ Agressie
- ☐ Zelfwaardering
- ☐ Emotieregulatie

Externe Items

- ☑ Netwerk
- ☑ Intieme relaties
- ☐ Hulpverlening
- ☐ Woonsituatie
- ☑ Middelengebruik

Motivationele items

- ☐ Motivatie voor behandeling
- ☑ Houding tegenover autoriteit
- ☐ Levensdoelen

Verondersteld mechanisme

Rationale: met deze oefening leer je op een ervaringsgerichte manier vroegtijdig spanning herkennen.

Uit recentelijk onderzoek blijkt dat de aandacht van de mens standaard intern in plaats van extern gericht is (Verschooren & Egner, 2023; Van Ede & Nobre, 2023). Volgens Yon en Frith (2021) worden in een stabiele omgeving interne signalen beter gevolgd dan externe signalen. In een minder stabiele omgeving is er een verhoogde focus op externe informatie (Kluivingh-Blok, 2024). Het bewustzijn van zowel interne als externe informatie stelt mensen in staat om passende reacties te geven op hun omgeving, variërend van fysieke handelingen tot emotionele reacties. Door het lichaamsbewustzijn af te stemmen op de omgeving kunnen mensen hun eigen behoeften beter herkennen en daarop inspelen, wat bijdraagt aan een gezonde levensstijl en welbevinden. Samengevat wordt het afstemmen van lichaamsbewustzijn op de omgeving gezien als een manier om adaptieve en gezonde reacties te stimuleren, wat het algemene welzijn ten geode komt (Bellemans et al., 2016; Riegel et al., 2018).

Functie vaktherapeutisch middel

De functie van deze actie/het gebruik van het lichaam via psychomotorische therapie is het vergroten van de lichaamsbewustwording. Interventies gericht op mindfulness, waarin bodyscans waren opgenomen, bleken eerder een verbetering in stemming en relaxatie met zich mee te brengen, evenals een verbetering van mindfulness en observatievermogen (An et al., 2019; Hall & Long, 2009; Samuelson, 2007).

Merkzame effecten

De effecten die opgemerkt kunnen worden is dat het lichaamsbewustzijn van de patiënt vergroot en hij/zij/hen beter in staat is om oplopende spanning waar te nemen. In deze actie is dat te zien als patiënt kan benoemen wat er in het lichaam gebeurt. Tijdens een meso activiteit is dit te zien als patiënt tijdens een oefening verschil in lichaamssignalen waar kan nemen en deze kan benoemen.

Suggesties voor meetinstrumenten:

- Multidimentional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA-2)

Literatuur

An, Y., Zhou, Y., Huang, Q., Jia, K., Li, W., & Xu, W. (2019). The effect of mindfulness training on mental health in long-term Chinese male prisoners. *Psychology, Health & Medicine, 24*(2), 167-176. https://doi.org/10.1080/13548506.2018.1510130

Bellemans, T., Hoek, P. T. A. P., Scheffers, M., Van Busschbach, J. T., & Didden, H. (2016). Psychomotorische therapie bij mensen met een licht verstandelijke beperking en problemen met emotie- en agressieregulatie: Een systematische literatuurreview. *Directieve Therapie, 36*(2), 148-168. Geraadpleegd van: http://repository.ubn.ru.nl/handle/2066/161314

Hall, L., & Long, C. G. (2009). Back to basics: Progressive muscle relaxation (PMR) training for women detained in conditions of medium security. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology, 20*(3), 481-492. https://doi.org/10.1080/14789940802638374

Kluivingh-Blok, I. (2024). *Wat is de invloed van externe informatie op het lichaamsbewustzijn bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis?* [Masterthesis]. Hogeschool Windesheim.

Riegel, B., Jaarsma, T., Lee, C., & Strömberg, A. (2018). Integrating symptoms into the middle-range theory of self-care of chronic illness. Advances in Nursing Science, 42(3), 206–215. https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000237Samuelson, M., Carmody, J., Kabat-Zinn, J., & Bratt, M. A. (2007). Mindfulness-based stress reduction in Massachusetts correctional facilities. *The Prison Journal, 87*(2), 254-268. https://doi.org/10.1177/0032885507303753

Van Ede, F., & Nobre, A. C. (2023). Turning attention inside out: How working memory serves behavior. *Annual Review of Psychology, 74*(1), 137–165. https://doi.org/10.1146/annurevpsych-021422- 041757

Verschooren, S., & Egner, T. (2023). When the mind's eye prevails: The internal dominance over external attention (IDEA) hypothesis. Psychonomic Bulletin & Review, 30(7), 1668–1688.https://doi.org/10.3758/s13423-023-02272-8

Yon, D., & Frith, C. (2021). *Precision and the Bayesian brain. Current Biology, 31*(17), R1026– R1032. https://doi.org/10.1016/j.cub.2021.07.044

Micro-interventie

Wandelend ademhalen!

Doel van de interventie
- (Inzicht in) spanningsregulatie

Beschrijving van de activiteit
Patiënt past zijn ademhaling aan op de passen die hij/zij/hen zet. Zorg ervoor dat je altijd één of twee passen meer uitademt dan inademt. Bijvoorbeeld: 4 passen in en 6 passen uit/3 passen in en 5 passen uit/3 passen in en 4 passen uit. Laat de patiënt uitzoeken welke frequentie als prettig wordt ervaren.

Op welk moment in de sessie wordt deze actie ingezet?
Deze actie werkt spanningsverlagend. Deze actie wordt dus ingezet als de spanning verlaagt moet worden. Als iemand hoog in spanning binnenkomt kan met deze actie gestart worden. Als de spanning toeneemt tijdens een oefening/therapie kan deze actie ingezet worden.

Groep/individueel/tweetal
- Groep
- Subgroepen/twee- of drietallen bijv.
- Individueel in de groep
- Individueel

Materiaal
Voor deze actie zijn geen materialen vereist. Je zou eventueel nog een wandelpad uit kunnen zetten met gekleurde pionnen. Als je langs de gele pionnen loopt adem je in en als je lang de rode pionnen loopt adem je uit. Zorg er dan wel voor dat de afstand tussen de pionnen van de inademing korter is en die van de uitademing langer.

Toelichting
Bij deze interventie helpt het om de oefening voor te doen. Daarnaast wordt voor het uitvoeren van de actie de drempel verlaagd als therapeut zelf meedoet.

In deze actie kan de frequentie aangepast worden. Daarnaast kunnen er variaties gemaakt worden door de pionnen in verschillende vormen neer te zetten (rechthoek, een kleine cirkel en een grote cirkel etc.). Daarnaast kan deze actie buiten uitgevoerd

worden in een rustige omgeving. Door dit op deze manier te visualiseren wordt de cognitie minder aangesproken.

Evaluatie
Lukt het om dit te doen? Is de frequentie die je nu gekozen hebt haalbaar? Merk je dat de spanning zakt? Heb je op dit moment nog gedachten in je hoofd? Is jouw looptempo prettig of is het fijner om sneller/langzamer te lopen?

Therapeutische houding
De attitude is uitnodigend en zit op boven-samen.

Aansluiting bij werkingsmechanisme
- [x] Arousal-regulatie (activeren dan wel ontspannen van het lichaam)
- [ ] Proces van lichaamswaarneming/-bewustzijn (prikkels vanuit het eigen lichaam waarnemen)
- [ ] Affectregulatie
- [ ] Emotieregulatie
- [ ] Regulatie van cognitieve processen
- [ ] Regulatie van aandachtprocessen
- [x] Leren
- [ ] Regulatie van sociale processen
- [ ] Anders, namelijk:

Beschermende factoren/risico factoren

Interne items
- [ ] Intelligentie
- [ ] Hechting
- [ ] Empathie/ vijandigheid
- [ ] Coping
- [x] Zelfcontrole/ impulsiviteit
- [x] Agressie
- [ ] Zelfwaardering
- [ ] Emotieregulatie

Externe Items
- [x] Netwerk
- [x] Intieme relaties
- [ ] Hulpverlening
- [ ] Woonsituatie
- [x] Middelengebruik

Motivationele items
- [ ] Motivatie voor behandeling
- [x] Houding tegenover autoriteit
- [ ] Levensdoelen

Verondersteld mechanisme

Door de ademfrequentie te beïnvloeden wordt direct ook de arousal/lichamelijke stress beïnvloed. De hartslag zal dalen wanneer de ademfrequentie afneemt en omgekeerd stijgt deze bij snellere ademhaling. De focus van de patiënt wordt middels deze actie van extern naar intern gericht, waardoor er minder ruimte is voor prikkels van buitenaf om de spanning te verhogen.

Door deze actie samen uit te voeren kom je ook samen in een flow of ritme tijdens het lopen en kom je tot loopmeditatie. Door het samen uitvoeren van de actie, kun je het looptempo aanpassen om zo de patiënt te beïnvloeden om rustiger te worden, zodat hij/zij/hen tot ontspanning kan komen. Het tempo wordt dus zo gebracht dat het ontspanning teweegbrengt. Dit gebeurt via spiegelen en afstemmen, maar er wordt ook gebruik gemaakt van co-regulatie. Doordat de patiënt leert hoe de spanning gereguleerd kan worden, wordt de eigen regie vergroot.

Psycho-educatie komt na de actie aan bod door uitleg te geven over de invloed van de ademhaling op de staat van spanning/ontspanning van het eigen lichaam. Hiermee krijgen patiënten inzicht in regie hebben over eigen spanning en stress door hun lichaam als instrument in te zetten. Daarnaast leert de patiënt dat hij/zij/hen deze actie ook bij verhoogde spanning tijdens een meso activiteit in kan zetten en bij oplopende spanning in een situatie uit het dagelijks leven.

Theoretisch gezien kan deze actie gekoppeld worden aan de Window of Tolerance. De window of tolerance is de zone waarbinnen stress te hanteren is en waarbij iemand optimaal functioneert. Als de stressreactie binnen deze window blijft, werkt het stressnetwerk, de rest van de hersenen en de organen optimaal. Een te hoog stressniveau wordt een hyperarousal genoemd. Het stressnetwerk is dan zeer actief en de patiënt kan door emoties overweldigd raken. Het denken wordt dan uitgeschakeld en het emotionele brein neemt het over (Vanneste et al., 2021).

Hiermee wordt het sympathische zenuwstelsel geactiveerd, wat ertoe aanzet om te vluchten, te vechten of te verstijven. Ademen is de beste manier om terug te komen in de Window of Tolerance. Door een uitademing die langer is dan de inademing wordt de parasympathicus geactiveerd (Nicolai, 2020).

Functie vaktherapeutisch middel

Het lichaam is in deze interventie het therapeutisch middel, wat zelf wordt ingezet om arousalregulatie te bewerkstelligen.

Merkzame effecten

De effecten die opgemerkt kunnen worden is dat de spanning verlaagt. Dit is bijvoorbeeld te zien aan een rustige buikademhaling en een ontspannen lichaam.

SUGGESTIES VOOR literatuur

- Mindful Attention Awareness Scale (MAAS)
- Bloeddruk, ademhaling, cortisol, rHRV

Literatuur

Nicolai, N. (2020). *In levende lijve: Het lichaam in de psychotherapie*. Bohn Stafleu van Loghum. https://doi.org/10.1007/978-90-368-2499-6

Vanneste, Y., Wessels, E., Van den Haak, L., Pijpers, F., & Feron, F. (2021). Stress bij kinderen: Zo houden we het gezond: Hoe chronische stress tijdens het opgroeien de gezondheid negatief beïnvloedt en wat er kan worden gedaan om dit te voorkomen – Een biologisch perspectief. *Tijdschrift Kinder- & Jeugdpsychotherapie, 48*(2), 50-75. Geraadpleegd op 30 januari 2025, van: https://www.vkjp.nl/tijdschrift-artikelen/2-2021-stress-bij-kinderen-zo-houden-we-het-gezond

Micro-interventie

Meten van de ademfrequentie

Doel van de werkvorm

- Spanningsregulatie door het bevorderen van lichaamsbewustzijn en door psycho-educatie gericht op lichamelijke veranderingen bij spanning en stress.

Omschrijving

Tijdens deze werkvorm ligt de focus bij bewustwording van de ademhaling en de verschillen die hierin kunnen optreden. De werkvorm start vaak met de vraag of de patiënt enig idee heeft van eigen ademfrequentie (per minuut). Vervolgens tel je samen de ademfrequentie door 30 seconden lang alle inademingen op te tellen. De instructie is om door te ademen zoals je anders ook doet, dus zonder te beïnvloeden. De therapeut houdt de tijd bij. Vaak lukt het tellen op deze manier goed. Om het makkelijker te maken kan zowel de patiënt als ook de therapeut meetellen op de handen of hardop meetellen. De therapeut kan meeschrijven of tekenen in een golfpatroon.

De uitkomst keer 2 is de frequentie per minuut en schrijf je op. Deze kun je bijvoorbeeld later vergelijken met de ademfrequentie in een spannende werkvorm of direct na een ademhalingsoefening.

Op welk moment in de therapie wordt deze werkvorm ingezet?

Vaak bij de start van het proces (een van de eerste sessies PMT)

Groep/individueel/tweetal

- [x] Groep
- [ ] Subgroepen/twee- of drietallen bijv.
- [ ] Individueel in de groep
- [x] Individueel

Materiaal

Een klok/stopwatch is nodig om de tijd bij te houden. Er is variatie mogelijk met het ademen in een spiegel of glas.

Toelichting
Deze werkvorm is in veel gevallen laagdrempelig in te zetten. Bij de start kan ervoor gekozen worden om te blijven zitten. Variatie is mogelijk door de eerste meting te vergelijken met metingen wanneer de spanning hoog is of juist na ontspanning.
De verschillen zijn vaak snel duidelijk en uitermate verschillend. De gegevens van deze oefening zouden verwerkt kunnen worden in het persoonlijke signaleringsplan.

Indicatie:
- Deze interventie is specifiek geschikt voor patiënten met agressieproblemen.

Contra-indicatie:
- Patiënt is bekend met hyperventilatie.
- Er is bekend dat het voor patiënt spanning verhogend om te focussen op de ademhaling.

Evaluatie
- Heb je een idee hoe vaak je per minuut ademt?
- Wat zeggen deze uitkomsten jou?
- Hoe is het om op je ademhaling te letten?
- Is prettig of ontspannen? Of is het juist spannend om te doen?
- Waar neem je de ademhaling waar in je lijf? Wat voel je dan?

Variatie:
Wat gebeurt er als je sneller of trager gaat ademhalen?

Therapeutische houding
Sturend, uitnodigend en onderzoekend

Aansluiting bij werkingsmechanisme
- [x] Arousal-regulatie (activeren dan wel ontspannen van het lichaam)
- [x] Proces van lichaamswaarneming/-bewustzijn (prikkels vanuit het eigen lichaam waarnemen)
- [ ] Affectregulatie
- [ ] Emotieregulatie
- [ ] Regulatie van cognitieve processen
- [ ] Regulatie van aandachtprocessen
- [ ] Leren
- [ ] Regulatie van sociale processen
- [ ] Anders, namelijk:

Beschermende factoren/risico factoren

Interne items

- ☐ Intelligentie
- ☐ Hechting
- ☐ Empathie/ vijandigheid
- ☐ Coping
- ☒ Zelfcontrole/ impulsiviteit
- ☒ Agressie
- ☐ Zelfwaardering
- ☐ Emotieregulatie

Externe Items

- ☒ Netwerk
- ☒ Intieme relaties
- ☐ Hulpverlening
- ☐ Woonsituatie
- ☒ Middelengebruik

Motivationele items

- ☐ Motivatie voor behandeling
- ☒ Houding tegenover autoriteit
- ☐ Levensdoelen

Verondersteld mechanisme

De omschrijving van lichaamsbewustzijn is als volgt: de mate waarin een persoon zich bewust is van innerlijke lichamelijke sensaties en arousal (Mehling et al., 2011).

Vanuit de literatuur is er al vaak geschreven over de link tussen het lichaam en de bewustwording van de interne emotionele toestand (Craig, 2002; Damasio, 2003; Gyllensten et al., 2010; Pollatos et al., Kirsch & Schrandy, 2005). Deze onderzoekers zien het lichaam als een belangrijke informatiebron die veel kan vertellen over de interne emotionele toestand. Lichaamsbewustzijn, wat in deze oefening getracht wordt te vergroten, zorgt ervoor dat er een gezond regulatiemechanisme is waarmee er samenhang tussen lichaam en geest gerealiseerd kan worden (Damasio, 1999).

Wanneer iemand zich in een situatie begeeft waar bijvoorbeeld agressie getriggerd wordt is er vaak sprake van oplopende spanning, dat gaat gepaard met fysiologische arousal (Berkowitz, 1993; De Vries-Bouw, 201; Lorber, 2004). Het opmerken van die arousal kan aan de hand van diverse lichamelijke sensaties, eentje daarvan is een versnelde ademhaling. Daar richt deze oefening zich op.

Spanning en stress worden bij sommige patiënten oorzakelijk in verband gebracht met het risico op recidive en komen terug in een delict-preventie- of signaleringsplan, dus het direct beïnvloeden van lichaamssignalen en daarmee toewerken naar relaxatie zou kunnen bijdragen aan recidivevermindering.

Functie vaktherapeutisch middel

Deze werkvorm is lichaamsgericht en ervaringsgericht. Het lichaam wordt ingezet als middel om tot relaxatie te komen. Het lichaam en de signalen die het afgeeft staan centraal. De lichaamssignalen worden inzichtelijk (biofeedback) doordat de aandacht hiernaartoe gaat en er objectief wordt gemeten. De directe manier van werken zorgt

ook voor het waarnemen van direct effect, zonder dat begrepen hoeft te worden hoe het werkt. Ervaring is onmiddellijk (Grey et al., 2019).

Merkzame effecten

- De patiënt merkt bewuster te worden van lichamelijke gewaarwordingen.
- De patiënt merkt dat zijn ademhaling beïnvloed wordt door het niveau van spanning en stress.
- De patiënt merkt zelf invloed te kunnen uitoefenen op eigen spanningsniveau.
- De patiënt merkt zelf lichamelijke ontspanning te kunnen creëren.

Suggesties voor meetinstrumenten

- Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA)

Literatuur

Berkowitz, L. (1993). *Aggression; Its causes, consequences and control*. McGraw-Hill.

Craig, A.D. (2002). How do you feel? Interoception: The sense of the physiological condition of the body. *Nature Reviews Neuroscience, 3*(8), 655–666. https://doi.org/10.1038/nm894

Damasio A. (1999). T*he feeling of what happens: Body and emotion in the making of consciousness*. San Harcourt.

Damasio A. (2003). Mental self; *The person within*. Nature(6937), 423, 227. https://doi.org/10.1038/423227a

De Vries-Bouw, M., Popma, A., Vermeiren, R., R., Doreleijers, T.A.H, Van de Ven, P.M., & Jansen, L.M.C. (2011). The predictive value of low heart rate and heart variability during stress for reoffending in delinquent male adolescents. *Psychophysiology, 48*(11), 1596-1603. https://doi.org/10.1111/j.1469-8986.2011.01233.x

Gray, E., Beech, A., & Rose, J. (2019). Using biofeedback to improve emotion regulation in sexual offenders with intellectual disability: A feasibility study. *International Journal of Developmental Disabilities, 65*(3), 195-204. https://doi.org/10.1080/20473869.2018.1565003

Gyllensten, A.L., Skar, L., Miller, M. & Gard, G. (2010). Embodied identity; A deeper understanding of body awareness. *Physiotherapy Theory and Practice, 26* (7), 439-446. https://doi.org/10.3109/09593980903422956

Lorber, F.M. (2004). Psychophysiology of aggression, psychopathy and conduct problems: A meta- analysis. *Psychological Bulletin, 130* (4), 531-552. https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.4.531

Mehling, W.E., Gopisetty, V., Daubenmier, J., Price, C.J., Hecht, F.M. & Stewart, A. (2009). Body awareness: Construct and self-report measures. *PLoS ONE, 4*(5), e5614. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0005614

Pollatos, O., Kirsch, W. & Schrandy, R. (2005). On the relationship between interoceptive awareness, emotional experience and brain processes. *Cognitive Brain Research, 25*(3), 948-962. https://doi.org/10.1016/j.cogbrainres.2005.09.019

Meso-interventie

Blind naar de muur lopen

Doel van de werkvorm
- Herkennen van lichaamssignalen, verbetering lichaamsbewsutzijn

Omschrijving
Voorafgaande aan de werkvorm wordt er gevraagd of de patiënt zijn ogen wil sluiten. Zodra ze gesloten zijn mag diegene naar de muur lopen. Hierdoor ontstaan er bewust of onbewust bij de patiënt veel ervaringen (zoals lichaamssignalen en gedachten). 'Loop maar eens naar de muur en voel aan wanneer je lichaam wil stoppen'. Dit kan een paar keer worden herhaald. Er wordt getracht om met gesloten ogen naar overkant te lopen en zo dicht mogelijk te stoppen voor de muur. Hierbij wordt er vertrouwd op de signalen vanuit je lichaam die je aangeven om te stoppen.

Op welk moment in de therapie wordt deze werkvorm ingezet?
Deze werkvorm kan op ieder moment in de behandeling ingezet worden.

Groep/individueel/tweetal
- Groep
- Subgroepen/twee- of drietallen bijv.
- Individueel in de groep
- Individueel

Materiaal
Een muur, indien nodig een blinddoek

Toelichting
De werkvorm kan met ogen dicht of met blinddoek worden uitgevoerd. Ook kan de patiënt eerst worden rondgedraaid in het midden van de zaal om vervolgens te gaan lopen. Bij groepen kan er ook voor gekozen worden om met de gehele groep door elkaar te lopen (kriskras) waarbij men rekening moet houden met anderen en dit moeten aanvoelen.

Tijdens deze werkvorm is het van belang rekening te houden met de patiëntenpopulatie. Mensen met psychotische klachten of trauma zijn regelmatig niet in het hier-en-nu. Daardoor zou het zo kunnen zijn dat ze te hard richting de muur

lopen en zichzelf beschadigen. Daarom is het van belang om van tevoren aan te geven dat iemand zelf moet stoppen. Als het te hard gaat grijpt de therapeut in.

Evaluatie
Vragen die gesteld zouden kunnen worden:
- Wat maakt dat je stopt met lopen?
- Heb je verandering gemerkt in je lijf?
- Zo ja, wat dan of wat niet?

De therapeut kan ook een observatie teruggeven en dat terugkoppelen aan de patiënt. "Ik zag ..., merkte je dat zelf ook?"

Therapeutische houding
Steunend, alert en open.

Aansluiting bij werkingsmechanisme
- ☐ Arousal-regulatie (activeren dan wel ontspannen van het lichaam)
- ☒ Proces van lichaamswaarneming/-bewustzijn (prikkels vanuit het eigen lichaam waarnemen)
- ☐ Affectregulatie
- ☒ Emotieregulatie
- ☐ Regulatie van cognitieve processen
- ☐ Regulatie van aandachtprocessen
- ☐ Leren
- ☐ Regulatie van sociale processen
- ☐ Anders, namelijk: vertrouwen

Beschermende factoren/risico factoren

Interne items
- ☐ Intelligentie
- ☐ Hechting
- ☐ Empathie/ vijandigheid
- ☐ Coping
- ☒ Zelfcontrole/ impulsiviteit
- ☒ Agressie
- ☐ Zelfwaardering
- ☐ Emotieregulatie

Externe Items
- ☒ Netwerk
- ☒ Intieme relaties
- ☐ Hulpverlening
- ☐ Woonsituatie
- ☒ Middelengebruik

Motivationele items
- ☐ Motivatie voor behandeling
- ☒ Houding tegenover autoriteit
- ☐ Levensdoelen

Aansluiting basisbehoeften

- ☐ Leven (inclusief gezondheid en fysiek welbevinden)
- ☐ Kennis (hoe goed iemand zich geïnformeerd voelt over wat belangrijk voor hem is)
- ☐ Spelen (hobby's en vrijetijdsbesteding)
- ☐ Werken (inclusief zich competent voelen/voelen dat je beter wordt)
- ☑ Zelfbeschikking (autonomie en richting kunnen bepalen)
- ☑ Innerlijke rust/'peace of mind' (vrij zijn van emotionele onrust, pijn en stress)
- ☐ Verbondenheid (intieme, romantische en familiaire relaties)
- ☐ Community (verbondenheid met een bredere sociale groep)
- ☐ Spiritualiteit (betekenis- en zingeving)
- ☐ Plezier (goed voelen in het hier en nu)
- ☐ Creativiteit (vrije en alternatieve zelfexpressie)

Verondersteld mechanisme

Het ervaren van lichaamssignalen en het opmerken van het effect van het actief reguleren van lichaamssignalen zorgt ervoor dat patiënten zich meer bewust worden van datgene wat voor hen belangrijk is, van eigen wensen en behoeften (Scheffers et al., 2015).

Daarnaast is vanuit literatuur bekend dat de bewustwording van lichaamssignalen die geassocieerd zijn met lichamelijk onwelbevinden, stress of boosheid en het leren op een adequate wijze uiting te geven aan emoties bevorderend werkt rondom thema's als zelfbeeld, lichaamsbeleving en emotieregulatie (Kalisvaart, 2010; Van der Maas, 2010).

Wanneer we dat vertalen naar de oefening waarin lichaamssignalen opgemerkt moeten worden om niet tegen de muur te lopen, is dit waardevol omdat de patiënt bewust gemaakt wordt van het belang van lichaamssignalen. In kader van jezelf beschermen, niet steeds tegen dezelfde muur aan te lopen (figuurlijk). Leren door de noodzaak in deze situatie om wel lichaamssignalen te móeten voelen. Dit kan helpen bij zelfcontrole en het eerder opmerken van lichaamssignalen in andere situaties, zoals bij het oplopen van emoties.

Functie vaktherapeutisch middel

De functie van de lichaamsgerichte oefening ligt vooral in het bevorderen van bewustwording van lijfelijke signalen. Je kunt hierover spreken, maar in deze werkvorm worden lichaamssignalen zeer duidelijk, vooral omdat de ogen gesloten zijn. Er kan ook gesproken worden van metaforen: de muur die letterlijk een grens vormt bijvoorbeeld.

Merkzame effecten

Door de bewustwording en het opmerken van de lijfelijke signalen worden de patiënten bewuster van wat er in hen afspeelt. Door deze bewustwording ligt er ruimte voor een ander gedrag/oplossingen. Het aanvoelen van lichaamssignalen, dit interpreteren en hier adequaat op handelen.

Suggesties voor meetinstrumenten

- Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA)
- Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)

Literatuur

Kalisvaart, H. (2010). Mijn lichaam zegt me niets: Psychomotorische therapie bij patiënten met ernstige psychosomatische klachten. In J. de Lange (Red.), *Psychomotorische therapie. Lichaams- en bewegingsgerichte interventies in de ggz* (pp. 53-71). Boom Uitgevers.

Scheffers, M., Hatzmann, J., Nissen, I. C., Van Berkel, K. M. E., & Van Busschbach, J. T. (2015). Beweging in trauma. Psychomotorische therapiemodule in de stabilisatiefase van complex trauma. *Tijdschrift voor Vaktherapie, 11*(4), 47-54.

Van der Maas, L. (2010). Psychomotorische therapie bij chronische aspecifieke pijn. In J. de Lange (Red.), *Psychomotorische therapie. Lichaams- en bewegingsgerichte interventies in de ggz* (pp. 175-195). Boom Uitgevers.

Meso-interventie

Spullen bewaken

Doel van werkvorm

- De patiënt kennis laten opdoen over passief, assertief en agressief reageren.
- Een groter scala aan adequate handelingsmogelijkheden hebben

Omschrijving

Eén persoon gaat op een mat staan, dit kan een patiënt of de therapeut zijn. Op de mat liggen persoonlijke spullen. De persoon op de mat moet de persoonlijke spullen verdedigen. Tijdens de werkvorm is het van belang dat de verschillende manieren van reageren aan bod komen: passief, assertief en agressief reageren. Men begint eerst met: “Oké, jij moet de spullen verdedigen en ik ga proberen om erbij te komen” óf “Oké, ik ga de spullen verdedigen en jij gaat proberen om erbij te komen”.

Als de spullen gejat zijn of als het te lang duurt, wordt een nieuwe manier van reageren uitgeprobeerd, bijvoorbeeld dat de therapeut heel passief reageert. Hierna wordt gevraagd hoe dit was, en wordt een nieuw reactiepatroon uitgeprobeerd, et cetera.

Op welk moment in de therapie wordt deze werkvorm ingezet?

Deze werkvorm wordt in een later stadium van de behandeling ingezet, wanneer er al voldoende vertrouwen is opgebouwd.

Groep/individueel/tweetal

- Groep
- Subgroepen/twee- of drietallen bijv.
- individueel in de groep
- Individueel

Materiaal

Een mat, een bal of andere voorwerpen die je op de mat kan leggen.

Toelichting

Tijdens deze oefening is het van belang dat je rekening houdt met de gemoedstoestand van de patiënt. Als iemand al hoog in spanning zit is deze werkvorm niet verstandig om te doen. Het gaat om verschillende strategieën inzetten om jouw zone en materiaal te beschermen: hoe kun je jouw grenzen effectief

aangeven zonder agressie te gebruiken? Je wil uiteindelijk dat de patiënt assertief kan reageren en de nadelen inziet van passief en agressief handelen/reageren.

Evaluatie

- Hoe is het voor je om agressief, assertief en passief te reageren?
- Hoe zou je willen reageren? Hoe ziet dat eruit?
- Herken je hoe je nu reageert uit het dagelijks leven? Wat bereik je daarmee?

Therapeutische houding

Leidend, directief, confronterend, steunend, alert, afwachtend en open.

Aansluiting bij werkingsmechanisme

- ☐ Arousal-regulatie (activeren dan wel ontspannen van het lichaam)
- ☐ Proces van lichaamswaarneming/-bewustzijn (prikkels vanuit het eigen lichaam waarnemen)
- ☐ Affectregulatie
- ☐ Emotieregulatie
- ☐ Regulatie van cognitieve processen
- ☐ Regulatie van aandachtprocessen
- ■ Leren
- ■ Regulatie van sociale processen
- ☐ Anders, namelijk:

Beschermende factoren/risico factoren

Interne items

- ☐ Intelligentie
- ☐ Hechting
- ☐ Empathie/ vijandigheid
- ☐ Coping
- ■ Zelfcontrole/ impulsiviteit
- ■ Agressie
- ☐ Zelfwaardering
- ☐ Emotieregulatie

Externe Items

- ■ Netwerk
- ■ Intieme relaties
- ☐ Hulpverlening
- ☐ Woonsituatie
- ■ Middelengebruik

Motivationele items

- ☐ Motivatie voor behandeling
- ■ Houding tegenover autoriteit
- ☐ Levensdoelen

Aansluiting basisbehoeften

- ☐ Leven (inclusief gezondheid en fysiek welbevinden)
- ■ Kennis (hoe goed iemand zich geïnformeerd voelt over wat belangrijk voor hem is)
- ☐ Spelen (hobby's en vrijetijdsbesteding)
- ☐ Werken (inclusief zich competent voelen/voelen dat je beter wordt)
- ■ Zelfbeschikking (autonomie en richting kunnen bepalen)
- ■ Innerlijke rust/'peace of mind' (vrij zijn van emotionele onrust, pijn en stress)
- ☐ Verbondenheid (intieme, romantische en familiaire relaties)
- ☐ Community (verbondenheid met een bredere sociale groep)
- ☐ Spiritualiteit (betekenis- en zingeving)
- ☐ Plezier (goed voelen in het hier en nu)
- ☐ Creativiteit (vrije en alternatieve zelfexpressie)

Verondersteld mechanisme

De ervaring staat centraal in deze oefening. Ervaren houdt in dat er structurerend ervaringsgericht gewerkt wordt en het richt zich op het opdoen van positieve, nieuwe en opbouwende ervaringen binnen bewegingssituaties. De patiënt ervaart zijn mogelijkheden, zijn kracht en zijn probleemoplossend vermogen (Van der Meijden & Van der Meijden, 2015).

In deze oefening is het de bedoeling dat de patiënt kan gaan ervaren/inzien dat als hij anders reageert, mensen ook anders op hem kunnen reageren. Dit heeft te maken met eigen kennis en de rust waarmee je reageert. Het gaat dus om bewustwording en de werkvorm is dus ook gericht op het ontwikkelen van meerdere adequate handelingen/reacties.

Functie vaktherapeutisch middel

In de PMT ontstaat een oefenruimte voor het dagelijks leven, waarbij niet alleen wordt gepraat over het bewaken van grenzen maar waarbij direct in het lijf en in de interactie opgemerkt kan worden wat er gebeurt. In eerder onderzoek naar PMT additief aan een Agression Replacement Training (ART) bij forensische patiënten, bleek dat het toevoegen van PMT zorgde voor significante verbeteringen in geobserveerd sociaal gedrag, agressief gedrag en zelf-gerapporteerde boosheid. PMT bleek helpend om coping-gedrag te ervaren en nieuw gedrag te oefenen (Zwets et al., 2016).

Merkzame effecten

De patiënt leert en ervaart hoe het is om op verschillende manieren te reageren.

Het effect is dat bewustwording wordt gecreëerd rondom interactiepatronen. Dit is bij veel patiënten in de forensische zorg in het verleden een probleem geweest en kan uiteindelijk zorgen voor minder incidenten.

Suggesties voor meetinstrumenten

- ADAPT vragenlijst voor adaptief gedrag
- Agressievragenlijst (AGV)
- De Utrechtse Coping Lijst - Revised (UCL-R)
- Coping Inventory for Stressful Situations (CISS-NL)

Literatuur

Van der Meijden, H., & Van der Meijden, E. (2015). Psychomotorische therapie en de Gezonde Volwassene. In: A. M. Claassen & S. Pol (Reds) *Schematherapie en de Gezonde Volwassene* (pp.205-220). Bohn Stafleu van Loghum.

Zwets, A. J., Hornsveld, R. H., Muris, P., Kanters, T., Langstraat, E., & van Marle, H. J. (2016). Psychomotor therapy as an additive intervention for violent forensic psychiatric inpatients: A pilot study. *International Journal of Forensic Mental Health, 15*(3), 222-234. https://doi.org/10.1080/14999013.2016.1152613

Meso-interventie

Op een ballon zitten

Doel van de werkvorm
- Lichaamsbewustwording en regulatie van de spanning.

Omschrijving
De therapeut vraagt de patiënt om een ballon op te blazen en een knoop te leggen wanneer deze goed is opgeblazen (ongeveer 70% van de volledige spanning). Vervolgens vraagt de therapeut de patiënt om op de ballon te gaan zitten.
De therapeut doet dit zonder enige andere uitleg te geven zodat de ervaring meer voorop staat. Vervolgens wordt er tijdens het zitten op de ballon GAS toegepast (Gedachtensturen naar positief, Ademcontrole door adem laag te krijgen en te focussen op uit-ademhaling, Spierontspanning door te signaleren dat de spieren aangespannen zijn en deze proberen te ontspannen). De ballon mag knappen, dat kan gebeuren. Dan ook de vraag om deze schrik reactie om te zetten naar rust.

Op welk moment in de therapie wordt deze werkvorm ingezet?
Later in de therapie; het kan spannend zijn en wat 'gek'. Het is fijn als er eerst een vertrouwensband is opgebouwd.

Groep/individueel/tweetal
- ☐ Groep
- ☐ Subgroepen/twee- of drietallen bijv.
- ☐ Individueel in de groep
- ☑ Individueel

Materiaal
Een ballon (er bestaan sterke ballonnen die niet zomaar knappen als je erop gaat zitten) en een whiteboard waarop GAS en een thermometer staan beschreven.

Toelichting
Het doel van de oefening is om inzichtelijk maken van wat er in je lijf gebeurt: wanneer men denkt aan het zitten op een ballon, wanneer ze daadwerkelijk op de ballon gaan zitten en bij het eventuele knappen van de ballon. De spanning loopt op, dit is inzichtelijk te maken op de thermometer. Bijvoorbeeld: de ademhaling stokt of gaat omhoog naar de borst. Bovenbenen spannen zich aan want patiënt durft niet te gaan zitten. Schouders omhoog doordat patiënt op de leuning duwt. Gedachten dat de ballon gaat knappen, etc.

Evaluatie

Tijdens de werkvorm vraagt de therapeut de volgende elementen uit: de gedachten, de ademhaling en de spierspanning van de patiënt (GAS).

Vragen die daarbij komen zijn bijvoorbeeld:

- Wat is het ergste wat kan gebeuren?
- Hoe kun je dat van negatief naar positief maken?
- Wat gebeurt er met je adem?
- Lukt het je nog tijdens de oefening om door te blijven ademen?
- Lukt het je om naar je buik te ademen?
- Merk je spierspanning op?

Als de patiënten dat lastig vinden geeft de therapeut observaties terug.

Therapeutische houding

Wat meer achterovergeleund, laat de patiënt zelf ontdekken. Ondersteunend.

Aansluiting bij werkingsmechanisme

- [x] Arousal-regulatie (activeren dan wel ontspannen van het lichaam)
- [x] Proces van lichaamswaarneming/-bewustzijn (prikkels vanuit het eigen lichaam waarnemen)
- [ ] Affectregulatie
- [ ] Emotieregulatie
- [ ] Regulatie van cognitieve processen
- [ ] Regulatie van aandachtprocessen
- [ ] Leren
- [ ] Regulatie van sociale processen
- [ ] Anders, namelijk:

Beschermende factoren/risico factoren

Interne items

- [ ] Intelligentie
- [ ] Hechting
- [ ] Empathie/ vijandigheid
- [ ] Coping
- [x] Zelfcontrole/ impulsiviteit
- [x] Agressie
- [ ] Zelfwaardering
- [ ] Emotieregulatie

Externe Items

- [x] Netwerk
- [x] Intieme relaties
- [ ] Hulpverlening
- [ ] Woonsituatie
- [x] Middelengebruik

Motivationele items

- [ ] Motivatie voor behandeling
- [x] Houding tegenover autoriteit
- [ ] Levensdoelen

Aansluiting basisbehoeften

- [x] Leven (inclusief gezondheid en fysiek welbevinden)
- [x] Kennis (hoe goed iemand zich geïnformeerd voelt over wat belangrijk voor hem is)
- [ ] Spelen (hobby's en vrijetijdsbesteding)
- [ ] Werken (inclusief zich competent voelen/voelen dat je beter wordt)
- [ ] Zelfbeschikking (autonomie en richting kunnen bepalen)
- [x] Innerlijke rust/'peace of mind' (vrij zijn van emotionele onrust, pijn en stress)
- [ ] Verbondenheid (intieme, romantische en familiaire relaties)
- [ ] Community (verbondenheid met een bredere sociale groep)
- [ ] Spiritualiteit (betekenis- en zingeving)
- [ ] Plezier (goed voelen in het hier en nu)
- [ ] Creativiteit (vrije en alternatieve zelfexpressie)

Verondersteld mechanisme

Het werkende element in deze oefening is dat de patiënt uitleg krijgt over hoe zijn lijf werkt bij spanning (psycho-educatie) met als doel dat ze daardoor meer grip krijgen op hun lichaam en uiteindelijk op hun gedrag. Jungmann et al (2020) beschrijven dat psycho-educatie een samenvoeging is van de woorden psychotherapie en educatie. Het houdt in dat kennis of informatie overgedragen wordt in combinatie met het aanreiken of aanleren van nieuwe vaardigheden.

Functie vaktherapeutisch middel

Als therapeut is op een ballon zitten een makkelijke manier om spanning op te roepen. Veel makkelijker dan een situatie vanuit de kliniek na te bootsen. En toch, geeft ook het zitten op de ballon verhoogde spanning en kan hiermee de transfer gemaakt worden naar andere situaties waarin de spanning op liep en het lijf reageert door adem vast te houden etc. In deze oefening gaat het met name om psycho-educatie over spanning en de regulatie daarvan. Spanningsregulatie is complex en multimodaal. Instructies die gegeven worden zijn een combinatie van beweging, aandacht en ademhaling. Spanningsregulatie is procesgericht, de behandelaar kan kiezen uit veel verschillende oefeningen, zonder vaste volgorde. Het is per patiënt verschillend welke technieken voor hem/haar/hun haalbaar en effectief zijn om de spanningen in het dagelijks leven te kunnen reguleren (Van Dixhoorn, 2013). Deze oefening vraagt om van externe observaties te schakelen naar interne observaties van lichaamssignalen rondom een spanningsvolle situatie.

De functie van deze oefening is lichaamsbesef creëren en het vergroten en daarbij het eerder opmerken en door hebben van spanningsopbouw. Uiteindelijk gaat deze werkvorm om het vergroten van de coping doordat men de GAS-vaardigheden kan inzetten.

Merkzame effecten

De patiënt kan langzaam steeds beter lichaamssignalen voelen en benoemen. Door middel van de interventie kan samen met de therapeut en de groepsbegeleider een signaleringsplan worden opgesteld. Hierdoor is de patiënt makkelijker in te schatten.

Suggesties voor meetinstrumenten

- Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA)
- Bloeddruk, ademhaling, cortisol, rHRV

Literatuur

Jungmann, N., Wesdorp, P., & Tonnon, S. (2020). Psycho-educatie. In: N. Jungmann, P. Wesdorp,& T. Madern (Reds), *Stress-sensitief werken in het sociaal domein* (pp.93-116). Bohn Stafleu van Loghum.

Van Dixhoorn, J. (2013). Spanningsregulatie in de behandeling van burn-out, een exploratief onderzoek. *Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde, 21*(9), 412–418. Geraadpleegd op 4 december 2024, van https://link.springer.com/article/10.1007/s12498-013-0191-y

Eerder gepubliceerde **macro-interventies**

Onderstaande modules zijn allen gericht op de forensische praktijk
en kunnen gevonden worden via de Databank Vaktherapie van Vaktherapie Nederland,
Kwaliteit Forensische Zorg en het Trimbos-Instituut.

Vaktherapie Breed

Lavrijsen, M., Merkx, I., Campo, E., Bouwhuis, B., Macfarlane, C., Teerenstra, R., Tiecken, E. & Konings, E (2019). ‘Communicatie- en Assertiviteitstraining (CAT)’

Deze interventie betreft een groepsbehandeling waaraan enkel patiënten met sub-assertief gedrag deelnemen. De grootte van de groep is maximaal zes personen zodat er voldoende veiligheid kan worden geboden. In het aanbod is er een opbouw van een toenemende complexiteit van vaardigheden en is er een cumulatief verband. In het begin worden basisvaardigheden aangeleerd zoals feedback geven en ontvangen, luisteren naar anderen, ruimte innemen door middel van stemgebruik, oogcontact en lichaamshouding, die steeds terugkomen en waarop andere vaardigheden voortbouwen. Deze basisvaardigheden worden steeds herhaald en geoefend in een andere context, zowel binnen als buiten de groepsbehandeling. Het inzetten van twee verschillende vakgebieden van vaktherapie is hierbij essentieel: In principe kan de behandeling gegeven worden door alle vakgebieden van vaktherapie maar een combinatie van lichaamsgerichte vaktherapie zoals psychomotorische- of danstherapie met drama-, beeldende- of muziektherapie heeft de voorkeur. Het hoofddoel is afname van het recidiverisico veroorzaakt door gebrekkige sociale vaardigheden. Een secundair doel is toename van het repertoire aan sociale- en communicatieve vaardigheden en assertief gedrag.

- Context: Dit product is geschikt als behandeling in de vorm van training voor volwassen patiënten die opgenomen zijn in een forensisch psychiatrische setting.
- Doelgroep: Subassertieve volwassen patiënten in een forensisch psychiatrische setting waarbij de risicotaxatie uitwijst dat gebrekkige sociale vaardigheden een verhoogd recidiverisico geven.
- Aantal sessies: 14.
- Referentie: Lavrijsen, M., Merkx, I., Campo, E., Bouwhuis, B., Macfarlane, C., Teerenstra, R., Tiecken, E. & Konings, E. (2019). Vaktherapeutische groepsbehandeling gericht op het verminderen van het recidiverisico door het verbeteren van sociale- en communicatieve vaardigheden voor volwassen patiënten met sub-assertief gedrag in een forensisch psychiatrische setting: Communicatie & Assertiviteits Training (CAT). Federatie voor Vaktherapeutische beroepen.
- Te raadplegen via: https://fvb.vaktherapie.nl/files/migratie/2019-0925%20Product_Consensus%20based_VT-CAT_DATABANK_FVB.pdf

Beeldende therapie

Ruijter, M., Lavrijsen, M., Van Mansom, O.,Muis, C. & Van der Velden, M.(2024).

‘Beeldende therapie ter vergroting van de behandelmotivatie voor volwassen patiënten met een stoornis in het gebruik van middelen’

De behandelmotivatie van de patiënt met een stoornis in het gebruik van middelen is bij aanvang van de behandeling vaak ambivalent. De basisbehoeften autonomie, gevoel van competentie en sociale verbondenheid zijn bij de patiënt vaak laag, wat bijdraagt aan een lage motivatie om te veranderen. Beeldende therapie speelt in op deze basisbehoeften, door de patiënt met deze thema’s te laten oefenen binnen de beeldende werkvormen, met als doel de motivatie voor behandeling van een stoornis in het gebruik van middelen te laten toenemen Deze interventiebeschrijving in de vorm van een consensus based Product-plus (een product waarbij door minimaal vijf expert-vaktherapeuten overeenstemming is gevonden over de inhoud), vindt zijn basis in de wetenschappelijk onderbouwde theorieën Cognitieve Gedragstherapie en Motiverende gespreksvoering waar verandertaal een onderdeel van is en het Expressive therapies Continuum als vaktherapeutische model.

- Context: Zorgprogramma’s ter vergroting van de behandelmotivatie binnen de ambulante en/of klinische (forensische) verslavingszorg of als op zichzelf staande beeldende therapie groep binnen zo’n setting.
- Doelgroep: Patiënten met een stoornis in het gebruik van middelen, met gebrekkige motivatie om te minderen, te stoppen met middelengebruik, of gedrag hieromtrent te veranderen.
- Aantal sessies: 12.
- Referentie: Ruijter, M., Lavrijsen, M., Van Mansom, O., Muis, C., & Van der Velden, M. (2024). Beeldende therapie ter vergroting van de behandelmotivatie voor volwassen patiënten met een stoornis in het gebruik van middelen: Kortdurende ervaringsgerichte groepsinterventie gebaseerd op de verandertaal uit de motiverende gespreksvoering. Databank Vaktherapie.
- Te raadplegen via: https://databank.vaktherapie.nl/files/artikelen/202401%20Product%20Plus%20Beelde nde%20therapie_behandelmotivatie_verslaving_Databank%20CPMO_FVB_def.pdf

Willemars, G., Burkard, C., Lavrijsen, M., Drie, M.-J. van, Verhofstad, B., Peters, S., Omarsdottir, S., Helmich, M. & Kottelenberg, J. (2016).

‘Beeldende therapie ter vermindering van het recidiverisico bij AD(H)D-problematiek van volwassen patiënten met een licht verstandelijke beperking in de forensische psychiatrie’

Dit product wordt als groepstherapie aangeboden waarbij individuele beeldende opdrachten worden uitgevoerd in een groep van maximaal zes patiënten.
Patiënten ervaren middels de omschreven beeldend therapeutische interventie meer grip op hun impulsieve gedrag. Dit heeft een positieve invloed op het zelfbeeld. Doordat ze externe prikkels leren uitschakelen door de vaste werkstructuur van de Stop-Denk-Doe-Methode kunnen ze hun aandacht beter vasthouden en richten op het handelen. Hierdoor kunnen ze gericht naar een doel werken. Door het toepassen van positieve copingvaardigheden leert de patiënt een probleem adequaat te benaderen en hierbij steun te vragen in zijn omgeving. In de laatste fase van de therapie kan de patiënt experimenteren met deze nieuwe vaardigheden. Op deze manier verandert de ervaring, de beleving, het voelen en het denken over zichzelf.

- Context: Forensische psychiatrie.
- Doelgroep: De interventie is bestemd voor patiënten binnen de forensische psychiatrie met LVB (IQ 55 tot 85) met een leeftijd vanaf 18 jaar en (kenmerken van) AD(H)D van het gecombineerde type.
- Aantal sessies: 40 met eventuele follow-up van 10 sessies.
- Referentie: Willemars, G., Burkard, C., Lavrijsen, M., Van Drie, M.-J., Verhofstad, B., Peters, S., Omarsdottir, S., Helmich, M., & Kottelenberg, J. (2016). Beeldende therapie ter vermindering van het recidive risico bij AD(H)D problematiek van volwassen patiënten met een licht verstandelijke beperking in de forensische psychiatrie. Databank Vaktherapie.
- Te raadplegen via: https://databank.vaktherapie.nl/files/migratie/(2016)BTLVB%20en%20Forensisch,%20Willemars.pdf

Willemars, G., Burkard, C., Kottelenberg, J., Peters, S., Spaninks, S., Omarsdottir, S., Lavrijsen, M., Strijbos, N., Helmich, M., Westerveld, Y., Verhofstad, B. & Friso, W. (2013).

‘Impulsen onder controle: Van Destructief naar Constructief handelen. Kortdurend traject beeldende therapie gericht op het vergroten van impulscontrole binnen de forensische psychiatrie.’

Het doel van deze interventie is het vergroten van het bewustzijn ten aanzien van het eigen handelen, het herkennen van impulsief gedrag, kunnen reflecteren op het eigen gedrag, vergroten van planmatig handelen, gestructureerd en constructief kunnen handelen worden bevorderd. Het aanbod van beeldende opdrachten en beeldende materialen zal dus gericht zijn op het ontwikkelen van een planmatige, gestructureerde en doorleefde handelswijze van de cliënt. Er worden werkvormen ingezet die appèl doen op lichaamsbeleving en impulscontrole, zoals speksteen, hout en metaal, klei of de draaischijf. De interventie bestaat uit vier fasen: herkennen (van impulsief gedrag), erkennen (van impulsief gedrag), uitvoeren (alternatieven voor impulsief gedrag) en verankeren (van alternatieve handelswijze).

- Context: forensische psychiatrie voor volwassenen
- Doelgroep: Psychiatrisch cliënten in behandeling op een forensische afdeling, specifiek met ondoordacht en onvoorspelbaar gedrag, moeite met het verdragen van spanning, weinig inzicht in impulsief gedrag en gebrek aan adequate coping.
- Aantal sessies: 30 sessies met eventuele follow-up van 5 sessies.
- Referentie: Willemars, G., Burkard, C., Kottelenberg, J., Peters, S., Spaninks, S., Omarsdottir, S., Lavrijsen, M., Strijbos, N., Helmich, M., Westerveld, Y., Verhofstad, B., & Friso, W. (2013). Impulsen onder controle: Van destructief naar constructief handelen: Kortdurend traject beeldende therapie gericht op het vergroten van impulscontrole binnen de forensische psychiatrie. Databank Vaktherapie.
- Te raadplegen via: https://databank.vaktherapie.nl/files/migratie/(2013)BTForensisch%20en%20Impulscontrole,%20Willemars.pdf

Helmich, M. (2018).

‘Beeldende therapie voor psychiatrische patiënten in detentie om deviant gedrag tegen te gaan’

Het doel van deze groepsinterventie is het uitbreiden van het gedragsrepertoire (richting sociale bewogenheid, saamhorigheid, leiderschap), zicht krijgen op het eigen handelen en onder ogen zien van het eigen (tegen)gedrag en accepteren van regels en grenzen worden bevorderd. De beeldend therapeut geeft duidelijke gedragsinstructies gericht op verschillende interactieposities, ontlokt nieuw gedrag bij de patiënten en biedt gedragsalternatieven aan. Er is sprake van zes fasen: een observatie/kennismakings-/motiveringsfase, een educatieve fase, een fase van ervaren, een experimenteerfase, een fase van implementeren en een afsluitingsfase. Er wordt een verscheidenheid aan beeldend materiaal gebruikt (bij voorkeur expressieve materialen) waardoor de patiënt uitgedaagd wordt (on)mogelijkheden te verkennen. Er worden bijvoorbeeld groepsschilder werkvormen aangeboden waarbij samengewerkt moet worden of verschillende interactiepatronen aangenomen worden.

- Context: Forensische psychiatrie.
- Doelgroep: Psychiatrisch patiënten in detentievi met deviant gedrag als gevolg van een gebrekkig gedragsrepertoire.
- Aantal sessies: 27
- Referentie: Helmich, M. (2011). Beeldende therapie voor psychiatrische patiënten in detentie om deviant gedrag tegen te gaan. Databank Vaktherapie.
- Te raadplegen via: https://databank.vaktherapie.nl/files/migratie/(2011)BT-Detentie,%20Helmich.pdf

Psychomotorische therapie

Hoek, T.A.P., Meessen, L.J.E., Nijkamp, M.N., Nijland, N., Reijs, B., Spee, P. & Winkel, F. (2015). ‘Herkennen, onderscheiden en verwoorden van emoties middels psychomotorische therapie voor (jong)volwassen patiënten in de forensische psychiatrie’

Deze interventie is ontwikkeld voor patiënten die agressieregulatieproblematiek laten zien. Het doel van deze interventie is het zich meer bewust worden van het eigen lichaam, verschillende sensaties van elkaar kunnen onderscheiden en verwoorden, zich bewust zijn van de interne emotionele toestand en emoties kunnen herkennen, onderscheiden en verwoorden, om tot recidiveermingering van agressief gedrag te komen. De interventie bestaat uit twee fasen: lichaamsbewustzijn en bewustzijn van de interne emotionele toestand. De patiënt leert de aandacht te richten op het lichaam en de basisemoties te onderscheiden en te nuanceren.

- Context: Dit product kan gehanteerd worden binnen de therapeutische veranderfase van het (basis)zorgprogramma voor de forensische psychiatrie. Tevens kan het geïmplementeerd worden in specifieke zorglijnen binnen forensisch psychiatrische instellingen.
- Doelgroep: De doelgroep betreft (jong) volwassen patiënten met agressie-regulatie problematiek die in de forensische psychiatrie behandeld worden voor hun psychische/psychiatrische problematiek. Er is sprake van actueel of dreigend delictgedrag en een noodzaak tot het verminderen van het recidiverisico.
- Aantal sessies: 10
- Referentie: Hoek, T. A. P., Meessen, L. J. E., Nijkamp, M. N., Nijland, N., Reijs, B., Spee, P., & Winkel, F. (2015). Herkennen, onderscheiden en verwoorden van emoties middels psychomotorische therapie voor (jong) volwassen patiënten in de forensische psychiatrie: Een basisvaardigheid voor agressieregulatie. Databank Vaktherapie.
- Te raadplegen via: https://databank.vaktherapie.nl/files/migratie/(2015)PMT-Agressieregulatie,%20Hoek.pdf

Van den Bos, K. (2013).

‘De kracht van de krijger. Behandeling van agressiehanteringsproblematiek in de forensische psychiatrie door middel van psychomotorische therapie in de groep’

Deze groepsinterventie is ontwikkeld voor cliënten met agressieproblematiek. In dit product wordt gekozen voor een behandeling die gericht is op aandachtsproblemen, aanvullende ontwikkeling van normen en waarden en het leren omgaan met oplopende spanningen. De doelen van deze interventie zijn het leren omgaan met externe prikkels en het daardoor voorkomen van reactieve agressie; het aanleren van zelfverdedigingstechnieken; het aanleren van fysieke technieken zoals weringen op slaan en trappen; het aanleren van mentale technieken zoals concentratie op eigen doelen; en het ontwikkelen van normen en waarden zoals respect, verantwoordelijkheid, discipline.

- Doelgroep: Patiënten die zijn opgenomen op een forensische psychiatrie afdeling en één of meerdere malen in het leven actief betrokken geweest bij delicten waarin agressie een rol heeft gespeeld; en die moeite hebben met het onder controle houden van oplopende spanning.
- Aantal sessies: Forensisch psychiatrische afdelingen.
- Referentie: Van den Bos, K. (2013). De kracht van de krijger: Behandeling van agressiehanteringsproblematiek in de forensische psychiatrie door middel van psychomotorische therapie in de groep. Databank Vaktherapie.
- Te raadplegen via: https://databank.vaktherapie.nl/files/migratie/(2013)PMTForensisch%20en%20Agressieregulatie,%20Bos.pdf

Plouvier, J.M.C.G., Kamp, M.M. van de, Bieleveldt, S., Arensbergen, B. van & Wiegers, M. (2024).

‘Psychomotorische therapie ten behoeve van het verminderen van impulsieve agressie bij volwassenen met een posttraumatische stress-stoornis’

Deze interventiebeschrijving is geschreven voor de behandeling van mensen die post-traumatische stress stoornis (PTSS) ontwikkeld hebben door één of meerdere traumatische gebeurtenissen en daardoor last hebben van hyperarousal, verhoogde prikkelbaarheid en woede-uitbarstingen, ook wel impulsieve agressie genoemd. Het hoofddoel van de module is het verminderen van impulsieve agressie. In de beschreven interventie worden cognities, emoties, lichaamssensaties en gedrag weer aan elkaar verbonden omdat die door de traumatische ervaring hun onderlinge samenhang zijn kwijtgeraakt. Deze module kan toegepast worden binnen verschillende behandelsettingen zoals klinische behandeling, poliklinische behandeling en dagbehandeling. Het betreft een consensus based Module Plus (een product waarbij door minimaal vijf expert-vaktherapeuten overeenstemming is gevonden over de inhoud).

- Context: Deze module kan toegepast worden binnen verschillende behandelsettingen zoals (forensisch) klinische behandeling, (forensisch) ambulante behandeling en dagbehandeling.
- Doelgroep: volwassenen met PTSS, bij wie sprake is van impulsief agressief gedrag en die moeite hebben met het waarnemen van lichaamssensaties.
- Aantal sessies: 15
- Referentie: Plouvier, J. M. C. G., Van de Kamp, M. M., Bieleveldt, S., Van Arensbergen, B., & Wiegers, M. (2024). Consensus based module plus: Psychomotorische therapie ten behoeve van het verminderen van impulsieve agressie bij volwassenen met een posttraumatische stress-stoornis. Databank Vaktherapie.
- Te raadplegen via: https://databank.vaktherapie.nl/files/artikelen/2023-12%20PMT%20verminderen%20impulsieve%20agressie%20bij%20PTSS_FVB_CPMO_DatabankVT.pdf

Psychomotorische Therapie & Dramatherapie

Niehoff, H., Didden, R., Valenkamp, M., & Rutten, E. (2018). ‘Grip Op Agressie’

Het programma Grip op Agressie (GoA) richt zich op het verminderen en voorkomen van agressief (delict)gedrag. Hiernaast worden vaardigheden aangeleerd in het herkennen van- en omgaan met spanning die leidt tot agressief gedrag. Tevens biedt het programma richtlijnen voor trainers ten aanzien van de dagelijkse bejegening van patiënten met agressieproblematiek. Het programma kan zowel individueel als in groepsverband worden aangeboden.

GoA bestaat uit zeven modules, die in samenhang worden aangeboden, maar indien gewenst ook als afzonderlijke interventies kunnen worden ingezet. Bij iedere module horen huiswerkopdrachten om de transfer naar het dagelijks leven te ondersteunen. Module 1 is specifiek gericht op PMT en module 2 op dramatherapie. Zij gaan beiden over het herkennen van gevoelens.

- Context: ambulante of klinische forensische psychiatrie.
- Doelgroep: Het programma is geschikt voor cliënten met een licht verstandelijke beperking met een behandelvraag op het gebied van agressie (voorkomen, verminderen).
- Aantal sessies: 30
- Referentie: Niehoff, H., Didden, R., Valenkamp, M., & Rutten, E. (2018). Grip op Agressie (GoA). Kwaliteit Forensische Zorg.
- Te raadplegen via: https://kfz.nl/projecten/grip-op-agressie

Hoogsteder, L. M. (2020).
‘Agressie Regulatie op Maat Plus’

Agressie Regulatie op Maat Plus is bedoeld voor volwassen patiënten met (ernstige) agressieproblematiek en een licht verstandelijke beperking die binnen de ambulante forensische zorg worden behandeld. Het primaire doel van ARopMaat-Plus is het verminderen van agressief gedrag en boosheidsgevoelens, en het reduceren van (de kans op) recidive van gewelddadig gedrag. ARopMaat-Plus is een individuele behandeling die als basishouding gebruik maakt van het valideren in combinatie met een cognitieve gedragsmatige aanpak en het structureel aanbieden van ervaringsgerichte oefeningen (dramatherapeutische- en lichaamsgerichte technieken en aangepaste mindfulness oefeningen) en veel aandacht voor het stimuleren en motiveren. Voor het leveren van maatwerk worden standaard- en optionele modules aangeboden. De duur van de interventie is afhankelijk van het leertempo en de ernst van de problematiek en kan variëren van zes maanden tot maximaal twee jaar.

- Context: ambulante forensische zorg.
- Doelgroep: volwassen patiënten met (ernstige) agressieproblematiek en een licht verstandelijke beperking.
- Aantal sessies: lengte interventie is 6 maanden – 2 jaar.
- Referentie: Hoogsteder, L. M. (2020). Agressie Regulatie op Maat Plus: Interventie. Nederlands Jeugdinstituut; Movisie; Trimbos-instituut.
- Te raadplegen via: https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/2022/09/AROpMaat-Plus.pdf

Nog niet eerder gepubliceerde **macro-interventies**

Marjan Helmich

Beeldend therapeutische macro-interventie: Hoe verder: Behandelmodule vaktherapie beeldend na kinderdoding voor vrouwelijke psychiatrische patiënten in een penitentiair psychisch centrum.

Documenten

Voor de behandeling 'Hoe verder' zijn de volgende documenten geschreven;

- Kader document Hoe verder (voor geïnteresseerden)
- Folder voor verwijzers
- Folder voor patiënten
- Module boek Fase 1 Hoe verder tot de uitspraak (voor de beeldend therapeut)
- Fase 1 Werkboek (voor patiënten)
- Module boek Fase 2 Hoe verder na de uitspraak (voor de beeldend therapeut)
- Handleiding werken met daders van kinderdoding (voor afdelingspersoneel)

Voor meer informatie is Marjan Helmich te benaderen: marjanhelmich@hotmail.com

Samenvatting

In het penitentiair psychiatrisch centrum van de PI Zwolle worden patiënten opgenomen die vanwege hun psychiatrische kwetsbaarheid niet op de reguliere detentie-afdelingen kunnen verblijven. De groep moeders die haar kind gedood heeft of daarvan verdacht wordt, is klein maar vanwege de gevoeligheid van het delict zeer complex. Er is veel onderzoek gedaan naar de prevalentie en achtergrond van daders van kinderdoding maar er bestond wereldwijd voor zo ver bekend nog geen behandeling gericht op de begeleiding van deze vrouwen tijdens de detentieperiode. Deze patiënten ondergaan een complex rouwproces dat dikwijls stagneert door de detentiesituatie. Daarnaast moeten zij verder leven met zichzelf, na wat ze gedaan hebben en is er sprake van moral injury. De ethiek en het moraal van het daderschap en slachtofferschap zijn lastig met elkaar te verenigen en patiënten hebben weinig draagkracht om hiermee om te gaan. Zij vinden het lastig te spreken over hun emoties en gedachten, wat bij sommige patiënten leidt tot suïcidaliteit.

Met de behandelmodule 'vaktherapie beeldend' krijgen patiënten de mogelijkheid uiting te geven aan hun rouwproces, het zelfbeeld opnieuw te vormen en het contact met de omgeving te herstellen. Het overlijden van het kind kan daarmee niet ongedaan gemaakt worden en doet niks af aan de ernst van de zaak, maar het maakt het leven van deze patiënten die toch verder moeten, iets draaglijker. Deze behandeling helpt hen bij 'hoe verder'.

Er is een expertisepanel samengesteld met intern en extern deskundigen die meegelezen hebben, input hebben geleverd en tot consensus gekomen zijn over

de inhoud van de interventie. In deze modulebeschrijving wordt de problematiek beschreven van vrouwen die hun kind gedood hebben (of daarvan verdacht worden).

De gevolgen van kinderdoding worden beschreven, welke grofweg in te delen zijn in drie kernthema's; 1) hoe verhoud ik mij tot een leven zonder mijn kind, 2) hoe verhoud ik mij tot mezelf en 3) hoe verhoud ik mij tot mijn omgeving. Vervolgens wordt ingegaan op hoe men via beeldende therapie aan zowel deze gevolgen, als aan stabiliserende en risicofactoren kan werken.

1. Context

Het penitentiair psychiatrisch centrum (PPC) is een afdeling binnen het gevangeniswezen, bedoeld voor gedetineerden die vanwege hun psychiatrische kwetsbaarheid niet kunnen functioneren op de reguliere afdelingen. Er zijn vier PPC's in Nederland; in Vught, Den Haag, Amsterdam en Zwolle. Zwolle is de enige locatie met, naast een PPC voor mannen, ook een PPC voor vrouwen. Amsterdam heeft wel zes crisisbedden voor vrouwen, maar geen aparte afdeling. Het vrouwen-PPC heeft een landelijke dekking en 36 bedden verdeeld over 3 afdelingen; een high intensive care afdeling en twee low care afdelingen. De PPC-afdelingen zijn kleinschalig, er werkt meer personeel en er is meer zorg en behandeling in de vorm van therapieën en trainingen. De behandeling is primair gericht op stabilisatie in het hier en nu en motiveren voor behandeling na detentie. De verblijfsduur kan variëren van een paar dagen tot een paar jaar maar is gemiddeld vijf maanden. Patiënten kunnen op elk moment van hun strafproces op een PPC geplaatst worden als daar een indicatie voor is. Het strafproces van verdachten van kinderdoding duurt gemiddeld een jaar.

Kinderdoding wordt gecategoriseerd in drie subtypen op basis van de leeftijd van het slachtoffer; neonaticide (eerste 24 uur), infanticide (1 dag tot 1 jaar oud) en filicide (ouder dan 1 jaar). Neonaticide wordt alleen maar door vrouwen gepleegd, infanticide in 67% en filicide in 46% van de gevallen door vrouwen. Het overgrote deel van de vrouwelijke daders brengt hun kind om door middel van ademnood of manueel geweld (Verheugt, 2007) wat ertoe leidt dat sommige patiënten door de heftigheid en aard van het delict een getraumatiseerde rouw ontwikkelen.

2. PROBLEEMBESCHRIJVING

2.1 Moral Injury

In Nederland worden volgens de officiële cijfers jaarlijks tussen de 10 en 15 kinderen omgebracht door de eigen ouder[1]; uit onderzoek blijkt dat 64% van deze daders vrouw is (Verheugt, 2007). Te midden van andere 'soorten' verliezen wordt het verlies van een kind over het algemeen opgevat als de meest ernstige gebeurtenis die iemand kan meemaken (Osterweis et al., 1984). Sanders (1980) concludeert dat ouders die een kind verliezen meer dan andere verwanten te lijden hebben van somatische klachten, depressiviteit, boosheid, schuldgevoelens en wanhoop. Het feit dat deze patiënten[2] zowel dader (veroorzaker) als slachtoffer zijn van het verlies, maakt de situatie nog complexer. Zij ondergaan binnen detentie dikwijls een complex rouwproces waarbij het daderschap en de detentiesituatie een stagnerend effect lijken te hebben op het rouwen om het verlies van het eigen kind[3]. Naast het complexe rouwproces zijn er risico's op suïcidaliteit en is vaak de relatie met

1 Onder de term 'eigen 'wordt in dit product zowel de biologische ouder als de adoptief-, pleeg-, of stiefouder verstaan.

2 Voor de leesbaarheid wordt in dit document doorgaans de term 'patiënt' gebruikt, tenzij een andere term absoluut noodzakelijk is zoals vrouwen, moeders, daders, slachtoffers en verdachten.

3 Voor de leesbaarheid wordt één kind genoemd, in werkelijkheid kan het ook gaan om meerdere kinderen.

naasten door het delict beschadigd. Tijdens de detentieperiode in een penitentiair psychiatrisch centrum (PPC) is bij deze patiënten de behoefte vastgesteld aan een gespecialiseerde behandeling. Deze is gericht op drie kerntaken waar de patiënt zich voor ziet staan. Deze kerntaken gaan ervan uit dat de patiënt zich opnieuw moet leren te verhouden (coping) tot een leven waarin een zeer ingrijpende gebeurtenis alles in haar leven veranderd heeft. De interventie richt zich alleen op vrouwen omdat het motief, de aard en de beleving van de doding door vrouwen soms anders is of beleefd wordt dan door mannen.

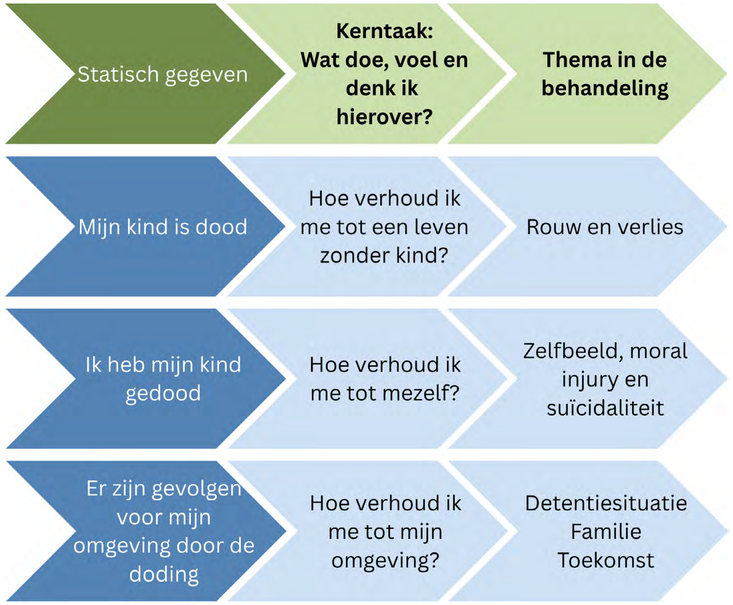
De behandeling 'Hoe verder' heeft als uitgangspunt dat de patiënt als moeder lijdt onder het verlies van haar kind (zij rouwt), dat zij zich naast het verlies moet verhouden tot zichzelf, haar daderschap en de gevolgen van haar delict, namelijk de detentie en de beschadigde relaties met naasten. Omdat de situatie waar deze patiënten zich in bevinden bijzonder complex is en gepaard gaat met veel emotionaliteit is erover praten vaak lastig. Er is behoefte aan een behandelaanbod met een andere insteek die houvast en veiligheid biedt en die tevens een kader geeft waarmee de patiënt weer grip kan krijgen op haar situatie. Zonder behandeling is er risico op stagnatie in het rouwproces en suïcidaliteit. De behandeling is niet primair gericht op risicofactoren en recidivevermindering, maar werkt hier naast stabilisatie in het hier en nu indirect aan.

Moral injury kan vertaald worden als 'morele verwonding' of 'morele beschadiging'. Moral injury ontstaat wanneer je morele kompas over wat goed en juist is beschadigd raakt door een heftige gebeurtenis. De basale en diepgewortelde overtuigingen en verwachtingen over jezelf en/of anderen worden geschonden. Typerend aan de gevolgen van moral injury zijn hevige schuld- en schaamtegevoelens. Deze gevoelens kunnen weer leiden tot wroeging, zelfhaat, woede en walging. Deze gevoelens kunnen zich uiten in het onvermogen om te genieten, zelfverwaarlozing of suïcide. Het gaat om iets dat het bestaan in de kern raakt, het gaat om existentiële problematiek (Duyndam, 2018). Hiermee wordt ook het verschil met een strikt criminele daad, bijvoorbeeld door iemand met een antisociale persoonlijkheid, helder; in dat geval is er geen sprake van een moreel besef of geweten, en is dan ook het zelfbeeld wat dit betreft niet verstoord.Met de doding van het eigen kind is de patiënt tekortgeschoten in haar meest basale taak als verantwoordelijke moeder; haar kind beschermen tegen gevaar. Het vertrouwen in het eigen handelen, het eigen oordeelsvermogen, de capaciteiten om juiste afwegingen te kunnen maken, regie te behouden en juist te handelen, is met het delict volledig geschonden. Dit tast de fundamentele veiligheid aan die nodig is om goed te kunnen functioneren. Dit leidt dikwijls tot wanhoopgevoelens; suïcidaliteit gaat in de kern over het verlies van vertrouwen in zichzelf, de toekomst en anderen.

2.2 Gevolgen

Zoals in de probleemomschrijving al genoemd is, heeft het delict grofweg drie gevolgen voor de patiënt, waartoe deze zich moet leren te verhouden; 1. Het verder leven zonder kind, 2. Leven met jezelf na wat je gedaan hebt en 3. Leven met de gevolgen (detentie, verstoorde familierelaties, andere toekomst) (Zie Figuur 1).

Figuur 1 De drie gevolgen en thema's in de behandeling



3. Doelgroep

3.1 Indicaties

- Vrouwelijke psychiatrische patiënten in detentie
- Bekennende verdachte van- of veroordeeld voor kinderdoding
- Gecompliceerde of gestagneerde rouw in rouwtaak 1 (het verlies aanvaarden) of 2 (de pijn (door)voelen) (Worden, 2018).
- Emotionele instabiliteit en riskant gedrag (dat zich uit in bijv. suïcidale gedachten/ handelingen, automutilatie, zichzelf bestraffen, piekeren, eenzaamheid, terugtrekken uit contact e.d.)
- Problemen in het contact met naasten en familieleden
- Problemen met het zelfbeeld dat ontstaan is vanuit het daderschap (moral injury)

3.2 Contra-indicaties

- Acute psychose waarvoor stabilisatie met medicatie eerst noodzakelijk is
- Mannen
- Getraumatiseerde rouw → eerst behandelen van het trauma
- Ontbreken van rouwproblemen

3.3 Verwijzing en selectie

Patiënten die geplaatst zijn in een Penintiair Psychiatrisch Centrum (PPC) worden via het multidisciplinaire behandeloverleg door de behandelcoördinator met het ingevulde aanmeldformulier bij de beeldend therapeut aangemeld. Tijdens de kennismaking en het motivatiegesprek wordt de inhoud, de procedure en het doel van de therapie uitgelegd. Er volgt een observatieperiode van drie individuele sessies waarbij gekeken wordt waar de patiënt op dat moment de meeste problemen mee ervaart, daarna wordt een observatieverslag geschreven en worden samen met de patiënt behandeldoelen opgesteld. Wanneer de patiënt en het multidisciplinair team hiervan op de hoogte zijn start de behandeling.

4. Doelen

Hoofd- en subdoelen

- Ik kan mij op een voor mij draaglijke manier verhouden tot het leven dat ontstaan is na mijn delict
- Ik kan mijn gedachten en emoties met betrekking tot mijn leven zonder mijn kind, hanteren zodat mijn leven voor mij draaglijk is. Dit wordt zichtbaar omdat ik niet meer elke keer overvallen wordt door het besef dat mijn kind er niet meer is, ik vermijd emoties niet maar ik laat rouw-emoties toe en kan hiermee omgaan (kerntaak 1)
- Ik kan mijn gedachten en emoties met betrekking tot mijn zelfbeeld hanteren op een manier die voor mij draaglijk is. Dit wordt zichtbaar door het afnemen van suïcidale gedachten, het toestaan van positieve gevoelens en het nuanceren van schuld en schaamtegevoelens (kerntaak 2)
- Ik kan de schade die door mijn handelen is aangericht erkennen en mijn handelen in het hier en nu richten op herstel (kerntaak 2)
- Ik kan mijn gedachten en emoties met betrekking tot mijn detentie hanteren op een manier die voor mij draaglijk is, wat zichtbaar wordt in het meedoen aan het dagprogramma (kerntaak 3)
- Ik kan mijn gedachten en emoties met betrekking tot mijn naasten omzetten in gedrag dat gericht is op herstel van beschadigde relaties en het maken van contact en zoeken van steun (kerntaak 3)
- Ik kan mijn gedachten en emoties met betrekking tot mijn toekomst relativeren, wat zichtbaar wordt in het maken van plannen voor na mijn detentie (Kerntaak 3)

5. Beschrijving van de interventie-aanpak

5.1 Architectuur van de interventie

Figuur 2 Architectuur van de interventie

<table>
<tr><td colspan="6">Delict -> preventieve hechtenis -> uitspraak -> straf -> uitplaatsing</td></tr>
<tr><td colspan="3">1 Stabilisatie fase
Hoe verder, tot de uitspraak
Thema's in de behandeling (48 sessies)</td><td colspan="3">2 Behandel en herstelfase
Hoe verder, na de uitspraak
Thema's in de behandeling (48 sessies)</td></tr>
<tr><td colspan="6">Contact</td></tr>
<tr><td colspan="6">Rouw en emoties</td></tr>
<tr><td colspan="3">Coping A Ontspanning en afleiding</td><td colspan="3">Zelfbeeld en moral injury</td></tr>
<tr><td colspan="3">Coping B Actief aanpakken</td><td colspan="3">Toekomst en omgeving</td></tr>
<tr><td>Testmoment 1</td><td>Testmoment 2</td><td>Testmoment 3</td><td>Testmoment 4</td><td>Testmoment 5</td><td>Testmoment 6</td></tr>
</table>

Naar aanleiding van de uitslag van testen door de psycholoog (de Utrechtse Coping Lijst Revised (UCL-R) (Schreurs & Van de Willige, 2023), de Suicidal Ideation Attributes Scale (SIDAS) (Van Spijker et al., 2014), de Inventory of Complicated Grief Revised (ICG-R) (Pridgerson et al., 1995)), de Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES) (Rosenberg, 1979), en de Moral Injury Event Scale (MIES) (Nash et al., 2013), en de resultaten uit de observatiefase, worden doelen opgesteld die gericht zijn op de drie kerntaken. De patiënt krijgt in de sessies werkvormen aangeboden die ook geëvalueerd worden en zij krijgt huiswerkopdrachten mee. Bij de start van fase 1 krijgt de patiënt een werkboek uitgereikt. Hierin staat achtergrondinformatie over de thema's die aan bod kunnen komen in de behandeling en er staan werkvormen met afbeeldingen. De patiënt kan hiermee inspiratie opdoen en zelf sturing en richting geven aan de inhoud van de behandeling. De behandeling is opgedeeld in twee fasen. De eerste fase loopt van binnenkomst tot aan de uitspraak in eerste aanleg,

de tweede fase start na de uitspraak. Elke fase bestaat uit vier thema's waarbij de thema's 'contact' en 'rouw en emoties' zowel in fase 1 als fase 2 behandeld worden. In de eerste fase staat coping in het hier en nu centraal, in de tweede fase zijn vooral de thema's zelfbeeld en moral injury belangrijk (Zie Figuur 2).

5.2 Inhoud van de interventie

De behandeling is erop gericht om de gedachten, gevoelens en het gedrag dat de patiënt ervaart naar aanleiding van het delict, te beïnvloeden zodat de patiënt zich kan verhouden tot een leven zonder kind, tot zichzelf en tot haar omgeving, op een voor haar draaglijke manier.

In de eerste drie individuele sessies krijgt de patiënt werkvormen aangeboden waarmee getracht wordt vast te stellen in welke kerntaken de patiënt de meeste problemen ondervindt. Er worden samen met de patiënt doelen opgesteld voor de behandeling, gekoppeld aan de kerntaken.

5.2.1 Concrete activiteiten/ in fasen

Observatiesessie 1 Opstellen van een probleemladder

De probleemladder is geïnspireerd op de verliesladder uit de richtlijn rouwbehandeling (Van den Bout et al., 1998). Met de verliesladder worden de problemen die de patiënt ervaart door het verlies geïnventariseerd waarbij er een voorkeur is voor de beleving van emoties (missen, verdriet, zorgen, ruzie, angst enz.).

Observatiesessies 2 en 3 Denkfouten en disfunctionele cognities

Denkfouten zijn redeneerfouten die de regels van de logica schenden. Een denkfout bij 'normale' gecompliceerde rouw is personalisatie zoals 'het is mijn schuld dat hij/zij/hen dood is'. Hoewel dat normaal gesproken een denkfout is, is dat bij deze populatie juist de realiteit. Er zijn echter denkfouten die ook bij deze populatie voorkomen; deze worden in de tweede en derde sessie opgespoord door middel van de werkvorm 'verleden, heden en toekomst'. De patiënt maakt drie werkstukken, de materiaalkeuze is vrij. De patiënt moet zichzelf in ieder werkstuk centraal stellen. In de vormgeving en evaluatie wordt onderzocht of en welke denkfouten de patiënt maakt.

De behandeling

Naar aanleiding van de uitslag van de testen en de resultaten uit de observatiefase, worden doelen opgesteld die gericht zijn op de drie kerntaken. De patiënt krijgt in de sessies werkvormen aangeboden die ook geëvalueerd worden en zij krijgt huiswerkopdrachten mee. Bij de start van fase 1 krijgt de patiënt een werkboek uitgereikt. Hierin staat achtergrond informatie over de thema's die aan bod kunnen komen in de behandeling en er staan werkvormen met afbeeldingen. De patiënt kan hiermee inspiratie opdoen en zelf sturing en richting geven aan de inhoud van de behandeling.

Fase 1 Stabilisatiefase; Hoe verder, tot de uitspraak

Het algemene doel van fase 1 is patiënten zo goed mogelijk begeleiden en ondersteunen in de fase tussen delict en veroordeling. De behandeling is gericht op stabilisatie en springt qua thematiek reactief in op de behoefte in het hier en nu van de patiënt. Dit wordt bereikt door de patiënt te stimuleren gezonde copingsmechanismen in te zetten voor problemen die in het hier en nu ervaren worden. Zo kan de patiënt bezig gaan met werkvormen gericht op rouw (gevoelens tonen), hulp vragen en steun en troost zoeken, maar als het de patiënt die week te veel is en liever afleiding en ontspanning heeft, dan is de sessie daarop gericht.

Stilstaan bij rouw en verliesgevoelens vormt een belangrijk onderdeel van deze behandelfase. De beeldende werkvormen geven uiting aan gedachten en emoties die ervaren worden rondom het verlies.

Ten slotte speelt contact een belangrijke rol waar het bijvoorbeeld gaat om steun ervaren van naasten en open zijn over suïcidaliteit.

Hoofddoel
De patiënt ontwikkelt en hanteert door middel van vaktherapie beeldend gezonde copingsmechanismen om het verblijf op het PPC gedurende de preventief gehechte fase, zo goed mogelijk door te komen.

Hoofd- en subdoelen per thema

1 Thema contact; verbeteren van contact met hulpverleners en naasten
- Verbeteren van cognities mbt de ander
- Vergroten van vertrouwen in de ander
- Actief contact maken met de ander
- Zelf om hulp, steun en advies vragen
- Open en kwetsbaar kunnen zijn over zorgen en problemen

2 Thema rouw en emoties; Stabilisatie en reguleren van emoties, gedachten en gedrag
- Uiten en reguleren van emoties
- Uiting geven aan verlangens en verliesgevoelens
- Verminderen van arousal
- Verminderen van piekeren
- Verdragen van herinneringen
- Beseffen dat hij/zij overleden is
- Reguleren van spanningen
- Verminderen van vermijdingsgedrag

3 Thema coping A; Afleiding en ontspanning zoeken
- Leren de aandacht en het denken te richten op iets anders dan problemen
- Afleiding zoeken in dagelijkse activiteiten (deelnemen aan het dagprogramma)
- Leren dat gebeurtenissen niet direct om actie vragen
- Verbeteren van cognitieve vaardigheden als relativeren en in perspectief plaatsen
- Lichamelijke spanningen verminderen (door bijv bewegen of accepteren van medicatie)

4 Thema coping B; Problemen actief aanpakken
- Stimuleren van actief handelen dat gericht is problemen in het hier en nu aan te pakken
- De aandacht actief richten op een probleem
- Kunnen structureren en begrenzen van gedachten

Fase 2 Behandel en herstelfase; Hoe verder, na de uitspraak

Met de veroordeling krijgt de patiënt zekerheid over de toekomst. De stress van de onderzoeken en rechtszittingen is er niet meer en de patiënt heeft duidelijkheid hoe de rechterlijke macht de verantwoordelijkheid voor het delict beoordeeld heeft. Het kost vaak even tijd voor de patiënt om de uitspraak te verwerken, maar er kan weer gericht worden op de toekomst. Sommige patiënten gaan in hoger beroep, niet omdat zij het niet eens zijn met de straf (alle patiënten vinden wel dat zij straf verdiend hebben) maar omdat zij het bijvoorbeeld niet eens zijn met hoe de mate van toerekeningsvatbaarheid beoordeeld wordt. Nu de patiënt voldoende gestabiliseerd is en weet waar zij aan toe is, kan gestart worden met de behandel- en herstelfase. Deze is erop gericht de patiënt actief te begeleiden in het rouwproces en stil te

staan bij de moral injury en herstel. Omdat de detentie situatie met zich meeneemt dat patiënten niet automatisch worden blootgesteld aan de realiteit van het verlies, of aan de impact van het daderschap bij de omgeving, moet door de behandeling actief gewerkt worden aan exposure. Dat betekent dat de patiënt geconfronteerd gaat worden met bijvoorbeeld speelgoed of kleding van het kind en dat fotoalbums bekeken worden of video opnames van het kind, de uitvaart, de kinderkamer of het grafje. Beeldende therapie is een onderdeel van de multidisciplinaire behandeling en drama therapie zou bijvoorbeeld geïndiceerd zijn voor de behandeling van moral injury met betrekking tot de nabestaanden; met het delict is er schade toegebracht in de relaties tussen de moeder en bijvoorbeeld de vader, opa en oma, broertjes en zusjes. In drama therapie kan geoefend worden hoe deze schade erkend kan worden door de moeder

Hoofddoel

De patiënt kan door middel van beeldende therapie de gevoelens en gedachten met betrekking tot het verlies en de ontstane schade hanteren op een manier die voor haar draaglijk is. Daarbij gaat zij confronterende situaties niet uit de weg maar onderneemt zij activiteiten die gericht zijn op herstel van de schade, zowel bij zichzelf als bij anderen.

Hoofd- en subdoelen per thema

1 *Thema contact; verbeteren van contact met hulpverleners en naasten*
- Verbeteren van cognities mbt de ander
- Vergroten van vertrouwen in de ander
- Actief contact maken met de ander
- Zelf om hulp, steun en advies vragen
- Open en kwetsbaar kunnen zijn over zorgen en problemen
- Erkenning geven van de schade bij anderen

2 *Thema rouw en emoties; verminderen van vermijdingsgedrag en integreren van het verlies*
- Uiten en reguleren van emoties
- Uiting geven aan verlangens en verliesgevoelens
- Verminderen van arousal
- Verminderen van piekeren
- Verdragen van herinneringen
- Reguleren van spanningen
- Verminderen van vermijdingsgedrag

3 *Thema moral injury en zelfbeeld; herstellen van de schade*
- Nuanceren van schuld gevoelens
- Nuanceren van schaamte gevoelens
- Herstellen en opbouwen zelfbeeld
- Vergroten van zelfempathie
- Besef van zelfwaarde herwinnen
- Vergroten van herstel gedrag (verantwoordelijkheid nemen)
- Erkenning geven van de schade aan anderen
- Afname suïcidaliteit

4 *Toekomst en omgeving:*
- Herstellen van de schade in relatie tot familie/vrienden
- Assertiviteit vergroten (hoe ga je om met veroordelingen en moeilijke vragen, ontwikkel een taal)
- Remoraliseren (nieuwe waarden en doelen vinden in het leven)

Evaluatie
De behandeling wordt zowel mondeling geëvalueerd als beeldend. De patiënt krijgt voor de tussen- en eindmetingen dezelfde vragenlijsten als voor de behandeling voorgelegd; dit om het effect van de behandeling te monitoren. Daarnaast voert de patiënt dezelfde werkvorm uit als in de observatiefase; 'verleden, heden, toekomst'. Dit werkstuk wordt naast het werkstuk uit de observatiefase gelegd om de verschillen te bespreken. Kijkt de patiënt nu anders? Wat is er veranderd? Wat is verbeterd? Wat is eventueel verslechterd? Er worden afspraken gemaakt over een eventuele vervolgbehandeling en behandeldoelen. Hiervan wordt een terugkoppeling gedaan in het MDO. Tevens worden de vijf testen afgenomen om de resultaten van de behandeling te monitoren.

5.2.2 Rol van de therapeut
De therapeut maakt bovenal contact met de patiënt en steunt haar wanneer ze emotioneel is, zich schaamt of in de war is. De rol van de beeldend therapeut bestaat verder uit het structureren en geven van werkvormen die passen bij het thema en behandeldoel, het begeleiden van het beeldend proces en het evalueren van de werkvorm. De begeleiding is niet sturend maar persoonsgericht waarbij de patiënt zo open mogelijk benaderd wordt volgens het model van micro-counseling (Ivey & Simek-Downing, 1980 in De Keijser, 2004). Zowel in de interactie met de patiënten, als in de begeleiding tijdens het beeldend proces, zijn de volgende vaardigheden van belang:

- Aandacht geven
- Behandelnoodzaak zien
- Steunen (d.m.v. luisteren, afstemmen, empathisch zijn, aanwezig zijn)
- Open uitnodiging tot praten, oordeelsvrij
- Luisteren en valideren
- Grenzen stellen in het kader van veiligheid
- Selecteren (reflecteren en samenvatten van gevoelens en het parafraseren van feiten)
- Structureren (d.m.v. woorden geven aan, richting geven, uitleg geven)
- Interpreteren (wat drijft iemand om te zeggen en doen wat hij doet?)
- Volgen (patiënt bepaald tempo, thema en werkvorm)
- Begeleiden in fase 1
- Relativeren en perspectief bieden
- Verdragen (ik laat jou zien dat ik kan verdragen hoe zeer jij lijdt)
- Containment (opvang en verdraagzaam maken van negatieve emoties) en mentaliseren
- Exposure in fase 2

Daarnaast is het van belang dat de therapeut de visie van de behandeling: het steunen en erkennen van de patiënt en haar emoties, gedurende het gehele traject uitdraagt, zowel in houding, als in gedrag en gesprek.

5.2.3 Materialen
Alle mogelijke beeldende materialen maar in ieder geval klei, speksteen en teken- en schildermaterialen. Daarnaast worden sandplay materialen zoals miniaturen ingezet en houten dozen voor het maken van een altaar/gedenkplek. Het gebruik van een fototoestel en het maken van foto's is bijvoorbeeld belangrijk wanneer patiënten vanwege veiligheidsoverwegingen geen werkstukken op cel mogen hebben.
Binnen de beperkingen van de gesloten setting wordt gekeken naar mogelijkheden om werkstukken te begraven of verbranden.

6. Theoretische Onderbouwing Van De Interventie-Aanpak

6.1 Welke factoren veroorzaken problematiek bij vrouwen die filicide pleegden?

Er is in de literatuur uitgebreid gepubliceerd over de prevalentie van daders van kinderdoding. Er zijn tal van onderzoeken naar filicide (De Vogel et al., 2014; Herman, 2005; Kerhof & Luyn, 2016; Verheugt, 2007). In dit document wordt niet uitgebreid ingegaan op deze achtergrond, maar wordt vooral gekeken naar de problematiek die ontstaat na het delict en hoe een behandeling voor deze vrouwen eruit kan zien.

Statische factoren (hoe verhoud ik me tot deze factoren)

- Patiënten hebben hun kind gedood (bekennende verdachte en/of afgestraft)
- Patiënten zijn beperkt in hun rouwmogelijkheden over het verlies van hun kind
- Patiënten zijn gedetineerd, ze zijn niet in hun eigen vertrouwde omgeving
- Patiënten kampen met psychische kwetsbaarheid (As I en As II problematiek, hechtingsproblemen)
- Sommige patiënten zijn nog niet afgestraft en leven in veel onzekerheid over de toekomst
- Het contact met familie en vrienden is door de detentiesituatie maar beperkt mogelijk (alleen telefonisch, via brieven of bezoekuren).

Dynamische factoren (hoe verander ik deze factoren)

- Patiënten zijn binnen detentie beperkt in hun rouwmogelijkheden over het verlies van hun kind
- Patiënten worstelen met het daderschap integreren in het zelfbeeld (moral injury)
- Patiënten hebben een ongezonde coping (kunnen zich moeilijk verhouden tot situaties in het leven)
- Het contact met familie en vrienden is door het delict soms verstoord
- De toekomstplannen moeten worden aangepast (remoraliseren)

6.2 Factoren die door middel van de interventie aangepakt/behandeld/ beïnvloed worden

Patiënten worden geïndiceerd voor fase 1 van de behandeling wanneer zij ongezonde copingmechanismen hanteren zoals vermijding, depressie (piekeren, zichzelf de schuld geven, twijfelen aan zichzelf) of een palliatieve reactie (men richt zich op andere dingen dan het probleem). De ongezonde copingmechanismen komen bijvoorbeeld voort uit disfunctionele cognities of heftige emoties, maar ook omdat de detentiesituatie zelf vermijding in de hand werkt. In de behandeling worden patiënten gemotiveerd gezonde copingmechanismen te hanteren zoals actief aanpakken (het probleem wordt geanalyseerd en opgelost) en sociale steun zoeken (troost en begrip zoeken bij anderen, samen met een ander het probleem oplossen).

Omdat een coping mechanisme altijd een combinatie van gevoelens, gedachten en gedrag is, biedt vaktherapie een krachtige methode om deze te beïnvloeden. In de vaktherapie wordt de patiënt gemotiveerd letterlijk aan het werk te gaan (gedrag) en uiting te geven aan emoties (die verborgen, onbewust of overweldigend zijn).
De kracht van beeldende therapie zit hem in de tastbaarheid van materialen en werkstukken. Vermijding wordt bijvoorbeeld direct zichtbaar als een patiënt afdwaalt van het onderwerp, een werkstuk stileert, klein maakt en dergelijke. Een copingstijl als depressie leidt vaak tot inactiviteit; mensen denken vooral, en komen tot weinig. Beeldende therapie zet hen juist weer aan tot handelen. Zo wordt een gezonde copingstijl aangesproken, namelijk het probleem letterlijk zichtbaar maken, letterlijk aanpakken, oppakken, analyseren, veranderen en oplossingen bedenken. In de beeldende therapie kunnen de dader-rol en de morele beschadigingen met daaruit voortvloeiende schaamte en schuldgevoelens ook met zorg benaderd worden.
Dit is nodig omdat het voor veel patiënten een bijna ondraaglijke waarheid is, waar zij niet over kunnen spreken en nauwelijks bij kunnen stil staan en dus snel zullen

vermijden. Woorden kunnen dan te bedreigend zijn, maar de gevoelens erover en gedachten eraan zijn altijd aanwezig. Patiënten hebben alleen een andere uitingsvorm nodig dan woorden om ze te laten zien en te kunnen hanteren.

Patiënten zijn door de detentiesituatie beperkt in wat zij kunnen doen. Tijdens de detentie wordt veel autonomie afgenomen; je bent erg afhankelijk van anderen die voor jou bepalen. Patiënten krijgen daarmee alle tijd om te piekeren en zijn op zichzelf aangewezen. Depressie, inactiviteit en eenzaamheid kunnen uiteindelijk leiden tot suïcidaliteit. In de beeldende therapie kunnen patiënten iets doen met hun gedachten en gevoelens, waardoor ze het 'in kringetjes denken' in hun hoofd kunnen doorbreken. Het piekeren en rumineren, wat depressieve of suïcidale patiënten doen, kan zichtbaar gemaakt worden en daardoor beïnvloed worden. Ze ervaren weer de invloed van eigen keuzes en handelingen, kunnen succeservaringen opdoen, iets creëren, wat moois maken, trots zijn en complimenten krijgen. Voor kerntaak 2, die gaat over het zelfbeeld, is dit erg belangrijk. Het geeft de patiënt de mogelijkheid weer vertrouwen te krijgen in het eigen handelen. Dit helpt de patiënt om het daderschap een plek te geven.

De interventie faciliteert daarmee zoveel mogelijk in een behoefte waar mensen onder normale omstandigheden (buiten) ook toegang toe hebben. Het is tijdens de hechtenis niet mogelijk om een graf te bezoeken, maar als alternatief kan de patiënt in de beeldende therapie bijvoorbeeld een eigen gedenkplek creëren, met foto's en spullen van het overleden kind of foto's en video's bekijken die familieleden hebben (op)genomen van de herdenking of het grafje. Deze interventie tracht stagnatie in de rouwtaken op te heffen of voorkomen. Het geeft de patiënt weer iets in handen, iets tastbaars, naast alles wat ze verloren is.

6.3 Aansluiting bij werkingsmechanismen, risico/en beschermende factoren en basisbehoeften

Aansluiting bij werkingsmechanismen

- [ ] Arousal-regulatie (activeren dan wel ontspannen van het lichaam)
- [ ] Proces van lichaamswaarneming/-bewustzijn (prikkels vanuit het eigen lichaam waarnemen)
- [x] Affectregulatie
- [x] Emotieregulatie
- [ ] Regulatie van cognitieve processen
- [ ] Reguleren van aandachtprocessen
- [ ] Leren
- [x] Regulatie van sociale processen
- [x] Anders, namelijk: Moral injury

Beschermende factoren/risico factoren

Interne items

- [ ] Intelligentie
- [ ] Hechting
- [ ] Empathie/ vijandigheid
- [x] Coping
- [ ] Zelfcontrole/ impulsiviteit
- [ ] Agressie
- [x] Zelfwaardering
- [x] Emotieregulatie

Externe Items

- [x] Netwerk
- [ ] Intieme relaties
- [ ] Hulpverlening
- [ ] Woonsituatie
- [ ] Middelengebruik

Motivationele items

- [ ] Motivatie voor behandeling
- [ ] Houding tegenover autoriteit
- [x] Levensdoelen

Aansluiting basisbehoeften

- [x] Leven (inclusief gezondheid en fysiek welbevinden)
- [ ] Kennis (hoe goed iemand zich geïnformeerd voelt over wat belangrijk voor hem is)
- [ ] Spelen (hobby's en vrijetijdsbesteding)
- [ ] Werken (inclusief zich competent voelen/voelen dat je beter wordt)
- [x] Zelfbeschikking (autonomie en richting kunnen bepalen)
- [ ] Innerlijke rust/'peace of mind' (vrij zijn van emotionele onrust, pijn en stress)
- [x] Verbondenheid (intieme, romantische en familiaire relaties)
- [ ] Community (verbondenheid met een bredere sociale groep)
- [x] Spiritualiteit (betekenis- en zingeving)
- [ ] Plezier (goed voelen in het hier en nu)
- [ ] Creativiteit (vrije en alternatieve zelfexpressie)

Verondersteld mechanisme

De patiënten waar deze module voor ontwikkeld vis, ondergaan een complex rouwproces dat dikwijls stagneert door de detentiesituatie. Daarnaast moeten zij verder leven met zichzelf, na wat ze gedaan hebben en is er sprake van moral injury. Het daderschap en het slachtofferschap zijn lastig met elkaar te verenigen en patiënten hebben weinig draagkracht om hier mee om te gaan. Zij vinden het lastig te spreken over hun emoties en gedachten hetgeen bij sommige patiënten leidt tot suïcidaliteit. Met deze behandelmodule 'vaktherapie beeldend' krijgen patiënten de mogelijkheid uiting te geven aan hun rouwproces, het zelfbeeld opnieuw te vormen en het contact met de omgeving te herstellen. Het overlijden van het kind kan daarmee niet ongedaan gemaakt worden en doet niks af aan de ernst van de zaak,

maar het maakt het leven van deze patiënten die toch verder moeten, iets dragelijker. Erkenning voor het ziek zijn is erg belangrijk voor het verwerkingsproces van wat de patiënt gedaan heeft (Stanton & Simpson, 2006). Gespecialiseerde behandeling voor de psychiatrische ziekte ondersteunt de vrouwen om de rol te erkennen die de ziekte gespeeld heeft in het delict. Afscheidsrituelen zijn vooral geïndiceerd als de patiënt onvoldoende afscheid heeft kunnen nemen van de overledene (De Keijser, 2004). Het rituele karakter van de handelingen is niet zozeer gelegen in de aard van de handelingen, maar meer in de persoonlijke en vooraf ingeschatte betekenis ervan. Het doel van een therapeutisch ritueel is de symbolische uiting van bepaalde gevoelens en gedachten binnen een veilige en vaste structuur. De therapeut motiveert de patiënt 'iets' te doen met de werkstukken die zij maakt. Potter (1999) beschrijft dat de mogelijkheid om de emotionele impact van een verlies te delen en emoties te uiten in de veiligheid van een therapiesituatie, door veel gedetineerden zeer gewaardeerd wordt. De niet-geïnstitutionaliseerde en objectieve rol van de therapeut geeft toestemming en vrijheid voor gedetineerden om innerlijke gevoelens te uiten in een omgeving waar dat niet altijd normaal is.

Functie vaktherapeutisch middel

Beeldende werkvormen doen een beroep op gezond en constructief gedrag en denken, waarmee de patiënt weer veerkracht en draagkracht kan ontwikkelen, wat nodig is om bijvoorbeeld het verlies te verwerken. Kleuren, texturen en vormen doen een appel om aangeraakt, gekneed, geveegd, gesmeerd, gestapeld, verscheurd, gegoten of gevijld te worden. Ze lokken de patiënt uit tot actie en creatie, tot voelen en bewerken. Bij het maken van een tekening komen alle drie de onderdelen aan bod; denken, voelen en handelen. Het totaal van alle gedachtes (keuzes), gevoelens (voorkeuren) en handelingen (hanteringen) wordt zichtbaar in het beeldend product. Die zichtbaarheid biedt een aantal voordelen: het biedt inzicht, het verbeeldde wordt concreet en kan emotie uitlokken. Zo laat het bijvoorbeeld het proces zien dat de patiënt doorlopen heeft; heb je hulp gevraagd toen je er niet uitkwam? Heb je het opgegeven? Ben je wat anders gaan maken? Patiënten veranderen in de beeldende therapie doordat ze anders beeldend vormgeven en hierbij ervaren dat deze vormverandering een innerlijke verandering met zich meebrengt (Smeijsters, 2008). 'Dat er een veelzeggende symboolwaarde kan steken in tekeningen, schilderijen, autobiografische teksten of gedichten, ligt voor de hand. Heel dikwijls worden daarin het eigen levensverhaal, het gepleegde delict en de omstandigheden van de detentiesituatie met elkaar in verband gebracht. Het is verrassend hoeveel gevangenen via die weg een greep proberen te krijgen op zichzelf, op hun verleden en op wat de toekomst hen (nog) zou kunnen bieden. Het is even verrassend hoe sterk zij die individuele expressies meestal afschermen naar de buitenwereld toe (Neys, 1999)

De inhoud van de behandeling is tevens gericht op exposure en de patiënt wordt actief aangezet om de eigen schuld- en schaamtegevoelens te onderzoeken, het zelfbeeld te reconstrueren en erkenning geven aan de schade die ontstaan is. Ook wordt de patiënt aangemoedigd en ondersteund om prikkels op te zoeken die te maken hebben met het verlies. In de beeldende therapie kan de dader-rol en de morele beschadigingen met daaruit voortvloeiende schaamte en schuldgevoelens ook met zorg benaderd worden, doordat men indirect werkt: via het beeldend werkstuk. Dit is nodig omdat het voor veel patiënten een bijna ondraaglijke waarheid is, waar zij niet over kunnen spreken en nauwelijks bij kunnen stil staan en dus snel zullen vermijden (zie 6.2). De verschillende werkwijze en methoden worden in de moduleboeken voor de therapeut uitgebreid beschreven.

6.4 Merkzame effecten / verantwoording uit de praktijk

In het PPC van de PI Zwolle worden dikwijls vrouwen aangemeld voor beeldende therapie wanneer zij worstelen met de gevolgen van hun delict, zoals het ombrengen van het eigen kind. In de praktijk is gebleken dat veel patiënten baat hebben bij de mogelijkheden die beeldende therapie hen biedt. Omdat de emoties en gedachten van zo'n heftig delict vaak onbespreekbaar zijn, hebben deze patiënten baat bij de indirecte, veilige en constructieve werkwijze die het maken van beeldend werk hen biedt. Patiënten maken zichtbaar wat tot nog toe alleen voelbaar was, ze maken concreet wat warrig was en eindig wat eindeloos leek. Ze kunnen afstand nemen en daardoor rust creëren en ze kunnen rituelen uitvoeren die ze anders binnen detentie niet konden uitvoeren. Tijdens sessies met deze patiënten bleek dat de vrouwen therapietrouw waren en opgelucht waren dat ze 'iets' konden doen. Ze uitten zich dankbaar omdat ze erkenning kregen voor hun emoties, zowel van de beeldend therapeut die hen daarin faciliteerde, als van henzelf omdat ze zichzelf konden toestaan hun emoties zichtbaar te maken, te voelen en te hanteren. Patiënten maakten van speksteen beeldjes voor op het graf, ze maakten werkstukken voor een altaar op cel en schreven brieven en tekeningen die ze opstuurden en adresseerden aan 'de Hemel'. Ze onderzochten hun schuld- en schaamtegevoelens, nuanceerden deze en vergrootten hun zelfcompassie. Terug op de afdeling lieten sommige patiënten hun werkstukken zien aan personeelsleden of ze voerden deze uit naar familieleden. Naargelang de behandeling vorderde, spraken de patiënten vaker over de toekomst, ze maakten plannen en gingen zich afvragen hoe ze praktische problemen moesten oplossen wanneer ze vrijkwamen. Ze voelden zich minder alleen en wisten beter om te gaan met hun emoties.

7. Randvoorwaarden en kosten uitvoering interventie

7.1 Uitvoering

(Materialen, organisatorische randvoorwaarden, randvoorwaarden voor de patiënt)

- De beeldende therapeut neemt wekelijks deel aan het multidisciplinair overleg (mdo)
- Vaste therapiemomenten in de week in de ochtend zodat er voldoende tijd is voor opvang na de sessie
- Compleet ingerichte beeldende therapieruimte
- Voorlichting voor alle betrokken medewerkers voor de start van de interventie

7.2 Opleiding en competenties beeldend therapeut

- ervaring en kennis over gecompliceerde rouw, suïcidaliteit en moral injury.
- ervaring en kennis in de forensische psychiatrie.
- SRVB geregistreerd.
- De therapeut volgt ten tijde van de behandeling 1 keer per 3 weken individuele supervisie om de eigen tegenoverdrachtgevoelens bespreekbaar te maken en 'psychisch gezond' te blijven.

7.4 Locatie en uitvoerders

PPC Zwolle.

7.5 Kwaliteitsbewaking

Gedurende de behandeling wordt op verschillende momenten een set vragenlijsten afgenomen, die betrekking hebben op de problematiek van de patiënten en de behandeldoelen van de behandeling. De volgende vragenlijsten worden afgenomen door een psycholoog:

- UCL-R (coping) (Schreurs & Van de Willige, 2023)
- SIDAS (suïcidaliteit) (Van Spijker et al., 2014)
- ICG-R (rouw) (Pridgerson et al., 1995)
- RSES (zelfbeeld) (Rosenberg, 1979)
- MIES (moral injury, in aangepaste vorm) (Nash et al., 2013)

De items uit de laatste twee vragenlijsten worden vooral behandeld in fase 2.

8. Subtypen

Deze behandeling kan in aangepaste vorm ook ingezet worden voor patiënten die (verdacht worden van) of veroordeeld zijn voor een doding in de relationele sfeer hebben gepleegd. Het gaat hierbij dan niet alleen om een kind, maar kan ook de partner, ouders, broer of zus van de patiënt betreffen. Omdat het hier een andere relatie betreft dan ouder-kind, en dus de gevolgen voor de eigen rol na de doding ook anders is, wordt aangeraden hiervoor een aangepaste behandeling te ontwikkelen.

9. Ontwikkelgeschiedenis

Ontwikkelaar Marjan Helmich werkte van 2010 tot en met 2018 in het PPC van de PI Zwolle als beeldend therapeut, waar zij praktijkervaring heeft opgedaan met de behandeling van daders van kinderdoding. Zij heeft de Master of Arts Therapies afgerond en meerdere behandelproducten gepubliceerd zoals “Impulsen onder controle” en “Beeldende therapie voor psychiatrische patiënten om deviant gedrag tegen te gaan”. Voor de ontwikkeling van ‘Hoe verder?’ heeft zij nauw samengewerkt met verschillende collega’s en (externe) deskundigen. Daarnaast heeft zij de post-HBO cursussen ‘suïcidaliteit’ en ‘gecompliceerde rouw, diagnostiek en behandeling’ aan het RINO gevolgd en zich verdiept in moral injury. Er is een expertisepanel gevormd dat input leverde op de randvoorwaarden en inhoud van de behandelmodule. De vijf patiënten is om feedback gevraagd op de informatiefolder voor patiënten en de ervaringen bij beeldende therapie. Met de betreffende vrouwenafdelingen zijn voltallige teambesprekingen gehouden waarin voorlichting is gegeven over de behandeling, casussen zijn besproken en ervaringen zijn uitgewisseld.

Literatuur

De Keijser, J. (2004). Gecompliceerde rouw: Diagnostiek en behandeling. *Tijdschrift voor Psychotherapie, 30*(2), 60–69. https://doi.org/10.1007/BF03062068

De Vogel, J., Stam, J., Bouman, Y., Ter Horst, P., & Lancel, M. (2014). Gewelddadige vrouwen: Een multicenteronderzoek naar kenmerken van vrouwelijke forensisch psychiatrische patiënten. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 56*(7), 439-447. https://doi.org/10.1002/bsl.804

Duyndam, J. (2018). Inleiding: Moral injury in existentieel perspectief. In D. Müller & E. Kamp (Reds.), *Moral Injury: Verborgen littekens van het innerlijke strijdveld* (pp. 1-15). Eburon.

Herman, J. L. (2005). *Trauma en herstel: De gevolgen van mishandeling thuis tot politiek geweld*. Wereldbibliotheek.

Kerkhof, A., & Van Luyn, B. (2016). *Behandeling van suïcidaal gedrag in de praktijk van de GGZ* (2e herziene druk). Bohn Stafleu van Loghum.

Neys, A. (2000). Schuldverwerking bij daders van levensdelicten tijdens de fase van detentie. *Metanoia, 22*(2), 45-79.

Nash, W. P., Marino Carper, T. L., Mills, M. A., Au, T., Goldsmith, A., & Litz, B. T. (2013). Psychometric evaluation of the Moral Injury Events Scale. *Military Medicine, 178*(6), 646-652. https://doi.org/10.7205/MILMED-D-13-00017

Osterweis, M., Solomon, F., & Green, M. (Eds.). (1984). *Bereavement: Reactions, consequences, and care*. National Academy Press.

Potter, M. (1999). 'Inside' grief: Bereavement in a prison environment. *Bereavement Care, 18*(2), 14-21. https://doi.org/10.1080/02682629908657459

Prigerson, H. G., Maciejewski, P. K., Reynolds III, C. F., Bierhals, A. J., Newsom, J. T., Fasiczka, A., Frank, E., Doman, J. & Miller, M. (1995). Inventory of Complicated Grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry research*, *59*(1-2), 65-79. https://doi.org/10.1016/0165-1781(95)02757-2

Rosenberg, M., (1979). *Conceiving the self.* Basic Books.

Sanders, C. M. (1980). A comparison of younger and older spouses in bereavement outcome. *Omega*, *11*(3), 217-232. https://doi.org/10.2190/0X93-0T4T-88X9-JR9E

Schreurs, P. J. G., & Van de Willige, G. (2023). *Utrechtse Coping Lijst Herziene Editie: Omgaan met problemen en gebeurtenissen.* Pearson.

Smeijsters, H. (2000). *Handboek creatieve therapie* (3e herziene druk). Uitgeverij Coutinho.

Stanton, J., & Simpson, A. I. F. (2006). The aftermath: Aspects of recovery described by perpetrators of maternal filicide committed in the context of severe mental illness. *Behavioral Sciences & the Law*, *24*(1), 103-112. https://doi.org/10.1002/bsl.688

Van den Bout, J., Boelen, P. A., & De Keijser, J. (Reds.). (1998). *Behandelingsstrategieën bij gecompliceerde rouw en verliesverwerking*. Bohn Stafleu van Loghum.

Van Spijker, B. A., Batterham, P. J., Calear, A. L., Farrer, L., Christensen, H., Reynolds, J., & Kerkhof, A. J. (2014). The Suicidal Ideation Attributes Scale (SIDAS): Community-based validation study of a new scale for the measurement of suicidal ideation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *44*(4), 408-419. https://doi.org/10.1111/sltb.12084

Verheugt, A. J. (2007). *Moordouders: Kinderdoding in Nederland: Een klinische en forensische studie naar de persoon van de kinderdoder*. Koninklijke Van Gorcum.

Worden, J. W. (2018). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner* (5th edition). Springer Publishing Company.

Gerritsjans, C.H.C. & Van Hulzen, S. (2020)

Dramatherapeutische macro-interventie: Waarnemen, interpreteren, navragen

Samenvatting

Een belangrijke factor bij het onvermogen te mentaliseren is een onveilige hechting. Zoals veilige gehechtheidsrelaties de basis vormen voor optimaal mentaliseren. Zo schaadt trauma de gehechtheidsrelaties met mentaliseren. Deze interventie is gestoeld op Mentalization Based Treatment (hierna te noemen: MBT).

Deze interventie is ontwikkeld voor volwassenen in de forensische psychiatrie waarbij het mentaliserend vermogen onvoldoende ontwikkeld is met als gevolg problemen in de impulscontrole. Het doel betreft het verbeteren van mentaliserend vermogen, de impulscontrole en emotieregulatie. En hiernaast het recidivegevaar verminderen tot een maatschappelijk aanvaardbaar niveau. De therapie bestaat uit uit totaal 8 á 10 sessies . Individuele sessies duren 60 min, groepssessies 90 minuten. Er worden vijf fasen onderscheiden met toenemende ingewikkeldheid van waarnemen en interpreteren.

1. Context

Deze interventie is gericht op de forensische psychiatrie in Nederland, specifiek geschikt voor patiënten binnen de PPC of TBS kliniek.

2. Probleembeschrijving

Patiënten met een onvoldoende ontwikkeld vermogen tot mentaliseren kunnen problemen ervaren met impulscontrole. Zij denken verminderd na over gevolgen van hun acties ten aanzien van anderen, waardoor problemen kunnen ontstaan in relaties en aanraking met justitie ten gevolge kan hebben (Parada-Fernández et al., 2023). Vooral voor degenen die hoge impulsiviteit laten zien, kan mentaliseren helpend zijn om agressief gedrag tegen te gaan (Parada-Fernández et al., 2023).

2.2 Gevolgen

Problemen in de impulscontrole

3. Doelgroep

3.1 Indicaties

- Patiënten waarbij het mentaliserend vermogen onvoldoende ontwikkeld is; geïndiceerd vanuit psychiatrisch onderzoek bij aanmelding bij een PPC of TBS kliniek.
- Patiënten die vanuit hun stoornis, zoals omschreven in de DSM op as I en as II, waarnemingen en interpretaties niet voldoende kunnen onderscheiden van elkaar.

- Patiënten die onvoldoenden hebben geleerd hun interpretaties na te vragen en daardoor in conflict komen met onder andere agressie als uitingsvorm.
- Patiënten die vanuit onzekerheid, angst of depressie moeite hebben met het interpreteren van hun waarnemingen en zich hierdoor terugtrekken uit sociale situaties.

3.2 Contra-indicaties

- Een floride psychose
- Te hoog gevaarom mee te gaan naar de therapieruimte zoals besloten vanuit het multidisciplinair team en de uitkomsten van psychiatrisch onderzoek.

3.3 Verwijzing en selectie

Een patiënt wordt verwezen via het multidisciplinair overleg, met goedkeuring van de behandelcoördinator. De patiënt zal een intake krijgen met de dramatherapeut om te beoordelen of de patiënt het meeste profijt uit een groepsaanbod of individueel aanbod kan halen.

4. Doelen

Verbeteren van mentaliserend vermogen, de impulscontrole en emotieregulatie.
Het recidivegevaar verminderen tot een laag tot zeer laag risiconiveau..

- Patiënt kan zijn waarnemingen en interpretatie van elkaar onderscheiden.
- Pt. Is zich bewust van zijn interpretatie.
- Pt. Is zich bewust dat zijn interpretatie invloed heeft op zijn waarneming en communicatie.
- Pt. Kan afstand nemen van eigen interpretaties zodat er ruimte ontstaat voor alternatieve interpretaties.
- Pt. Heeft geoefend met navragen.
- Pt. Kan zijn impulsen beter onder controle houden zodat hij stil kan staan bij de eigen? interpretaties en die van een ander.

5. Beschrijving van de interventie-aanpak

5.1 Architectuur van de interventie

De therapie bestaat uit 5 fases en uit 8 á 10 sessies. Individuele sessies duren 60 min. Groepssessies 90 min.

Fases:

1. Waarnemen en interpreteren vanuit beeld en tekst
2. Waarnemen en interpreteren vanuit tableaus
3. Waarnemen en interpreteren vanuit bewegend beeld
4. Waarnemen en interpreteren vanuit interactie

5. Oefeningen waarbij navragen van interpretaties centraal staan

5.2 Inhoud van de interventie

5.2.1 (concrete activiteiten/in fasen)

Fase 1) Waarnemen en interpreteren vanuit beeld en tekst

In deze fase maken de patiënten kennis met het verschil tussen waarnemen en interpreteren. Dit is een belangrijke fase omdat hier de basis wordt gelegd van het mentaliseren. Eerst wordt uitleg gegeven over deze verschillen, hoe dit te herkennen is en wat maakt dat interpretaties onderling zo kunnen verschillen. Daarna zal overgegaan worden op oefenvormen waarin verschillen worden

ervaren en de theorie verduidelijkt wordt. Er worden stilstaande beelden in de vorm van foto's en teksten gebruikt. Daarom is er ruim de tijd om te focussen op het waarnemen. Doordat er nog geen interactie is met elkaar in het beeld geeft dit meer eenvoudigheid en veiligheid om te oefenen met de verschillen tussen waarnemen en interpreteren en in discussie te gaan met elkaar.

Werkvormen: foto's observerend beschrijven, foto's interpreterend beschrijven, teksten van een krantenkop ontleden in waarnemen en interpretaties.

Fase 2) Waarnemen en interpreteren vanuit tableaus

Als de verschillen tussen waarnemen en interpreteren duidelijk zijn voor de patiënten/patiënten kan een volgende stap gemaakt worden. De patiënten/patiënten worden elkaars oefenmateriaal (of bij individuele therapie de therapeut) middels een tableau vivant. Dat is een stilstaand beeld waarbij de patiënten als het ware als wassen beelden in de ruimte staan. Elke keer zal de focus liggen op wat een waarneming is en wat een interpretatie. Er zal ook ruimte zijn om te bespreken waar de verschillende interpretaties vandaan komen (opvoeding, ervaringen, omgeving, niveau).

Werkvormen: gebruik van tableaus waar emotie in verwerkt wordt, starten met alleen gezicht en daarna kan hele lichaam ingezet worden.

Fase 3) Waarnemen en interpreteren vanuit bewegend beeld

Tot nu toe is er gewerkt met stilstaand beeld, de volgende stap is de verschillen kunnen zien in bewegend beeld. Dit gebeurt middels rollenspel. De beelden vervliegen en interpretaties nemen het dan sneller over van de waarnemingen. Net als in fase twee wordt hier besproken wat de verschillen van interpretaties zijn en waar die vandaan komen.

Werkvormen: handelingen reeksen spelen zonder tekst, eerst zonder en daarna met een emotie toegevoegd.

Fase 4) Waarnemen en interpreteren vanuit interactie

De volgende stap is het bewust worden en oefenen van de verschillen tussen waarnemen en interpreteren in de interactie. Dit is ingewikkeld doordat er behalve beelden ook woorden bij komen. In beelden zijn al veel dingen waar te nemen en te interpreteren, in woorden zijn er de woorden zelf die verschillende gevoelens/ beelden kunnen oproepen. De intonatie en houding ten opzichte van elkaar roept gevoelens en gedachten op, waardoor het moeilijk wordt de interpretaties te scheiden van de waarnemingen. Deze fase komt dichtbij de situaties die de patiënten buiten de therapie meemaken en roept vaak veel op als het gaat om de achtergrond van deze interpretaties.

Werkvormen: korte scenes (wie,wat,waar), scenes spelen m.b.v. kaartjes met emoties/gedachten.

Fase 5) Oefeningen waarbij navragen van interpretaties centraal staan

Wanneer de bovenstaande fases goed zijn doorgewerkt, kan er geoefend worden met de vaardigheid 'navragen'. Patiënt is nu meer bewust van de verschillen tussen waarnemen en interpreteren. Als pt. merkt dat hij iets interpreteert wat hem een bepaald gevoel geeft (bang, boos, bedroefd) kan hij ervoor kiezen na te vragen of wat hij interpreteert ook klopt.

Werkvormen: korte scenes (wie,wat,waar), scenes spelen m.b.v. kaartjes met emoties/gedachten.

5.2.2 Rol van de therapeut

- De werkwijze is directief klachtgericht en vraagt om een nieuwe manier van werken waarbij de opdrachten vastliggen en de patiënten op gestructureerde manier de vaardigheden kunnen leren.
- De rol van de therapeut is uitnodigend, stimulerend en bekrachtigend om een veilige sfeer te creëren bij het oefenen met nieuwe vaardigheden en gedrag.
- Ook zal de therapeut zo observerend mogelijk verwoorden wat er gebeurt en zo een modelfunctie hebben ten aanzien van de vaardigheden.

5.2.3 Materialen

Spelkaartjes (Er kunnen spelkaartjes gebruikt worden met rollen/rekwisieten en locaties of met emotie of gedachten), foto's, krantenartikelen, pen en papier.

6. Theoretische onderbouwing van de interventie

6.1 Welke factoren veroorzaken het probleem?

Een belangrijke factor bij het onvermogen te mentaliseren is een onveilige hechting. Zoals veilige gehechtheidsrelaties de basis vormen voor optimaal mentaliseren, zo schaadt trauma zoals verwaarlozing in de kindertijd, in de gehechtheidsrelaties het mentaliseren. Het voorbeeld dat men als kind nodig heeft om te leren mentaliseren, ontbreekt. Emoties worden niet juist gespiegeld en opgevangen, waardoor een kind later zelf moeilijk kan interpreteren (Fonagy et al., 2007).

Bij patiënten in de forensische zorg komen significant meer psychotrauma's voor, waardoor zij vaker onveilig gehecht zijn en het mentaliserend vermogen onderontwikkeld is. Van den Berg (2016) en Hoeve en collega's (2012) constateerden in een meta-analyse dat onveilige gehechtheid en delinquent gedrag met elkaar correleren.

Mentaliseren van je emoties stelt je ook in staat om je te onthouden van impulsief en zelf ondermijnend gedrag. Om te mentaliseren is er een veilige omgeving nodig waarin geoefend kan worden. Mentaliseren is zoiets als het indrukken van een pauzeknop – niet alleen maar tot tien tellen, maar jezelf ook de tijd gunnen om na te denken over je behoeften en gevoelens en de beste manier om die te reguleren, in plaats van dat je wanhopige pogingen doet om ze te onderdrukken. Mentaliseren stelt je bijvoorbeeld in staat je gevoelens van teleurstelling te erkennen, te verdragen, te reguleren en te uiten, in plaats van dat je jezelf met bijv. drank in een roes moet brengen om ervan af te zijn (Allen et al., 2008). Bij forensische patiënten met een onveilige hechting is het mentaliseren vaak onderontwikkeld. Bateman en Fonagy (2007) spreken over verschillende pre-mentaliserende modi die voorafgaan aan een goed ontwikkeld mentaliserend vermogen. De eerste van die modi is de psychische equivalentie modus. In de psychische equivalentie modus wordt de binnenwereld identiek ervaren aan de buitenwereld; Wat ik voel is de werkelijkheid. Wat iemand ervaart wordt als de waarheid gezien. Er is geen ruimte voor een alternatief motief of gevoel daarover. In deze modusis er sprake van een hyperarousel en ervaart de patiënt veel en heftige emoties (Bateman & Fonagy, 2007). Daardoor is het reguleren van de emoties bemoeilijkt. Dit geldt voor alle patiënten die met deze interventie behandeld worden. De tweede pre-mentaliserende modus is de alsof modus. Gevoelens en mentale toestanden worden onderscheiden van de werkelijkheid. De werkelijkheid voelt onwerkelijk omdat ze nog niet verbonden is met het eigen gevoel. De derde pre-mentaliserende modus is de Teleologische modus. Mentale toestanden zoals behoeften en emoties worden geuit in handelingen. De tastbare gevolgen daarvan tellen, maar enkel woorden niet.

Een patiënt kan binnen deze modus bijvoorbeeld alleen betrokkenheid ervaren van een therapeut als deze dat in zijn gedrag laat merken met extra lange gesprekken. Andersom: als de therapeut te laat komt ben ik vast niet belangrijk voor hem. Gedrag is in deze modus het bewijs voor wat de patiënt ervaart.

Persoonlijkheidsproblematiek

Mensen met een persoonlijkheidsstoornis kunnen vaak onvoldoende mentaliseren. Daardoor is het controleren van impulsen bemoeilijkt. Bateman en Fonagy spreken veelal over mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis, echter worden in de forensische sector niet alleen mensen met borderline persoonlijkheidsproblematiek gezien met problemen in het mentaliseren. In het boek Klinisch mentaliseren in de praktijk (Allen et Al., 2008) wordt in het hoofdstuk over neurobiologie uiteengezet dat personen met psychopathie ook een tekort in mentaliseren hebben. Bij psychopathie treedt een gedeeltelijk tekort in het mentaliseren op, in de vorm van een harteloze, emotieloze relatie tot anderen die kan worden opgevat als een relatie zonder empathie.

Licht Verstandelijk Beperkingen (LVB) problematiek

Niemeijer en collega's (2010) stellen in een verkennend onderzoek vanuit het Trimbos instituut dat mensen met LVB-problematiek moeite hebben zich in te leven in sociale situaties en dat daarom steeds vaker de mentalization based treatment wordt toegepast. Licht verstandelijk beperkten hebben naast een beperking in het leren ook een beperking in het interpreteren van sociale situaties (Collot d'Escury et al., 2009), dit kan leiden tot problemen in de communicatie.

6.2 Factoren die door middel van de interventie aangepakt/behandeld/beïnvloed worden

De belangrijkste factor is het verbeteren van het mentaliserend vermogen, waardoor de impulscontrole en de emotieregulatie verbeteren.

In de theoretische onderbouwing werd de psychische equivalentie modus genoemd waarbij de interpretatie als de waarheid wordt ervaren en er geen ruimte bestaat voor alternatieve motieven, gedachten en gevoelens van de ander. De patiënt houdt vaak vast aan zijn overtuigingen (Bales et al., 2009). Middels de werkvormen die gebruikt worden, zullen de perspectieven van de patiënt voor hemzelf en die van de ander zichtbaar gemaakt worden en kunnen er vragen gesteld worden over de eigen absolute overtuigingen en deze herzien worden. Door bewust aandacht te besteden aan gedachten, gevoelens en interpretaties kan gedrag beter doordacht en kunnen impulsen beter gecontroleerd worden.

Theoretisch referentiekader

Het theoretische referentiekader is MBT, met de hechtingstheorie van Bowlby. MBT helpt grip te krijgen op gevoelens en gedachten zodat er een beter begrip ontstaat van het eigen gedrag en dat van anderen. Hiernaast wordt het theoretische model van Fonagy gebruikt, die een nauwe samenhang beschrijft tussen onveilige hechtingsprocessen en het achterblijven van het mentaliserend vermogen.

Vaktherapeutische behandelvisie

Binnen de MBT worden werkvormen aangeboden om het mentaliserend vermogen te ontwikkelen. Met deze interventie worden dramatherapeutische werkvormen ingezet. 'Stop & sta stil', 'Stop, kijk en luister' en 'Stop en ga terug en onderzoek' zijn werkvormen die de patiënt leert stil te staan en zijn impulsen te controleren. De patiënt kan onderzoeken wat er gebeurt met betrekking tot het mentaliseren (Wijten-Apee, 2011). Mentaliseren gaat over de interactie met de groep en de therapeut. In deze dramatherapeutische interventie gebruiken we tableaus en

fotomateriaal om het stoppen dat eerder genoemd werd te bewerkstelligen.
Zo begint de patiënt met voldoende distantie tussen hem en de eigen situatie.
De vaardigheden zoals die genoemd worden bij de subdoelen kunnen eerst geoefend worden zonder dat er een hyperarousal ontstaat. De patiënt leert om in plaats van impulsief te reageren, stil te staan bij zijn gedachten en gevoelens en te vertragen.
Daarna zal de mate van distantie afgebouwd worden zodat ook geleerd wordt de vaardigheden in te zetten wanneer de arousal en daarmee de impulsiviteit toeneemt.
Dit gebeurt door middel van een rollenspel.

Aansluiting bij werkingsmechanisme

- ☐ Arousal-regulatie (activeren dan wel ontspannen van het lichaam)
- ☐ Proces van lichaamswaarneming/-bewustzijn (prikkels vanuit het eigen lichaam waarnemen)
- ☒ Affectregulatie
- ☒ Emotieregulatie
- ☐ Regulatie van cognitieve processen
- ☐ Regulatie van aandachtprocessen
- ☐ Leren
- ☒ Regulatie van sociale processen
- ☐ Anders, namelijk:

Beschermende factoren/risico factoren

Interne items

- ☐ Intelligentie
- ☒ Hechting
- ☐ Empathie/ vijandigheid
- ☐ Coping
- ☒ Zelfcontrole/ impulsiviteit
- ☐ Agressie
- ☐ Zelfwaardering
- ☒ Emotieregulatie

Externe Items

- ☒ Netwerk
- ☒ Intieme relaties
- ☐ Hulpverlening
- ☐ Woonsituatie
- ☐ Middelengebruik

Motivationele items

- ☐ Motivatie voor behandeling
- ☐ Houding tegenover autoriteit
- ☐ Levensdoelen

Aansluiting basisbehoeften

- ☐ Leven (inclusief gezondheid en fysiek welbevinden)
- ☐ Kennis (hoe goed iemand zich geïnformeerd voelt over wat belangrijk voor hem is)
- ☐ Spelen (hobby's en vrijetijdsbesteding)
- ☐ Werken (inclusief zich competent voelen/voelen dat je beter wordt, moet hier ook succeservaring bij)
- ☐ Zelfbeschikking (autonomie en richting kunnen bepalen)
- ☐ Innerlijke rust/'peace of mind' (vrij zijn van emotionele onrust, pijn en stress)
- ☐ Verbondenheid (intieme, romantische en familiaire relaties)
- ☐ Community (verbondenheid met een bredere sociale groep)
- ☐ Spiritualiteit (betekenis- en zingeving)
- ☐ Plezier (goed voelen in het hier en nu)
- ☐ Creativiteit (vrije en alternatieve zelfexpressie)

6.3 Werkzame elementen/Verondersteld werkingsmechanisme en functie vaktherapeutisch middel

Het werken met stilstaande beelden zoals foto's en kunst creëert een grote mate van distantie die veiligheid biedt en hyperarousal zo voorkomt. Zo kan in alle rust exploratie plaatsvinden van de eigen interpretaties en de interpretaties van een ander. Ook kan op die manier makkelijker de focus gelegd worden op het aanleren van vaardigheden, onderscheiden van waarnemingen en interpretaties en navragen.

Het werken met tableaus vivant (levend schilderij) heeft een mindere mate van distantie omdat gebruik wordt gemaakt van het eigen lichaam. In een tableau kan de patiënt onderzoeken wat de persoon die hij uitbeeldt denkt en ervaart. Ook kan hij eigen gevoelens, gedachten en gedrag onderzoeken. Als er meer distantie nodig is kan de patiënt altijd de rol van de toeschouwer aannemen en op deze manier onderzoek doen.

In rollenspel kunnen verschillende rollen worden gespeeld, zo kunnen verschillende gezichtspunten en dus interpretaties worden ervaren (Kreetz, 2009). Om dit te bewerkstelligen kan ook gebruik gemaakt worden van de techniek 'rolwissel'. Hierbij wissel je van rol en kan de patiënt zich binnen de spelsituatie leren verplaatsen in de gedachten, gevoelens en het gedrag van de ander (Cleven, 2004). Ook het inzetten van rollenspel om nieuw gedrag aan te leren zoals bij deze interventie de vaardigheid 'navragen' is een werkzaam element. Binnen het rollenspel kan er veilig geoefend en onderzocht worden wat werkt en wat niet.

6.4 Verantwoording vanuit de praktijk/merkzame effecten

Binnen forensische instellingen zien we veel patiënten die een erg rigide gedachtegang hebben en een absolute overtuiging van hun gelijk. Vanuit hun eigen referentiekader bekijken ze de wereld om hen heen. Ze hebben door nare ervaringen in het verleden vaak een negatieve kijk op de ander. Op de leefgroepen komt bijvoorbeeld vaak voor dat patiënten ervan overtuigd zijn dat een andere patiënt het niet goed met hen voorheeft, of iets van ze wil. Hier reageerden ze direct op. Vaak is deze reactie wantrouwend en agressief en komt het tot een conflict. Dit gebeurt ook buiten de muren van de forensische instelling. Met deze interventie leren we de patiënten deze overtuiging te herzien en de vaardigheden aan te leren om eerst na te vragen of hun interpretatie de juiste is alvorens een reactie te geven.

7. RANDVOORWAARDEN EN KOSTEN UITVOERING INTERVENTIE

7.1 Uitvoering

- Materialen: foto's, rekwisieten, verkleedkleding.

- Organisatorische randvoorwaarden: dramatherapie lokaal van minstens 20 m2 met stoelen en een tafel.

- Randvoorwaarden patiënt: Beheersing Nederlandse taal, voldoende deelname aan de sessies (>90%)

7.2 Opleiding en competenties

Opleiding en competenties:

Eén dramatherapeut op 4 - 9 patiënten (afhankelijk van setting) die is afgestudeerd aan één van de hogescholen en bij voorkeur kandidaat of geregistreerd als dramatherapeut bij het register vaktherapie.

7.3 Kosten van de interventie

De uren van de dramatherapeut, eenmalige kosten voor aanschaf van fotokaarten.

7.4 Kwaliteitsbewaking

Om kwaliteit te bewaken dient feedback van collega's en patiënten meegenomen te worden. Het is van belang om de voortgang van patiënten te evalueren in multidisciplinaire overleggen.

Een aantal suggesties voor meetinstrumenten die ingezet kunnen worden aan het begin en eind van de interventie door de dramatherapeuten (ondersteund door diagnostisch medewerker) zijn:

- Inventariesatielijst Omgaan met Anderen (IOA) (Dam-Baggen & Kraaimaat, 2004)
- Empathiequotiënt (EQ) (Baron-Cohen & Wheelwright, 2004)
- Mentalization Questionnaire (MZQ) (Hausberg et al., 2012)

Deze meetinstrumenten kunnen aan het begin en eind worden gebruikt om voortgang te kwantificeren.

8. SUBTYPEN

De therapie kan zowel in een groep als individueel plaatsvinden, ook kan de groep specifieker gemaakt worden door een groep homogeen te maken: voor persoonlijkheidsstoornis of specifiek voor patiënten met psychose, angst/depressie, of achterdocht.

Literatuur

Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2008). *Mentaliseren in de klinische praktijk* (C. Wepster & P. Diderich, Vert.). Nieuwezijds.

Bales, D., Van Beek, N., & Bateman, A. (2009). Mentalization-based treatment voor patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis. In E. H. M. Eurelings-Bontekoe, R. Verheul, & W. M. Snellen (Reds.), *Handboek persoonlijkheidspathologie* (2e herziene druk, pp. 265-288). Bohn Stafleu van Loghum.

Baron-Cohen, S., & Wheelwright, S. (2004). The empathy quotient: an investigation of adults with Asperger syndrome or high functioning autism, and normal sex differences. *Journal of autism and developmental disorders*, *34*, 163-175. Geraadpleegd op 20 februari 2025, van https://link.springer.com/article/10.1023/B:JADD.0000022607.19833.00

Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2007). *Mentaliseren bij de borderline persoonlijkheidsstoornis: Praktische gids voor hulpverleners in de GGZ* (W. Scheen, Vert.). Bohn Stafleu van Loghum.

Bosman, M., Dijkhuis, E., Mosselman, W., Özen-van Vliet, A., & Sabel, W. (2017). *Verbeteren van emotieregulatie vaardigheden bij volwassenen met een angststoornis en/of depressieve stoornis middels een groepsaanbod psychomotorische therapie.* Databank Vaktherapie. Geraadpleegd op 3 februari 2025, van https://www.databankvaktherapie.nl/files/migratie/(2017)PMT-A&S%20en%20Emotieregulatie,%20Bosman.pdf

Cleven, G. (2004). *In scène: Dramatherapie en ervaringsgerichte werkvormen in hulpverlening en begeleiding.* Bohn Stafleu Van Loghum.

Collot d'Escury, A., Ebbekink, K., & Schijven, E. (2009). *Kwaliteit van de behandeling met psychofarmaca van mensen met een verstandelijke beperking.* In R. Didden & X. Moonen, (Reds.), *Met het oog op behandeling 2: Effectieve behandeling van gedragsstoornissen van mensen met een licht verstandelijke beperking* (pp. 101-112). Landelijk Kenniscentrum LVB.

Dam-Baggen, C. M. J., & Kraaimaat, F. W. (2004). *Inventarisatielijst Omgaan met Anderen (IOA): Zelfbeoordelingslijst voor het meten van sociale angst en sociale vaardigheden.* Pearson.

Hare, R. D. (2012). *Gewetenloos: De onrustbarende wereld van de psychopaten onder ons* (M. Hofstede, Vert.). Elmar.

Hausberg, M. C., Schulz, H., Piegler, T., Happach, C. G., Klöpper, M., Brütt, A. L., Sammet, I., & Andreas, S. (2012). Is a self-rated instrument appropriate to assess mentalization in patients with mental disorders? Development and first validation of the Mentalization Questionnaire (MZQ). *Psychotherapy Research*, *22*(6), 699-709. https://doi.org/10.1080/10503307.2012.709325

Hoeve, M., Stams, G. J. M., Van der Put, C. E., Semon Dubas, J., Van der Laan, P. H., & Gerris, J. R. M. (2012). A meta-analysis of attachment to parents and delinquency. *Journal of Abnormal Child Psychology, 40*(5), 771–785. https://doi.org/10.1007/s10802-011-9608-1

Parada-Fernández, P., Herrero-Fernández, D., & Rodríguez-Arcos, I. (2023). The moderation effect of mentalization in the relationship between impulsiveness and aggressive behavior. *Scandinavian journal of psychology*, *64*(6), 794-801. https://doi.org/10.1111/sjop.12944

Van den Berg, A. (2016). Mentaliseren, pseudomentaliseren en dismentaliseren: Het belang van een uitgebreide op maat gesneden beginfase om een therapeutische relatie met forensisch psychiatrische patiënten te kunnen aangaan. *Tijdschrift voor Psychotherapie, 42*(2), 104-120. https://doi.org/10.1007/s12485-016-0123-2

Wijten-Spee, K. (2011). *Mentaliserende dramatherapie bij een Dubbele Diagnose programma: Hoe Mentalization-Based Treatment toe te passen is binnen dramatherapie* [Afstudeerverslag, Stenden Hogeschool]. HBO Kennisbank.

Muziektherapeutische macro-interventie

Rob van Alphen & Anne den Heijer

Musical Attention Control Training. Het versterken van aandachtvaardigheden voor mensen met een psychose in de forensische psychiatrie

SAMENVATTING

Forensische patiënten met een stoornis in het psychosespectrum ervaren ernstige tekorten in hun aandachtvaardigheden. Aandacht is een voorspeller van behandelsucces.

Deze interventie is ontwikkeld voor forensisch psychiatrische patiënten met een stoornis in het psychose-spectrum. Het doel van de interventie betreft het verbeteren van aandachtvaardigheden. De Musical Attention Control Training (MACT) bestaat uit 12 sessies van 45 minuten, waarin opeenvolgend focus, selectieve aandacht, volgehouden aandacht, en verschuivende aandacht worden getraind.

1. CONTEXT

Deze module is ontwikkeld voor een forensisch psychiatrische kliniek of een forensisch psychiatrisch centrum. Het theoretische referentiekader is gebaseerd op Musical Attention Control Training (MACT), zoals ontwikkeld binnen de neurologische muziektherapie (Thaut & Hoemberg, 2014) en verder uitgewerkt door Van Alphen et al. (2019), en in de scripties van Den Heijer (2018), Van Asten (2021), en Hendrikx (2022).

2. PROBLEEMBESCHRIJVING

2.1 Probleem:

Patiënten met psychotische kenmerken in forensisch-psychiatrische omgevingen kampen met aanzienlijke cognitieve problemen (Heinrichs & Zakzanis, 1998; Kavanagh et al., 2010; Meyer et al., 2014). Vaak falen hun oordeelsfuncties, zijn ze snel afgeleid en vertonen ze neurocognitieve tekorten, zoals moeite met volgehouden aandacht, impulsiviteit en executieve disfunctie.

Een mogelijke verklaring is dat bij mensen met een psychose, naast positieve en negatieve symptomen, ook cognitief verval optreedt (Nuechterlein et al., 2004). Dit verval kan al in de prodromale fase van een psychose worden waargenomen. Daarnaast wordt bij veel patiënten Niet-Aangeboren Hersenletsel (NAH) vastgesteld.

De criminele levensstijl, die vaak gepaard gaat met gewelddadige incidenten, verhoogt het risico op hersenschade door herhaalde hoofdtrauma's (De Geus et al., 2021). Daarnaast speelt cognitief verval door onderstimulatie een rol: een gebrek aan mentale prikkels en uitdagingen kan de hersenfunctie verzwakken. Verder draagt cognitief verval als gevolg van psychotische episodes, zoals beschreven door Nuechterlein et al. (2004), bij aan de achteruitgang van cognitieve vermogens, aangezien deze episodes vaak gepaard gaan met verstoringen in denken, geheugen en aandacht. Samen veroorzaken deze factoren een complexe en ingrijpende impact op de cognitieve gezondheid van patiënten in forensisch-psychiatrische settings.

Zelfs als iemand gemotiveerd is om deel te nemen aan een behandeling, kan voortdurende afleiding het leren van nieuwe vaardigheden of het verkrijgen van nieuwe inzichten bemoeilijken. Onderzoek suggereert dat aandachtsproblemen en het onvermogen om de aandacht vast te houden neurobiologische voorspellers zijn van negatieve behandelresultaten (Cornet et al., 2015). Hoe beperkter de aandachtsboog van een patiënt, des te groter de kans op moeilijkheden bij het voltooien van behandelprogramma's.

Cognitieve functiestoornissen blijken een van de kernkenmerken te zijn van schizofrenie en psychotische episodes en zijn in verschillende mate waarneembaar op gebieden als aandacht, geheugen, taal en executieve functies (Kavanagh et al., 2010). Cornet et al. (2015) hebben gesuggereerd dat er een aanzienlijke uitval is in de behandeling van psychiatrische patiënten met slechte aandachtsvaardigheden. Ze ontdekten dat patiënten die het meest behoefte hebben aan behandeling er waarschijnlijk het minst van profiteren, mogelijk vanwege onvoldoende aandachtsvaardigheden. Het Risk-Needs-Responsivity (RNR) model (Bonta & Andrews, 2007) dat wordt gebruikt in de forensische psychiatrie, benadrukt ook het responsiviteitsprincipe, waarin motivatie een cruciale rol speelt bij het succesvol doorlopen van een behandeling.

3. DOELGROEP

3.1 Indicaties:

- Volwassen psychiatrische pati ënten (18 jaar en ouder), opgenomen in forensische psychiatrische instituten.
- Aanwezigheid van een psychotische stoornis volgens de criteria van de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5 (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013).
- Patiënten met cognitieve beperkingen, waaronder aantoonbaar aandachtstekort (gemeten met d2 cancelation-test en afwijking van 1 standaarddeviatie onder het gemiddelde).

3.2 Contra-indicaties:

- Patiënten met neurodegeneratieve ziekten zoals Alzheimer, Parkinson, Korsakov, enzovoort, vanwege de niet-omkeerbare cognitieve tekorten die gepaard gaan met deze neurodegeneratieve aandoeningen.
- Deelnemers in een acute psychiatrische crisis, zoals een actieve psychose.
- Patiënten die verplichte therapeutische behandeling ondergaan vanwege de negatieve effecten op het werkgeheugen.

3.3 Verwijzing en selectie:
(Verwijzing, intake, O&A-traject)

Gezien het grote aantal van forensische patiënten met een psychose en de daarbij behorende neurocognitieve klachten),s (Vreugdenhil et al., 2004)of NAH-klachten bij forensische pat iënten (De Geus et al., 2021), is screenen bij opname op neurocognitieve klachten een noodzaak, bijvoorbeeld met een MoCA (Montreal Cognitive Assessment) (Nasreddine et al., 2005).

Patiënten kunnen aangemeld worden voor een intake bij de muziektherapeut die een aantal neurocognitieve taken afneem (D2 cancelationtest (Birckenkamp, 2007), Trail Making Test (Tombaugh, 2004) en Digidspan (wechsler, 2012)).

4. DOELEN

Het hoofddoel van de MACT is het verbeteren van de aandacht. In de behandeling wordt de aandacht onderverdeeld in focus, selectieve aandacht, volgehouden aandacht en verdeelde aandacht.

SMART hoofddoel:
Aan het einde van de behandeling (12 weken) zijn de aandachtsvaardigheden van de patiënt verbeterd. Deze verbetering kan worden vastgesteld door de patiënt en kan worden gemeten door de uitkomsten van verschillende neurocognitieve testen in de voor- en nameting met elkaar te vergelijken.

Subdoelen:
- Verminderen van recidive
- De patiënt kan na de eerste sessie de aandacht focussen
- De patiënt kan na de tweede sessie de aandacht focussen en selecteren
- De patiënt kan na de vierde sessie de aandacht focussen, selecteren en volhouden
- De patiënt kan na de zesde sessies de aandacht focussen, selecteren, volhouden en verschuiven

5. BESCHRIJVING VAN DE INTERVENTIE-AANPAK

5.1 Architectuur van de interventie:
Één therapiesessie van 45 minuten per week met huiswerkopdrachten voor de duur van 12 weken..

5.2 Inhoud van de interventie:
MACT (Thaut & Gardiner, 2014; Hakvoort et al., 2024) is een protocollaire muziektherapietechniek die gericht is op hersenmechanismen in gestructureerde muziek- of luisteroefeningen om aandachtprocessen te optimaliseren.
Deze oefeningen bestaan uit vooraf gecomponeerde muziek, bijvoorbeeld drummen op percussie-instrumenten samen met popliedjes, of geïmproviseerde muziek, wanneer patiënten meespelen met de pianomuziek gespeeld door de muziektherapeut. De muzikale elementen (tempo, ritme, melodie, enz.) roepen verschillende muzikale mechanismen op zoals ene hersenstameflex, Ritmische synchronisatie, muzikale verwachting (Juslin, 2019) om de aandachtscircuits in de hersenen te activeren en te primen. Patiënten worden muzikaal aangespoord om alert te zijn en muzikaal te reageren op veranderende muzikale signalen. De muzikale oefeningen in het MACT-programma nemen toe in complexiteit van gerichte en selectieve aandacht tot volgehouden aandacht en afwisselende aandacht.

5.2.1 Concrete activiteiten/in fasen:
Overzicht van MACT-interventie

Sessie 1. Gefocuste aandacht
Om gerichte aandacht te trainen, leert de patiënt zich te concentreren op een doel terwijl afleidende stimuli worden onderdrukt. Deze stimuli kunnen visueel of auditief zijn. Oefeningen omvatten het spelen op percussie instrumenten. De muziektherapeut speelt in een specifieke maat, zoals 3/4, en nodigt de deelnemer uit om mee te doen. Hier is geen muzikale voorkennis voor nodig. Zodra de patiënt het patroon begrijpt en dit stabiel kan spelen, verandert de muziektherapeut naar een andere maat, zoals 4/4 of 5/4, terwijl de patiënt doorgaat met spelen in de oorspronkelijke maat terwijl hij een andere maat hoort.

Andere oefeningen omvatten:
- De deelnemer improviseert terwijl hij wordt afgeleid.
- Twee groepen spelen verschillende ritmes op dezelfde puls.
- Deelnemers moeten een kort ritme kopiëren dat door de muziektherapeut op een percussie-instrument wordt gespeeld en moeten een pauze inlassen voordat ze mogen spelen.

Sessie 2. Selectieve aandacht
Om selectieve aandacht te trainen, moeten deelnemers één specifieke muzikale cue uit een reeks verschillende stimuli selecteren en erop reageren. Bijvoorbeeld, deelnemers reageren muzikaal op auditieve cues, bijvoorbeeld de piano speelt herhaaldelijk de akkoorden “C” en “Am”. Als een korte melodie (muzikale cue) wordt gespeeld, moeten deelnemers meedoen door de djembés te spelen totdat de melodie opnieuw wordt gespeeld. Hier is de pianomuziek zowel afleidend als een muzikale basis om het djembé-ritme op te synchroniseren. Daarom moeten deelnemers hun selectieve aandacht oefenen.

Andere oefeningen omvatten:
- Luisteren naar een lied en percussie spelen terwijl het refrein wordt gehoord.
- Het aantal keren tellen dat een woord wordt gezongen in een pop-lied.
- Instrumenten benoemen in een klassieke compositie.

Sessie 3-4. Volgehouden aandacht
Om volgehouden aandacht te trainen, moeten deelnemers hun focus en selectieve aandacht gedurende een langere periode vasthouden. Deelnemers kunnen muzikaal reageren of het ritme kopiëren dat de muziektherapeut op een djembé speelt voor een langere periode, terwijl het ritme op elk moment kan veranderen. In deze oefening moeten deelnemers de beat van de therapeut overnemen en tegelijkertijd het ritme reproduceren, gedurende meerdere minuten. Door naar de beat van de patiënt te luisteren, kan een muziektherapeut horen of een patiënt betrokken is bij deze oefening. De muziektherapeut kan de deelnemers dan muzikaal uitnodigen om langer mee te doen. Op deze manier houden deelnemers hun aandacht langer vast.

Andere oefeningen omvatten:
- De melodieën kopiëren die de therapeut op een xylofoon speelt.
- Meespelen met een metronoom.
- Een muziektherapeut slaat verschillende instrumenten aan en vervolgens moeten de deelnemers onthouden welke instrumenten werden aangeslagen.

Sessie 5-6. Verschuivende aandacht
Om verschuivende aandacht te trainen, moeten deelnemers leren om zich op één taak te concentreren, over te schakelen naar een andere taak, en vervolgens weer

terug te schakelen naar de eerste taak. Bijvoorbeeld, twee muziektherapeuten spelen om de beurt ritmes op hun djembés. Deelnemers moeten het ritme kopiëren dat elke muziektherapeut speelt op een djembé voor een langere periode, terwijl het ritme en de therapeut die speelt op elk moment kunnen veranderen. In deze oefening moeten de deelnemers hun aandacht wisselen tussen de therapeuten.

Andere oefeningen omvatten:

- Muzikale situaties waarbij deelnemers op twee muzikale cues met een hoog tempo moeten letten.
- Deelnemers moeten een instrument bespelen en tegelijkertijd twee cues verwerken: één cue betreft het spelen van hoge of lage tonen, en de andere cue betreft het beginnen of stoppen met spelen.

Sessie 7. Herhalen van gefocuste aandacht

Sessie 8. Herhalen van selectieve aandacht

Sessie 9 -10. Herhalen van volgehouden aandacht

Sessie 11-12. Herhalen van verschuivende aandacht

In de tweede helft van de training worden vergelijkbare taken als in de eerste 6 weken uitgevoerd, maar met een toename in intensiteit. Bijvoorbeeld:

- Meer diverse afleidende stimuli
- Verhoogde focus op auditieve stimuli door deelnemers te vragen hun ogen te sluiten of zich om te draaien en in de tegenovergestelde richting te kijken
- Meer muzikale stimuli
- Verhoogde complexiteit van taken door meer cues toe te voegen

5.2.2 Rol van de therapeut:

De MACT-training wordt verzorgd door een opgeleide en gecertificeerde muziektherapeut, die erkend is door de Nederlandse Vereniging voor Muziektherapie (NVvMT), een aanvullende Neurologische Muziektherapie-opleiding heeft gevolgd en werkzaam is in het forensisch werkveld.

De rol van de therapeut is die van een trainer. De therapeut geeft psycho-educatie over de muziektherapie en de aandachtsvaardigheden die in de sessies behandeld worden. De sessies zijn taakgericht. Dat wil zeggen dat er aan een specifiek doel gewerkt wordt, namelijk het verbeteren van aandachtsvaardigheden. De muziektherapeut zet zich op een coachende wijze in om de patiënt maximaal van de behandeling te kunnen laten profiteren. Dat houdt in dat hij de patiënt motiveert om zich optimaal in te spannen om de aandacht te trainen.

5.2.3 Materialen:

In de sessies wordt gebruik gemaakt van actieve (zelf spelen op muziekinstrumenten of muzikale werkvormen) en receptieve (luisteren naar muziek of muzikalen werkvormen)muziekinterventies. Dit houdt in dat er een divers scala aan instrumenten moet zijn om de werkvormen uit te kunnen voeren, en geluidsdragers waarop versterkte muziek en geluidsfragmenten kunnen worden afgespeeld.

Bij voorkeur zijn er meerdere percussie-instrumenten aanwezig zoals djembés, darbuka's, bongo's of conga's. Deze percussieinstrumenten kunnen bij de patiënt gezet worden, zijn handzaam en zijn degelijke instrumenten om op te spelen. Daarnaast is het raadzaam kleine percussie-instrumenten te hebben om variaties in de oefeningen aan te brengen, zoals tamboerijnen, claves, shakers en schudeitjes. Percussie-instrumenten zijn geschikt omdat ze de patiënt de mogelijkheid bieden om samen te spelen zonder dat daarvoor muzikale scholing vereist is.

Naast percussie-instrumenten is het nodig om verschillende begeleidingsinstrumenten te hebben, zoals een (elektrische) piano of gitaren. Deze instrumenten kunnen werkvormen begeleiden en nodigen patiënten uit tot samenspel. Verder is het raadzaam kleine melodie-instrumenten te hebben, zoals xylofoons, metallofoons en boomwhackers. Blaasinstrumenten worden afgeraden vanwege hygiënische redenen.

In de sessies worden receptieve werkvormen gebruikt. Geluidsdragers kunnen een laptop of telefoon zijn waarop geluid wordt afgespeeld, bijvoorbeeld via Spotify of YouTube. Om dit geluid goed te kunnen horen, is het belangrijk dat er versterkte muziek afgespeeld kan worden. Denk aan een mengpaneel, versterker en speakers met voldoende vermogen om goed hoorbaar te zijn.

6. THEORETISCHE ONDERBOUWING VAN DE INTERVENTIE-AANPAK

6.1 Welke factoren veroorzaken het probleem?:

Het probleem wordt veroorzaakt door verschillende factoren, waaronder hersenschade als gevolg van een criminele levensstijl, wat kan leiden tot fysieke en psychologische schade die cognitieve functies aantast. Daarnaast speelt cognitief verval door onderstimulatie een rol. Door gebrek aan mentale prikkels en uitdagingen, zoals schoolse vaardigheden als lezen en rekenen, zelf je dagstructuur bepalen of cognitief uitgedaagd worden door werk, worden de hersenfunctie van patienten verzwakt. Verder draagt cognitief verval door psychotische episodes, zoals beschreven door Neuchterlein (2004), bij aan de achteruitgang van cognitieve vermogens, aangezien deze episodes vaak gepaard gaan met verstoringen in denken, geheugen en aandacht. Samen creëren deze factoren een complexe en schadelijke impact op de cognitieve gezondheid.

6.2 Factoren die door middel van de interventie aangepakt/behandeld/beïnvloed worden:

De interventie richt zich op het verbeteren van verschillende aandachtsvaardigheden, waaronder focus, selectieve aandacht, volgehouden aandacht, en verschuivende aandacht. Door middel van gerichte muziektherapie worden deze cognitieve functies versterkt, wat kan bijdragen aan een betere concentratie en flexibiliteit in het dagelijks leven van de patiënten. Het vermogen om de aandacht te richten en irrelevante prikkels uit te sluiten helpt niet alleen bij focus, maar maakt het ook makkelijker om je te concentreren op positieve aspecten, wat leidt tot minder stress en meer gemoedsrust.

Aansluiting bij werkingsmechanisme

- ☐ Arousalregulatie (activeren dan wel ontspannen van het lichaam)
- ☐ Proces van lichaamswaarneming/-bewustzijn (prikkels vanuit het eigen lichaam waarnemen)
- ☐ Affectregulatie
- ☐ Emotieregulatie
- ☐ Regulatie van cognitieve processen
- ☐ Regulatie van aandachtprocessen
- ☐ Leren
- ☐ Regulatie van sociale cognitie
- ☐ Anders, namelijk:

Beschermende factoren/risico factoren

Interne items

- ☐ Intelligentie
- ☐ Hechting
- ☐ Empathie/ vijandigheid
- ☐ Coping
- ☐ Zelfcontrole/ impulsiviteit
- ☐ Agressie
- ☐ Zelfwaardering
- ☐ Emotieregulatie

Externe Items

- ☐ Netwerk
- ☐ Intieme relaties
- ☐ Hulpverlening
- ☐ Woonsituatie
- ☐ Middelengebruik

Motivationele items

- ☐ Motivatie voor behandeling
- ☐ Houding tegenover autoriteit
- ☐ Levensdoelen

Aansluiting basisbehoeften

- ☐ Leven (inclusief gezondheid en fysiek welbevinden)
- ☐ Kennis (hoe goed iemand zich geïnformeerd voelt over wat belangrijk voor hem is)
- ☐ Spelen (hobby's en vrijetijdsbesteding)
- ☐ Werken (inclusief zich competent voelen/voelen dat je beter wordt, moet hier ook succeservaring bij)
- ☐ Zelfbeschikking (autonomie en richting kunnen bepalen)
- ☐ Innerlijke rust/'peace of mind' (vrij zijn van emotionele onrust, pijn en stress)
- ☐ Verbondenheid (intieme, romantische en familiaire relaties)
- ☐ Community (verbondenheid met een bredere sociale groep)
- ☐ Spiritualiteit (betekenis- en zingeving)
- ☐ Plezier (goed voelen in het hier en nu)
- ☐ Creativiteit (vrije en alternatieve zelfexpressie)

6.3 Werkzame elementen en verondersteld mechanisme:

Het effectieve element van muzikale interventie is de constante aanwezigheid van een puls, waarbij neuronen in het brein zich synchroniseren met het ritme van de muziek. Dit versterkt neurale verbindingen en bevordert neuroplasticiteit (Thaut 2014). Bij drie RCT-studies werden effecten gevonden van muziektherapie, die deze technieken verwerkt hadden in hun interventies, op de cognitieve functie van patiënten met stoornissen in het psychotische spectrum (Ceccato et al., 2006; Khalaf-Beigi et al., 2012; Van Alphen et al., 2019). In Italië werd een gerandomiseerde gecontroleerde studie uitgevoerd met 67 patiënten die leden aan schizofrenie.

Patiënten kregen een geprotocolleerde muziektherapie-interventie genaamd Sound Training Attention and Memory (STAM). Gedurende 16 weken kregen patiënten een reeks muzikale oefeningen die selectieve, volgehouden en afwisselende aandacht behandelden. Er werden significante positieve effecten gevonden in tests op de PASAT tussen de start- en eindmeting (test voor selectieve en volgehouden aandacht) en Wechsler's geheugenschaal (werkgeheugen) met een medium effectgrootte (Ceccato et al., 2006).

In Iran werd een gerandomiseerde gecontroleerde studie uitgevoerd met 55 patiënten die leden aan schizofrenie. Patiënten in de experimentele groep kregen muzikale oefeningen, oplopend in complexiteit, met de intentie om verschillende soorten geheugen te versterken en nauwkeurigheid en aandacht te verhogen. Patiënten in de controlegroep werden in een wachtlijstconditie geplaatst. Gegevens werden verzameld met behulp van de Stroop-test, continue prestatiemeting en Lezak letter-annuleertest. Na 24 sessies van muziektherapie hadden de patiënten in de experimentele conditie een significant verbeterde score op de verwerkingssnelheid. Wanneer gecontroleerd werd voor verschillen tussen de groepen, was de effectgrootte klein (Khalaf-Beigi et al., 2012).

Een derde gerandomiseerde gecontroleerde studie werd uitgevoerd in Nederland met 31 patiënten gediagnosticeerd met schizofrenie. Een muziektherapeutische interventie genaamd Musical Attention Control Training (MACT) werd gebruikt. MACT is een geprotocolleerde neurologische muziektherapie (NMT) techniek die zich richt op muzikale hersenmechanismen in gestructureerde muziekbeoefening of luisteroefeningen om aandachtsprocessen te optimaliseren. Deze oefeningen bestaan uit vooraf gecomponeerde of geïmproviseerde muziek. De muzikale elementen prikkelen verschillende muzikale reacties om aandachtsvaardigheden te oefenen (Thaut, 2005). De patiënten die slechts zes sessies van 30 minuten MACT ontvingen, vertoonden significant betere resultaten op verschillende aandachtstaken vergeleken met de controlegroep (wachtlijstconditie) (Van Alphen et al., 2019). Voor zover wij weten, zijn er geen andere studies over het effect van muziektherapie op cognitieve functies of functionele uitkomsten van mensen die lijden aan psychoses.

Het RNR-model van Andrews en Bonta, (Andrews et al., 2011) dat staat voor Risk-Need-Responsivity, biedt een raamwerk voor effectieve interventies bij delinquenten. Binnen dit model is het essentieel om de interventies af te stemmen op het risiconiveau van de patiënt, de criminogene behoeften te adresseren, en de behandelingsaanpak aan te passen aan de leerstijl en capaciteiten van de patiënt. Aandachtstraining, zoals bijvoorbeeld via muziek, kan gezien worden als een effectieve responsieve interventie binnen dit model. Voor patiënten met cognitieve beperkingen, zoals verminderde aandachtsvaardigheden, kan gerichte aandachtstraining helpen om hun cognitieve functioneren te verbeteren. Dit sluit aan bij de "need"-component van het RNR-model, omdat het een direct effect kan hebben op factoren die bijdragen aan delinquent gedrag, zoals impulsiviteit en gebrekkige concentratie. Daarnaast verhoogt het trainen van aandachtsvaardigheden de responsiviteit van de behandeling, omdat het gebruik van muziek een motiverende en op maat gemaakte benadering biedt die aansluit bij de capaciteiten en voorkeuren van de patiënt. Hierdoor wordt niet alleen de kans op succesvolle revalidatie vergroot, maar ook het risico op recidive verminderd.

Functie vaktherapeutisch middel

De puls in de muziek zet neurocognitieve processen in gang die ervoor zorgen dat er nieuwe verbindingen in de hersenen worden aangelegd en zo aandachtsvaardigheden verbeteren (Hakvoort et al., 2024).

Muziek als vaktherapeutisch middel is van belang omdat, naast niet-muzikale informatie, muziek structuur en organisatie, emotie en aantrekkingskracht biedt wat de kans op verbeterde aandachtspannen vergroot (Hakvoort et al., 2024).

6.3 Verantwoording vanuit de praktijk/merkzame effecten:

Patiënten die verblijven op afdelingen in een forensische kliniek kampen vaak met cognitieve problemen. Uit een studie van Van Alphen et al. (2019) bleek dat patiënten gemiddeld twee standaarddeviaties onder het gemiddelde scoorden op aandachtsvaardigheden. De studie van Cornet et al. (2015) toonde aan dat patiënten met slechte aandachtsvaardigheden een verhoogd risico lopen om voortijdig uit te vallen tijdens de behandeling. Deelnemers vallen uit omdat zij zich niet kunnen focussen op de informatie de gegeven word. Eventueel zorgt verminderde aandacht op behandelinstructies en moeite met het negeren van afleidende stimuli deze kans (Cornet et al., 2015). Klinische ervaring suggereert dat het trainen van aandachtsvaardigheden met muziek extra motiverend is. Muziek maken draagt bij aan het algemene welzijn, is plezierig en fungeert als een positieve bekrachtiging (Thaut, 2014). tHet gebruik van voor- en nametingen maakt voor patiënten inzichtelijk welke vooruitgang ze boeken. Patiënten gaven in de pilotstudie (Van Alphen et al., 2019) aan dat ze beter in staat waren om één-op-één gesprekken vol te houden, een puzzel te maken, of een tv-programma te volgen.

Muziektherapie kan effectief bijdragen aan het verbeteren van verschillende vormen van aandacht. Bijvoorbeeld, het bespelen van een instrument vereist focus, waarbij de patiënt zich volledig concentreert op de juiste toonhoogte en timing. Selectieve aandacht wordt gestimuleerd wanneer de patiënt specifieke geluiden of melodieën moet onderscheiden te midden van andere klanken. Volgehouden aandacht wordt bevorderd door langere tijd actief betrokken te blijven bij een muziekstuk, terwijl verschuivende aandacht wordt geoefend wanneer de patiënt moet schakelen tussen verschillende muzikale taken, zoals ritme en melodie, of het wisselen van instrumenten tijdens een sessie. Deze vaardigheden zijn cruciaal voor het verbeteren van cognitieve functies en algehele concentratie.

7. RANDVOORWAARDEN EN KOSTEN UITVOERING-INTERVENTIE-AANPAK

7.1 Uitvoering:

Voor een succesvolle muziektherapie-interventie zijn verschillende materialen en organisatorische randvoorwaarden essentieel. De therapie start met een gedegen voorlichting door muziektherapeuten aan patiënten en verwijzers, om de juiste indicatiestelling te waarborgen. De sessies worden uitgevoerd met diverse muziekinstrumenten in een daarvoor bestemde therapieruimte. Organisatorisch moet deze ruimte beschikbaar zijn en een co-therapeut aanwezig zijn voor ondersteuning. Daarnaast is het belangrijk dat de therapeut een vertrouwensband opbouwt met de patiënt, zodat deze zich veilig voelt. Patiënten volgen wekelijks een therapiesessie van 45 minuten en krijgen daarnaast ruimte voor huiswerkopdrachten. Beheersing van de Nederlandse of Engelse taal is noodzakelijk voor effectieve deelname.

7.2 Opleiding en competenties:

De muziektherapeut die de interventie uitvoert, moet minimaal een afgeronde bachelor- of masteropleiding in muziektherapie of vaktherapie muziek hebben. Daarnaast is een basisopleiding in Neurologische Muziektherapie (NMT) vereist, met enige kennis van Musical Attention Control Training (MACT). De therapeut moet ook coachende vaardigheden bezitten om patiënten effectief te begeleiden in hun leerproces.

7.3 Kosten van de interventie:
De kosten voor de interventie bestaan uit het uurloon van zowel de muziektherapeut als de co-therapeut. Daarnaast zijn er kosten verbonden aan de aanschaf en het onderhoud van muziekinstrumenten en het gebruik van de therapieruimte.

7.4 Locatie en uitvoerders:
De therapie dient plaats te vinden in een geschikte ruimte die voldoet aan de richtlijnen van de Nederlandse Vereniging van Muziektherapeuten (NVvMT). Deze ruimte moet voldoende bewegingsruimte bieden en zijn uitgerust met alle benodigde materialen voor de muziektherapie, zoals muziekinstrumenten en andere hulpmiddelen.

7.5 Kwaliteitsbewaking:
De kwaliteit van de muziektherapie wordt bewaakt door middel van registratie van de Muziektherapeuten bij het register vaktherapie en het Fellowship NMT® en doorlopende nascholing in Neurologische Muziektherapie. Dit zorgt ervoor dat de therapeut up-to-date blijft met de laatste ontwikkelingen en technieken binnen het vakgebied. De interventie wordt aangeboden bij de Commissie Product- en Module Ontwikkeling (CPMO)

8. SUBTYPEN
Deze interventies kunnen worden aangeboden aan kleine of grotere groepen, afhankelijk van de mogelijkheden van de ruimte en de behoeften van de patiënt. Daarnaast zijn individuele sessies ook mogelijk, al wordt de voorkeur gegeven aan groepssessies vanwege afleidings-stimuli waarmee de patiënt kan oefenen. Er is veel muzikale variatie mogelijk, en de gebruikte instrumenten kunnen flexibel worden aangepast binnen de verschillende werkvormen.

9. ONTWIKKELGESCHIEDENIS
Deze interventie is een bewerking van de beschreven methode uit het Handboek Neurologische Muziektherapie (Thaut et al., 2014). Een eerder gepubliceerde pilotstudie van Van Alphen (2019) vormde de eerste aanpassing van deze interventie voor een forensische doelgroep met klachten binnen het psychosespectrum. Na de pilotstude (Van Alphen, 2019) werd er een 12-weeks MACT-programma ontwikkeld gebaseerd op Den Heijer (2018), Van Asten (2021), Hendrikx (2022) en Hakvoort et al. (2024).

Literatuur
Andrews, D. A., Bonta, J., & Wormith, J. S. (2011). The risk-need-responsivity (RNR) model: Does adding the good lives model contribute to effective crime prevention? *Criminal Justice and Behavior, 38*(7), 735-755. https://doi.org/10.1177/009385481140635

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Publishing.

Bonta, J., & Andrews, D. A. (2007). Risk-need-responsivity model for offender assessment and rehabilitation. *Rehabilitation*, *6*(1), 1-22.

Brickenkamp, R. (2007). *D2 Aandachts- en concentratietest Handleiding.* Hogrefe Uitgevers.

Ceccato, E., Caneva, P., & Lamonaca, D. (2006). Music therapy and cognitive rehabilitation in schizophrenic patients: A controlled study. *Nordic Journal of Music Therapy*, *15*(2), 110-120. https://doi.org/10.1080/08098130609478158

Cornet, L. J. M., Van der Laan, P. H., Nijman, H. L. I., Tollenaar, N., & De Kogel, C. H. (2015). Neurobiological factors as predictors of prisoners' response to a cognitive skills training. *Journal of Criminal Justice, 43*(2), 122–132. https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2015.02.003

De Geus, E. Q., Milders, M. V., Van Horn, J. E., Jonker, F. A., Fassaert, T., Hutten, J. C., Kuipers, F., Grimbergen, C., & Noordermeer, S. D. (2021). Acquired brain injury and interventions in the offender population: A systematic review. *Frontiers in Psychiatry, 12*, Artikel 658328. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.658328

Den Heijer, J. G. (2018). '*Mag ik heel even de aandacht?!': Een bundel met twaalf muziektherapeutische werkvormen ter bevordering van aandachtsvaardigheden bij volwassenen met schizofrenie binnen de forensische psychiatrie* [Interne publicatie]. Inforsa Amsterdam.

Hakvoort, L., Jones, C., Gardiner, J.C., & Thaut, M. H. (2024). Musical attention control training. In M. H. Thaut & V. Hoemberg (Eds.), *Handbook of neurologic music therapy* (pp. 159-169). Oxford University Press.

Heinrichs, R. W., & Zakzanis, K. K. (1998). Neurocognitive deficit in schizophrenia: A quantitative review of the evidence. *Neuropsychology, 12*(3), 426–445. https://doi.org/10.1037/0894-4105.12.3.426

Hendrikx, J. (2022). *Een praktijkonderzoek naar de effecten van Musical Attention Control Training op de PTSS-klachten herbelevingen, vermijdingen en hyper-arousal bij forensisch psychiatrische patiënten met een psychotische stoornis* [Interne publicatie]. Inforsa Amsterdam.

Juslin, P. N. (2019). *Music emotions explained.* Oxford University Press.

Kavanagh, L., Rowe, D., Hersch, J., Barnett, K. J., & Reznik, R. (2010). Neurocognitive deficits and psychiatric disorders in a NSW prison population. *International Journal of Law and Psychiatry, 33*(1), 20–26. https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2009.10.004

Khalaf-Beigi, M., Akbarfahimi, M., Ashayeri, H., Dorood, N., & Doostdar, H. (2012). The effect of music on attention in schizophrenia. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences, 14*(9), 8-13.

Meyer, G., Spray, A., Fairlie, J., & Uomini, N. (2014). Inferring common cognitive mechanisms from brain blood-flow lateralisation data: A new methodology for fTCD analysis. *Frontiers in Psychology, 5*, Artikel 552. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00552

Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J. L., & Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society, 53*(4), 695-699. https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x

Nuechterlein, K. H., Barch, D. M., Gold, J. M., Goldberg, T. E., Green, M. F., & Heaton, R. K. (2004). Identification of separable cognitive factors in schizophrenia. *Schizophrenia Research, 72*(1), 29-39. https://doi.org/10.1016/j.schres.2004.09.007

Thaut, M. H., & Gardiner, J. C. (2014). Musical attention control training. In M. H. Thaut & V. Hoemberg (Eds.), *Handbook of neurologic music therapy* (pp. 159-169). Oxford University Press.

Tombaugh, T. N. (2004). Trail Making Test A and B: normative data stratified by age and education. *Archives of Clinical Neuropsychology, 19*(2), 203-214. https://doi.org/10.1016/S0887-6177(03)00039-8

Van Alphen, R., Stams, G. J. J. M., & Hakvoort, L. (2019). Musical attention control training for psychotic psychiatric patients: An experimental pilot study in a forensic psychiatric hospital. *Frontiers in Neuroscience, 13*, Artikel 570. https://doi.org/10.3389/fnins.2019.00570

Van Asten, M. (2021). *Muziek vraagt om aandacht: Een ontwikkelingsonderzoek voor Inforsa naar een bijdrage van nieuw ontwikkelde MACT werkvormen voor patiënten met psychotische kwetsbaarheid*. [Interne publicatie]. Inforsa Amsterdam.

Vreugdenhil, C., Vermeiren, R., Wouters, L. F., Doreleijers, T. A., & van den Brink, W. (2004). Psychotic symptoms among male adolescent detainees in the Netherlands. *Schizophrenia Bulletin, 30*(1), 73-86. https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007069

Wechsler, D. (2012). *Wechsler Adult Intelligence Scale- Fourth Edition Nederlandse bewerking*. Printpartners Ipskamp.