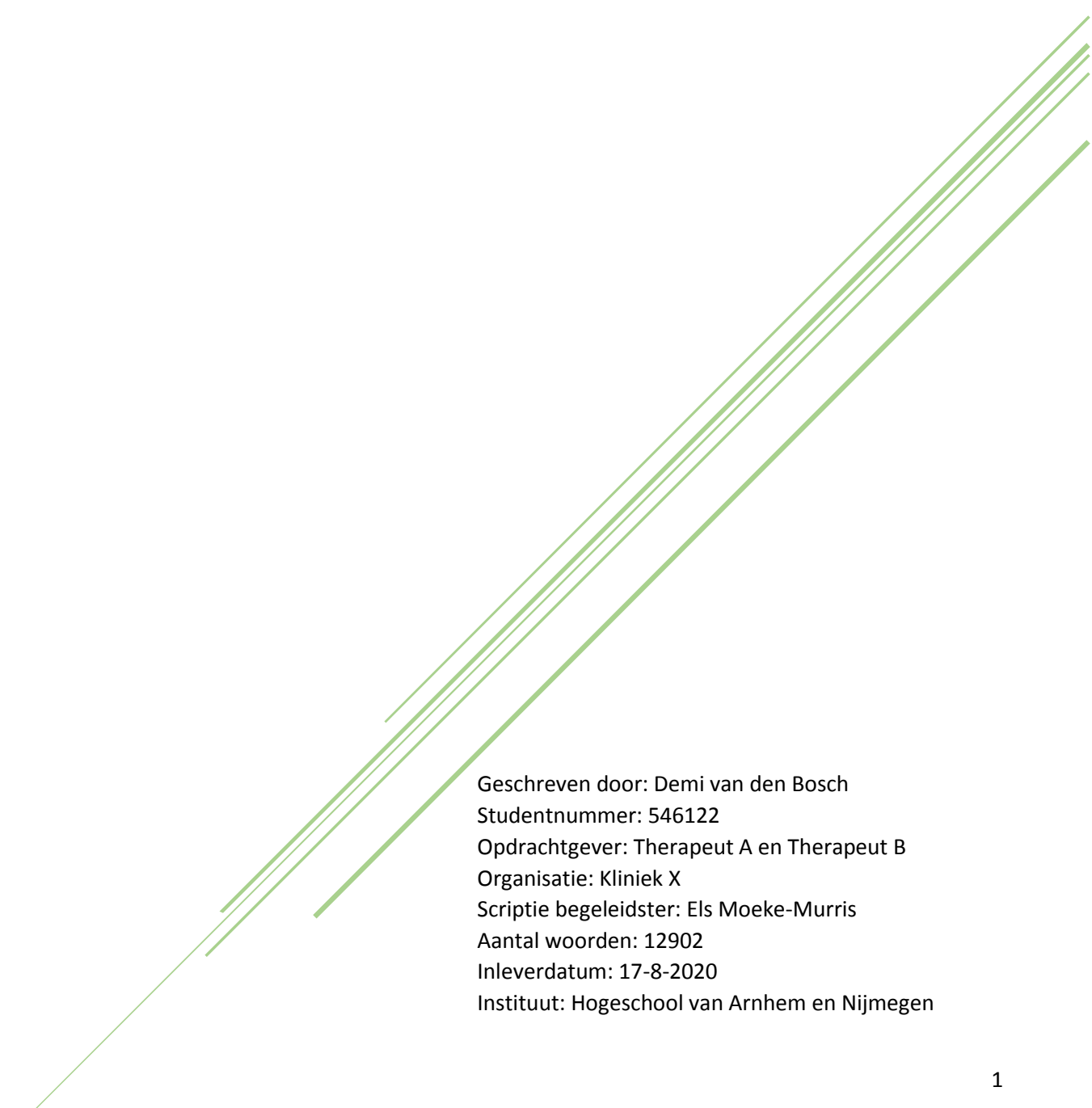


AGRESSIEHANTERINGSTHERAPIE BIJ KLINIEK X

Een onderzoek naar de inhoud en vormgeving van agressiehanteringstherapie voor volwassen cliënten met persoonlijkheidsproblematiek en agressieregulatieproblemen.



Geschreven door: Demi van den Bosch
Studentnummer: 546122
Opdrachtgever: Therapeut A en Therapeut B
Organisatie: Kliniek X
Scriptie begeleidster: Els Moeke-Murris
Aantal woorden: 12902
Inleverdatum: 17-8-2020
Instituut: Hogeschool van Arnhem en Nijmegen

Voorwoord

Voor u ligt mijn afstudeeronderzoek 'Agressiehanteringstherapie bij Kliniek X: Een onderzoek naar de inhoud en vormgeving van agressiehanteringstherapie voor volwassen cliënten met persoonlijkheidsproblematiek en agressieregulatieproblemen.' Het onderzoek is geschreven in opdracht van de psychomotorische therapeuten van Kliniek X in het kader van afstuderen aan de opleiding psychomotorische therapie (PMT) aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (HAN).

De onderzoeksvraag is opgesteld in samenspraak met mijn scriptiebegeleidster, Els Moeke-Murris, en mijn opdrachtgevers, de psychomotorische therapeuten Therapeut A en Therapeut B. Het komen tot een passende onderzoeksvraag was een lastig proces, aangezien de vraag die er lag breed was. Uiteindelijk is na goed overleg een passende onderzoeksvraag gevonden, waarna het onderzoek kon beginnen en uiteindelijk de vraag beantwoord kon worden.

Graag wil ik mijn begeleiders, Therapeut A en Therapeut B, van Kliniek X bedanken voor hun inbreng en medewerking. Zonder de hulp en transparantie van hen had ik mijn onderzoek nooit kunnen voltooien. Verder wil ik mijn begeleidster vanuit de HAN, Els Moeke-Murris, bedanken. Zij stond altijd voor mij klaar.

Ook wil ik mijn ouders en vrienden bedanken voor hun morele steun, hulp en motiverende woorden. Dankzij hen heb ik mijn afstudeeronderzoek tot een goed einde weten te brengen.

Ik wens u veel leesplezier toe.

Demi van den Bosch
Nijmegen, 17 augustus 2020

Samenvatting

In Kliniek X wordt forensische zorg gegeven aan psychiatrische cliënten met persoonlijkheidsproblematiek. Onderdeel van die zorg is psychomotorische therapie (PMT). Dit wordt gegeven door Therapeut A en Therapeut B. Zij bieden een module agressiehanteringstherapie aan die niet theoretisch onderbouwd en al tien jaar oud is. Door deze combinatie sluit de module niet meer aan bij de huidige agressiehanteringstherapie die aangeboden wordt. De module bevat onhandige woordkeuzes, mist basisprincipes zoals interventies en rationales en niet alle werkvormen sluiten goed aan bij de doelgroep. Bovendien is er geen sprake van een basisopzet van een behandelmodule. Daarom is er een onderzoek opgezet met als onderzoeksvraag: 'Welke aanpassingen aan de huidige PMT agressiehanteringstherapie voor volwassen cliënten met persoonlijkheidsproblematiek en agressiehanteringsproblemen binnen Kliniek X zijn nodig om te voldoen aan de module-richtlijnen van de Commissie Product- en Module Ontwikkeling van de FVB (2018) die ook aansluit bij de wensen van de opdrachtgever?'

Om tot een antwoord te komen is er eerst gekeken naar de geschreven module. Dit is vergeleken in een tabel met het 'Werkblad Module Basis' van de CPMO van de FVB (2018), zodat inzichtelijk gemaakt kon worden waar er in die vergelijking ruimte voor verbetering is en waar de module al aan de eisen voldoet. Hieruit kon geconcludeerd worden dat het merendeel van de beschrijving van de agressiehanteringstherapie niet voldoet aan de eisen van het CPMO van de FVB.

Vervolgens is aan de hand van de eerste resultaten een topiclijst opgesteld, waarmee enquêtes en interviews zijn afgenomen bij de psychomotorische therapeuten. Deze informatie is met behulp van een horizontale vergelijking overzichtelijk weergegeven, zodat inzichtelijk werd hoe de praktische uitvoering van de agressiehanteringstherapie wordt vormgegeven. Deze informatie is vervolgens, op eenzelfde manier en in dezelfde tabel als de geschreven module, vergeleken met de eisen van het CPMO van de FVB. Hieruit kon geconcludeerd worden dat het merendeel van de praktische uitvoering van de agressiehanteringstherapie deels aan de eisen voldoet.

Hierna werd de literatuur bestudeert om te kijken wat hier geschreven staat over verschillende onderwerpen binnen de agressiehanteringstherapie. Er werden meerdere bronnen gevonden die aansluiten bij de huidige module. Met behulp van deze bronnen, zou de module dus beter onderbouwd kunnen worden. Ook is gebleken dat er een aantal aspecten verschillen met de literatuur. Daarom kon er uit het literatuuronderzoek geconcludeerd worden dat de huidige therapie niet volledig aansluit bij de gevonden literatuur. Het sluit namelijk bij een deel van de gevonden literatuur wel aan, maar het verschilt ook bij een deel.

Dankzij het onderzoek kon er antwoord gegeven worden op de onderzoeksvraag. Hieruit is naar voren gekomen dat de volgende aanpassingen nodig zijn:

- Een samenvoeging van de praktische uitvoering met de geschreven module.
- Een aanvulling op de bovengenoemde samenvoeging aan de hand van de literatuur van deelvraag 3.
- Een herschrijving van de module volgens de richtlijnen van het CPMO van de FVB.
- De overeenkomsten tussen de literatuur en de module die in de resultaten van deelvraag 3 worden benoemd onderbouwen.
- De verschillen tussen de literatuur en de module die in de resultaten van deelvraag 3 worden benoemd aanpassen.
- De werkvormen aanpassen met behulp van de andere benoemde agressiehanteringsmodules.

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Samenvatting.....	3
Inleiding.....	6
Aanleiding.....	6
Probleemanalyse	6
Probleemstelling.....	11
Het onderzoek	12
Onderzoeksdoel.....	12
Onderzoeksvraag.....	12
Deelvragen.....	12
Begrippen	12
Onderzoeksmethode.....	13
Onderzoeksopzet.....	13
Dataverzamelmethode	13
Data analyse	17
Validiteit en betrouwbaarheid	18
Resultaten deelvraag 1.....	20
Resultaten deelvraag 2.....	22
Samenvatting.....	22
Module-opbouw.....	22
Probleembeschrijving.....	23
Doelgroep.....	23
Doelen	23
Beschrijving van de interventie-aanpak	24
Theoretische onderbouwing van de interventie-aanpak.....	24
Randvoorwaarden en kosten uitvoering interventie-aanpak	25
Subtypen.....	25
Ontwikkelgeschiedenis.....	25
Literatuur	26
Resultaten deelvraag 3.....	27
Cognitieve gedragstherapie	27
Groepstherapie.....	28
Agressiehanteringstherapie	29
Virtual Reality	30
Conclusie	33

Antwoord op de onderzoeksvraag	36
Discussie	37
Aanbevelingen.....	39
Bibliografie	40
Bijlage 1: Werkblad module basis	46
Bijlage 2: Begrippen.....	50
Bijlage 3: Vergelijking agressiehanteringstherapie met 'Werkblad Module Basis'	54
Bijlage 4: Enquête Kliniek X - Therapeut B	63
Bijlage 5: Enquête Kliniek X – Therapeut A	70
Bijlage 6: Transcriptie interview Therapeut B	78
Bijlage 7: Transcriptie interview Therapeut A.....	79
Bijlage 8: Horizontale vergelijking enquêtes en interviews	80
Topic 1 Ontwikkelgeschiedenis	80
Topic 2 Probleembeschrijving	82
Topic 3 Doelgroep; verwijzing en selectie.....	85
Topic 4 Doelgroep; (contra-)indicatie	88
Topic 5 Doelen.....	91
Topic 6 Architectuur van de interventie.....	95
Topic 7 Inhoud van de interventie	97
Topic 8 Theoretische onderbouwing van de interventie-aanpak	100
Topic 9 Randvoorwaarden en kosten uitvoering interventie-aanpak: Uitvoering, opleiding en competenties.....	103
Topic 10 Subtypen	106
Bijlage 9: Zoekschema	108

Inleiding

Aanleiding

In Kliniek X wordt forensische zorg aan psychiatrische cliënten gegeven (geanonimiseerde bron, z.d.)

De cliënten hebben meervoudige, complexe en vaak chronische psychiatrische problemen. Die problemen hebben geleid tot delictgedrag. Delictgedrag is gedrag wat strafbaar is en dus niet maatschappelijk geaccepteerd wordt (GGZ Drenthe, z.d.). Binnen Kliniek X volgen de cliënten die een delict hebben gepleegd waarbij agressie plaatsvond agressiehanteringstherapie. Dit wordt aangeboden door een psychotherapeut en psychomotorische therapeuten. Echter is deze module niet theoretisch onderbouwd. Vanuit de psychomotorische therapeuten, Therapeut B en Therapeut A, ligt er nu de vraag om de agressiehanteringstherapie middels literatuuronderzoek theoretisch te onderbouwen. Ook voor de organisatie zelf is dit van groot belang, aangezien zij altijd op zoek zijn naar nieuwe inzichten, zodat ze kwalitatief hoge zorg kunnen bieden (geanonimiseerde bron, z.d.).

Probleemanalyse

Kliniek X is een onderdeel van Geestelijke Gezondheidszorg Stad en De Kempen. Hier worden mensen met psychiatrische problemen geholpen en ondersteund (Inspectie Veiligheid en Justitie, 2017). Er zijn elf zorgeenheden die ervoor zorgen dat de cliënten behandeld worden. Drie van die zorgeenheden vormen samen Kliniek X. Zij richten zich op de volwassen doelgroep van 18 jaar en ouder die een meervoudige, complexe en langdurende psychosociale of psychiatrische aandoening hebben. Alsmede hebben deze volwassenen een strafbaar feit gepleegd en kunnen zij een gevaar voor de omgeving en/of zichzelf vormen (Inspectie Veiligheid en Justitie, 2017).

Uit onderzoek is gebleken dat bij ongeveer driekwart van de cliënten persoonlijkheidsproblematiek de primaire diagnose is. Bij het andere kwart van de cliënten bleek dat psychotische problematiek te zijn (Van Emmerik & Brouwers, 2001). Verder is er bij ongeveer dertig procent van de cliënten binnen de forensische zorg sprake van een licht verstandelijke beperking, waarbij een IQ van 50-70 wordt aangehouden (Wapenaar, 2019). Ook is gebleken dat er bij zestig tot zeventig procent van de terbeschikkinggestelden sprake is van comorbiditeit, wat wil zeggen dat zij twee of meerdere aandoeningen per persoon hebben (Hildebrand, Sreen, Schönberger, Augustinus, & Hesper, 2006). Verder is er vaak sprake van dubbele diagnose, wat wil zeggen dat cliënten buiten hun psychiatrische aandoening(en) ook te maken hebben met verslavingsproblematiek. Zo is gebleken dat 46% van de terbeschikkinggestelden tijdens het begaan van het delict waarvoor ze uiteindelijk zijn gestraft, onder invloed was van een middel (Brand, Lucker, & Van den Hurk, 2009).

Aan de cliënten die binnen komen bij Kliniek X wordt forensische zorg verleend. Op deze manier klinkt het als één type zorg, maar in werkelijkheid bestaat forensische zorg uit meerdere types zorg.

Zo gaat het over verslavingszorg, geestelijke gezondheidszorg en verstandelijke gehandicaptenzorg. Al die types zorg zijn onderdeel van een (voorwaardelijke) strafrechtelijke titel (Ministerie van Veiligheid en Justitie, 2018). Het doel van de forensische zorg is het voorkomen van een recidive, wat wil zeggen dat de kans op herhaling van het strafbaar feit verkleind probeert te worden. Het voorkomen van recidive wordt gedaan aan de hand van de Historische, Klinische, Toekomstige Revisie (HKT-R). Dit is een instrument waarmee het risico op gewelddadige recidive van forensisch psychiatrische cliënten kan worden beargumenteerd bij een verlofaanvraag of Ter Beschikking Stelling (TBS-)adviezen (Spreeen, Brand, Ter Horst, & Bogaerts, 2014)

De forensische, psychiatrische zorg die in Kliniek X wordt verleend, vindt zowel in een klinische als ambulante setting plaats. In het kader van dit onderzoek wordt enkel gericht op de klinische setting, aangezien de psychomotorische behandeling hierbinnen plaats vindt. Binnen de instelling zijn er zestien klinische afdelingen, waarvan de cliënten van Afdeling 1A en 1B, Afdeling 2 en Afdeling 3 naar de agressiehanteringstherapie komen. Op welke afdeling een cliënt geplaatst wordt, hangt af van verschillende factoren. Zo wordt er gekeken naar de zorgintensiteit, de problematiek, de behandeldoelen en naar de fase van de behandeling. Ook speelt de beveiligingsbehoefte en het zorgpad dat de cliënt bewandelt een rol (Inspectie Veiligheid en Justitie, 2017). Er wordt namelijk gewerkt met twee typen zorgpaden. Zo is er type A en type B. Type A is gericht op cliënten met persoonlijkheidsproblematiek. Type B richt zich op Psychose, Verstandelijke Beperking en Autisme. De psychomotorische therapeuten werken binnen de agressiehanteringstherapie met cliënten die bij zorgpad type A behoren. De zorgpaden zijn er om te beschrijven welke fase een cliënt doorloopt en welke behandeling, activiteiten en interventies daartoe behoren. Hierdoor creëert Kliniek X behandelingen die transparant, planmatig en efficiënt zijn (geanonimiseerde bron, z.d.). Bij welk zorgpad een cliënt het meeste baat heeft, wordt bepaald door de behandelaar van de opname-afdeling. Vervolgens mogen alle cliënten kennismaken met de mogelijkheden betreft de therapieën. Daar wordt door de behandelaar, sociotherapeuten en andere therapeuten en trainers bekeken wat een passend aanbod is.

Iedere cliënt heeft dus een gepersonaliseerd behandelaanbod, echter is er wel vaak een overeenkomst tussen de behandelingen. Vaak is er bij de cliënten namelijk een verstoring van het gevoelsleven en de contactbeleving met anderen. Dit speelt ook mee bij het plegen van een delict (Smeijsters & Cleven, 2005). Doordat het gevoelsleven en de contactbeleving verstoord zijn, hebben cliënten moeite om hun emoties te controleren. Dit speelt mee bij het plegen van een delict, maar ook later als de desbetreffende zich binnen een instelling bevindt blijft het meespelen. Een van de emoties die binnen en buiten de instelling voorkomt is agressie. Met agressie wordt bedoeld dat er schade bij een of meerdere personen wordt aangebracht door het gedrag van de dader (Langstraat,

Van der Maas, & Hekking, 2011; Van Dam, Van Tilburg, Steenkist, & Buisman, 2009). Hierbij moet de dader de intentie hebben om de ander schade toe te brengen en het slachtoffer moet gemotiveerd zijn om dit te voorkomen (Anderson & Bushman, 2002). Agressie wordt de laatste twee decennia steeds vaker onderverdeeld in reactieve en proactieve agressie, wat ook wel ongecontroleerde en gecontroleerde agressie wordt genoemd (Van der Ploeg, 2009). Bij reactieve agressie wordt er gereageerd op een actie die wordt gezien als een bedreiging. De kenmerken hiervan zijn impulsiviteit en sterke lichamelijke arousal (Prins & Braet, 2014). Dit is in tegenstelling tot proactieve agressie waarbij er wordt overwogen welk gedrag tot uitvoering komt om het doel te bereiken (Vitaro, Brendgen, & Barker, 2006). De psychomotorische therapeuten van Kliniek X merken dat beide vormen voorkomen, maar maken hier momenteel tijdens de agressiehanteringstherapie geen onderscheid tussen. Agressie kan op drie manieren tot uiting komen. Namelijk fysiek, verbaal en materieel. Zoals het woord al zegt, wordt onder fysieke agressie alle lijfelijke gerichte uitingen van agressie verstaan, zoals verwonden, opsluiten en gedwongen seksuele intimiteit. Bij verbale agressie werpt de dader bedreigingen, chantage, scheldpartijen en/of kleinerende opmerkingen richting het slachtoffer (Van Dijk, Flight, Oppenhuis, & Duesmann, 1997). Materiële agressie houdt in dat de agressie gericht is op goederen.

Bij de geboorte van een kind zijn al een aantal emoties aanwezig. Een daarvan is agressie. Dit krijgt het kind dan ook niet aangeleerd, maar beheerst het simpelweg al. Dat komt omdat agressie een zeer belangrijk en wellicht levensreddend mechanisme is, aangezien het onmisbaar is om jezelf of anderen te redden bij gevaar (Blake & Grafman, 2004). Maar hoe kan het dat de ene persoon wel een delict begaat en een ander niet? Er zijn verschillende risicofactoren in het leven van een kind die de kans op agressieve gedragsproblematiek op latere leeftijd vergroten. Zo is probleemgedrag op jongere leeftijd de belangrijkste risicofactor voor agressief gedrag later (Beerthuis, et al., 2009). Hoe meer vormen van probleemgedrag, hoe groter de kans op agressieve problematiek op latere leeftijd. Wanneer individueel naar een kind wordt gekeken, is ook gebleken dat de sekse (mannelijk geslacht), aandachtsproblemen, hyperactiviteit, een moeilijk temperament, lage hartslag en laag serotonineniveau in rust, lage intelligentie en een afwijkende sociale informatieverwerking een voorspeller kunnen zijn voor agressief gedrag.

Maar niet alleen factoren van een kind zelf hebben invloed op het risico op agressieve problematiek later. Zo speelt ook de omgeving een rol. Te beginnen bij het gezin. Wanneer ouders niet consequent regels hanteren, fysiek hard straffen, niet op de hoogte zijn van ontwikkelingen van het kind en minder warmte en sensitiviteit uitdragen, kan dat een voorspeller zijn van agressieve problematiek. Maar ook een aantal gezinskenmerken waarbij het kind niet direct mee in contact komt, vormen risicofactoren, zoals conflicten tussen de ouders, een echtscheiding, een laag inkomen in combinatie

met een laag opleidingsniveau, psychische problematiek van een ouder, delinquentie van een ouder en een beperkt sociaal netwerk (Beerthuis, et al., 2009).

Het gezin van herkomst is dus een van de factoren van de omgeving die meespelen, maar ook de woonomgeving speelt een rol. Zo blijkt dat het opgroeien in een arme of onveilige buurt met veel anonimiteit ook een risicofactor is. Zo kunnen kinderen bijvoorbeeld dan al meekrijgen dat er wordt verdedigd door middel van geweld (Beerthuis, et al., 2009). Hierdoor ontstaat er dus een positieve bekrachtiging op agressie, wat een kind zelf ook kan meenemen voor de toekomst.

Het duurzaam proactief inzetten van agressief gedrag ontstaat wanneer succeservaringen worden opgedaan na het tonen van agressief gedrag terwijl er geen positieve reacties volgen wanneer agressief gedrag niet wordt ingezet. Ook hebben rolmodellen binnen zowel het gezin van herkomst als het huidige systeem die agressie inzetten om hun doel te bereiken, invloed op de agressieontwikkeling van een ander (Vitaro, Brendgen, & Barker, 2006). Wanneer proactief agressief gedrag aanhoudt, kan dit uiteindelijk tot een delict leiden (Beerthuis, et al., 2009).

Voor de cliënten is het belangrijk om te leren hoe ze met agressie om kunnen gaan. Er zijn verschillende opvattingen over hoe agressie het beste gehanteerd kan worden. Agressie wordt vaak gezien als negatief gedrag waarbij destructief gedrag komt kijken. Door het denken aan het destructieve gedrag, wordt het afreageren op een boksbal regelmatig ingezet (De Groot & De Doncker, 2006). Ook komt het voor dat er wordt gedacht dat het spelen van agressieve videospelletjes zou helpen om de energie af te reageren (De Groot & De Doncker, 2006). Buiten het afreageren van de energie, worden er ook behandelingen ingezet die horen te kalmeren. Zo zou het bijvoorbeeld voor volwassenen helpen om humoristische muziek zonder agressieve teksten te luisteren (De Groot & De Doncker, 2006). Door die verschillende opvattingen is het onduidelijk wat het meeste effect heeft en krijgen de psychomotorische therapeuten van Kliniek X vaak de vraag of een cliënt even bij hen mag komen boksen om zijn/haar agressie er uit te slaan. Volgens Okken (2002), een ervaren psychotherapeut, denken velen dat het een heilzaam effect heeft als agressie wordt afgereageerd. Echter is het tegenovergestelde waar. Het afreageren vermindert de agressie niet, maar laat juist de opwindingsniveau verhogen, de boosheid verheugen en het kan leiden tot bloeddrukproblemen (Geen & Quanty, 1977; Bandura, 1977; Del Vecchio & O'Leary, 2004; Bushman, 2002). Wanneer boksen methodisch wordt ingezet kan het wel effect hebben. Zo richt Kuin (2000; 2005) zich in zijn module op het leren indammen van agressie voor mensen met persoonlijkheidsproblematiek, waarbij beleavingsaspecten met betekenisverlening op de achtergrond worden geplaatst. Het hebben van agressieve gedachten en gevoelens hoeft geen probleem te zijn, het gaat erom hoe de cliënten die gedachten en gevoelens hanteren (Eifert, Forsyth, & McKay, 2006).

Omdat sommige cliënten van Kliniek X hun agressieve gedachten en gevoelens in bepaalde situaties niet kunnen hanteren, krijgen zij agressiehanteringstherapie aangeboden.

Die therapie wordt aangeboden binnen de PMT. Bij PMT staat het denken, voelen en handelen van de cliënt centraal (Claassen & Pol, 2015). Hieraan wordt gewerkt door middel van drie behandelstrategieën; de oefengerichte, ervaringsgerichte en conflictgerichte behandelstrategie. De oefengerichte behandelingsstrategie richt zich op stabilisering en op het ontwikkelen of herstellen van de functies van het lichaam. De ervaringsgerichte behandelstrategie richt zich op concreet-lichamelijke nieuwe of alternatieve ervaringen, waardoor er mogelijkheid is tot gedragsverandering. En als laatste richt de conflictgerichte behandelstrategie zich op lichamelijke ervaringen die tijdens de therapie worden ervaren en dan wordt de connectie gelegd met het persoonlijke verleden (Beroepsprofiel psychomotorisch therapeut, 2009). Alle drie de behandelstrategieën worden ook ingezet binnen de agressiehanteringstherapie die wordt aangeboden bij Kliniek X en dat is passend voor de cliënten aangezien dat aansluit bij de theorie van Eifert, Forsyth en McKay, waarin zij stellen dat forensische cliënten de agressieve gedachten en gevoelens moeten leren hanteren (2006). Daarom wordt er tijdens de PMT in Kliniek X stilgestaan bij wat een cliënt voelt in het lichaam. Door bewustwording van lichaamssignalen te creëren kunnen er uiteindelijk handelingsalternatieven ingezet worden, zodat een cliënt de agressie onder controle krijgt. Agressie gaat betreft het voelen vaak gepaard met een verhoogde hartslag en hitte, maar er zijn wel meer signalen die opgemerkt kunnen worden. Ook betreft het denken en handelen. Door middel van bijvoorbeeld een combinatie van oefengericht en ervaringsgericht werken, kan de cliënt tijdens de therapie lichaamssignalen ervaren en daarna oefenen met hoe hij/zij de lichaamssignalen weer rustig krijgt, zodat een ontspannen gevoel, zowel emotioneel als fysiek, naar boven komt.

De agressiehanteringstherapie die Kliniek X binnen het huidige behandelaanbod gebruikt, is een behandelmodule die tien jaar geleden door de toenmalige psychomotorische therapeuten is ontwikkeld in samenwerking met een psychotherapeut. De therapie is ontworpen voor groepen en het beschreven doel is dat de cliënten hun agressie onder controle kunnen houden en stoppen. Om deel te mogen nemen aan de therapie moet tenminste een van de onderstaande punten op de cliënt van toepassing zijn:

1. Je bent minstens een paar keer per week erg gestrest, gefrustreerd of agressief en je hebt dan geen controle over je gevoelens en/of gedrag.
2. Je richt je agressie geregeld verbaal of fysiek op jezelf, een ander of op materialen.
3. Je bent een paar keer in je leven "blind" van woede geweest. Je wist toen absoluut niet meer wat je deed.

4. Je agressieve gedrag leidt tot (grote) problemen op je werk en/of opleiding en/of thuis en/of bij familieleden en/of bij instanties.

De therapie bestaat uit minstens tien sessies (inclusief kennismaking en evaluatie), waarvan de sessies globaal zijn beschreven. Vanaf bijeenkomst 11 staat iedere week een cliënt centraal. Samen met de groep wordt die sessie voorbereid en dan staat er een sessie of werkvorm centraal die voor de desbetreffende cliënt het meest waardevol was voor de cliënt en zijn/haar toekomst.

De hierboven genoemde werkwijze is echter nauwelijks beschreven. In de praktijk zijn door de huidige psychomotorische therapeuten ondertussen al een aantal aanpassingen gedaan aan de opzet van 10 jaar geleden. Echter zijn deze niet uitgewerkt op papier. De agressiehanteringstherapie mist basisprincipes zoals de omschrijving van interventies en rationales, een theoretische onderbouwing en het bevat op papier werkvormen die niet goed aansluiten bij het doel van de therapie of bij de doelgroep. Bij enkele werkvormen merken de therapeuten wanneer het in de praktijk wordt toegepast dat cliënten niet bezig zijn met de doelstelling van de therapie; het hanteren van agressie. De therapeuten willen graag advies over hoe het PMT-product kan worden vormgegeven, waardoor de module meer theoretisch wordt onderbouwd, de onhandige woordkeuzes worden vermeden, basisprincipes zoals interventies en rationales duidelijk worden en werkvormen beter aansluiten. Wat het meest opvallend is, is dat de basisopzet van een behandelmodule mist. Zo heeft de FVB beschreven hoe een module vormgegeven zou moeten worden in hun 'Werkblad Module Basis' (Commissie Product- en Module Ontwikkeling van FVB Vaktherapie, 2018) . Dit Werkblad is bijgevoegd in Bijlage 1: Werkblad module basis.

De agressiehanteringstherapie voldoet momenteel niet aan de genoemde richtlijnen, waardoor deze niet de kwaliteit behaalt die wel mogelijk zou kunnen zijn. Als de therapie die kwaliteit wel gaat behalen, sluit het ook beter aan bij het beleid van het aanbieden van kwalitatief hoge zorg van Kliniek X (geanonimiseerde bron, z.d.).

Probleemstelling

Binnen Kliniek X wordt er gebruik gemaakt van agressiehanteringstherapie die binnen de PMT wordt aangeboden aan volwassen cliënten met persoonlijkheidsproblematiek en agressieregulatieproblemen. De opzet van de therapie is al tien jaar oud en voldoet niet aan de voorwaarden van een behandelmodule zoals beschreven door de Commissie Product- en Module Ontwikkeling (CPMO) van de FVB (2018), die ook staat in Bijlage 1: Werkblad module basis. Tevens sluit de therapie niet geheel aan bij de wensen van de huidige psychomotorische therapeuten. Zij willen graag advies over de vormgeving van het product, zodat onhandige woordkeuzes worden vermeden, basisprincipes zoals interventies en rationales duidelijk worden, de module meer

theoretisch wordt onderbouwd en werkvormen beter aansluiten bij het doel en de doelgroep. Doordat de module niet voldoet aan de eisen van het werkblad van de CPMO van de FVB en niet aansluit bij de wensen van de psychomotorische therapeuten ontstaat de vraag of met de huidige module een optimaal resultaat wordt behaald. Tot slot sluit de therapie door bovenstaande redenen niet aan bij het beleid van de organisatie, die het aanbieden van kwalitatief hoge zorg hoog in het vaandel heeft staan (geanonimiseerde bron, z.d.). De huidige agressiehanteringstherapie dient om bovengenoemde redenen te worden onderzocht, zodat er een advies kan volgen.

Het onderzoek

Onderzoeksdoel

Het doel van het onderzoek is om te komen tot een advies voor de PMT van Kliniek X, zodat er aanpassingen gedaan kunnen worden aan de agressiehanteringstherapie voor volwassen cliënten met persoonlijkheidsproblematiek en agressieregulatieproblemen en deze gaat voldoen aan de module-richtlijnen van de Commissie Product- en Module Ontwikkeling van de FVB (2018).

Onderzoeksvraag

Welke aanpassingen aan de huidige PMT agressiehanteringstherapie voor volwassen cliënten met persoonlijkheidsproblematiek en agressiehanteringsproblemen binnen Kliniek X zijn nodig om te voldoen aan de module-richtlijnen van de Commissie Product- en Module Ontwikkeling van de FVB (2018) die ook aansluit bij de wensen van de opdrachtgever?

Deelvragen

Deelvraag 1: In hoeverre voldoet de beschrijving van de agressiehanteringstherapie aan de eisen van het CPMO van de FVB?

Deelvraag 2: In hoeverre voldoet de praktische uitvoering van de agressiehanteringstherapie aan de eisen van het CPMO van de FVB?

Deelvraag 3: In hoeverre sluit de huidige therapie aan bij hetgeen in de literatuur beschreven staat over agressiehanteringstherapie bij volwassen cliënten met persoonlijkheidsproblematiek en agressieregulatieproblemen?

Begrippen

In Bijlage 2: Begrippen worden de begrippen uitgelegd door Van der Beek en Van den Bos (2018) die voorkomen in de richtlijnen van een basis-behandelmodule (Commissie Product- en Module Ontwikkeling van FVB Vaktherapie, 2018):

Onderzoeksmethode

Onderzoeksopzet

Om antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag, is er besloten om dit onderzoek als een kwalitatief onderzoek uit te voeren. Hierbij wordt er naar meerdere opvattingen gekeken om zo een inzicht te verkrijgen. Hierbij wordt niet de nadruk gelegd op harde cijfers en getallen (Migchelbrink, 2016). Er is voor deze manier van onderzoeken gekozen, aangezien het aansluit bij de onderzoeksvraag en het doel van het onderzoek. Er wordt gevraagd naar meerdere opvattingen en meningen die gegeven worden in de literatuur en uit interviews om zo tot een advies te komen.

Door zowel gebruik te maken van deskresearch als van fieldresearch wordt er gebruik gemaakt van verschillende onderzoeksmethoden, wat ervoor zorgt dat er vanuit meerdere invalshoeken wordt gekeken. Dit wordt ook wel triangulatie genoemd (Migchelbrink, 2016; Van der Donk & Van Lanen, 2019; Verhoeven, 2014).

Bij deskresearch wordt bestaande literatuur onderzocht en worden standpunten onderbouwd (Migchelbrink, 2016). Dit is passend, omdat de hoofdvraag een beschrijvende vraag is, wat vraagt om deskresearch (Verhoeven, 2014). Voor de fieldsearch wordt gebruikt gemaakt van interviews.

Dataverzamelmethode

Onderstaand wordt de dataverzamelmethode per deelvraag beschreven.

Deelvraag 1: In hoeverre voldoet de beschrijving van de agressiehanteringstherapie aan de eisen van het CPMO van de FVB?

Voor de eerste deelvraag is geen literatuur of interview vereist. Er zal expliciet naar de inhoud van de huidige agressiehanteringstherapie gekeken worden zoals deze in het document van Kliniek X staat beschreven. Dit wordt vergeleken met 'Werkblad Module Basis' (Commissie Product- en Module Ontwikkeling van FVB Vaktherapie, 2018), wat ook te vinden is in Bijlage 1: Werkblad module basis. Door deze vergelijking van twee documenten worden overzichtelijk de sterke punten en verbeterpunten van de agressiehanteringstherapie van Kliniek X verzameld. Doordat er schematisch twee documenten worden vergeleken, wordt dit een horizontale vergelijking genoemd (Van der Donk & Van Lanen, 2019).

Deelvraag 2: In hoeverre voldoet de praktische uitvoering van de agressiehanteringstherapie aan de eisen van het CPMO van de FVB?

Om deze deelvraag te beantwoorden is er gekozen om gebruik te maken van de dataverzamelmethode 'bevragen', waarbij enquêtes en interviews worden ingezet (Van der Donk

& Van Lanen, 2019). Hiervoor is gekozen, omdat de topiclijst, die is ontstaan uit de categorieën van het 'Werkblad Module Basis' (Commissie Product- en Module Ontwikkeling van FVB Vaktherapie, 2018), te lang is om alleen uit te vragen tijdens een interview. De topics die zijn opgesteld in de topiclijst zijn als verkennende begrippen opgesteld en geven nog geen invulling aan de dataverzameling (Van der Donk & Van Lanen, 2019).

Als eerste zijn de enquêtes afgenomen. Deze zijn afgenomen bij allebei de psychomotorische therapeuten, Therapeut B en Therapeut A. Hen is gevraagd om de enquête individueel in te vullen om te voorkomen dat de respondenten elkaar beïnvloeden en omdat er interesse is naar de individuele uitspraken, zodat er gekeken kan worden naar de overeenkomsten en verschillen tussen de respondenten (Van der Donk & Van Lanen, 2019). De ingevulde enquêtes zijn bijgevoegd in Bijlage 4: Enquête Kliniek X - Therapeut B en Bijlage 5: Enquête Kliniek X – Therapeut A.

Na de analyse van de enquêtes is de topiclijst aangepast om verduidelijkende en verdiepende vragen te kunnen stellen tijdens de interviews, die daaropvolgend zijn afgenomen. Om tijdens de interviews de gewenste informatie te verkrijgen zijn bij sommige vragen de begrippen verduidelijkt met behulp van literatuur. Vaak werd dit gedaan met behulp van Bijlage 2: Begrippen. Bij een enkele vraag is het echter niet op de literatuur uit de begrippenlijst gebaseerd, maar op andere literatuur. Dit was het geval bij de vraag over de intake. Bij een intake is het namelijk de bedoeling dat ontbrekende kennis over de achtergrond van de problematiek en de leefsituatie van de cliënt wordt verkregen. Ook worden de gegevens aangevuld met een bewegingsanamnese, in hoeverre de cliënt zich bewust is van zijn problematiek en welke acties de cliënt daarvoor al heeft ondernomen betreffende de omgang van zijn/haar problematiek (Beroepsprofiel psychomotorisch therapeut, 2009).

Bij een interview bepaalt de onderzoeker wie geïnterviewd wordt en waarover het interview zal gaan (Migchelbrink, 2016). Er is wederom door de onderzoeker gekozen om de interviews met beide psychomotorische therapeuten individueel af te nemen. Hiervoor is gekozen, omdat de aanwezigheid van personen het gedrag van de respondent kan beïnvloeden (Van der Donk & Van Lanen, 2019).

De respondenten hebben voorafgaand aan het interview de topics te horen gekregen, zodat zij zich hierop konden voorbereiden. Het interview heeft een open vorm en is semi-gestructureerd. Daarvoor is gekozen, zodat bij dit kwalitatieve onderzoek tijdens het interview meer details over de agressiehanteringstherapie besproken zullen worden. Die details zijn anders niet te verkrijgen. Een semigestructureerd interview houdt in dat de thema's uit de deelvraag wel besproken worden evenals een item-en/of topiclijst, maar dat de geïnterviewden hun eigen mening mogen verwoorden,

zonder dat zij hierin enige sturing krijgen (Migchelbrink, 2016). Hierdoor lijkt het interview ook op een normale dialoog (Baarda, De Goede, & Van der Meer-Middelburg, 2007).

Deelvraag 3: In hoeverre sluit de huidige therapie aan bij hetgeen in de literatuur beschreven staat over agressiehanteringstherapie bij volwassen cliënten met persoonlijkheidsproblematiek en agressieregulatieproblemen?

De derde deelvraag betreft een literatuurstudie. Om zoveel mogelijk relevante bronnen te vinden, wordt er gebruik gemaakt van elektronisch zoeken, de bibliotheek en handsearch. Handsearch houdt in dat er bij de literatuurlijst van gevonden bronnen wordt gekeken, om zo tot nieuwe literatuur te komen die bruikbaar is voor het onderzoek (Higgins & Green, 2011). Om ervoor te zorgen dat de gevonden literatuur relevant is, is er onder andere voor gekozen om bij het zoeken naar literatuur te selecteren op een periode. Deze periode is ingesteld op 'vanaf 2004'. Dit houdt overigens niet in dat er geen bronnen in de bronnenlijst staan van voor die tijd, aangezien er ook nog in onderzoeken verwezen wordt naar oudere bronnen die ook bruikbaar zijn. Ook wordt gekeken naar de herkomst van een bron. Wanneer een bron in een vaktijdschrift is gepubliceerd is het meer betrouwbaar dan wanneer het bijvoorbeeld via Wikipedia is gevonden. Vanzelfsprekend is het ook belangrijk dat de gevonden literatuur aansluit bij de onderzoeksvraag.

Om bronnen te vinden die de derde onderzoeksvraag kunnen beantwoorden, is er gebruik gemaakt van verschillende databanken, zoals: Google Scholar, de HAN-bibliotheek, HAN-Quest, Pubmed en Databank Vaktherapie. Onderstaand zijn voorbeelden van zoektermen weergegeven. Ook is er een schema te vinden in Bijlage 9: Zoekschema. Hierin staan verschillende gevonden bronnen weergegeven van verschillende databanken. Bij iedere bron die via een eigen zoekopdracht is gevonden, is dit gedaan. Echter is een bladzijde weergegeven als voorbeeld.

Zoals te zien is in het schema, zijn de zoektermen bepaald door de trefwoorden van de deelvraag. Aangezien de Engelse taal ook wordt beheerst, wordt er ook in Engelstalige literatuur gezocht. De zoektermen worden vaak ingevoerd met koppelwoorden (zoals 'OR' en 'AND') en aanhalingstekens, zodat een passend resultaat wordt weergegeven.

Deelvraag	Zoektermen	Zoekterm Engels
In hoeverre sluit de huidige therapie aan bij hetgeen in de literatuur beschreven staat over agressiehanteringstherapie bij volwassen cliënten met persoonlijkheidsproblematiek en agressieregulatieproblemen?	• Agressieregulatieproblematiek • Agressiehanteringsproblematiek • Ontstaan agressie • Agressieve problematiek • Theorie • Agressieregulatie/hantering • Agressiehanteringstherapie • ART PMT • Behandeling agressie • Behandeling agressie forensische psychiatrie • Proactieve agressie PMT • Agressieproblematiek PMT • Forensisch psychiatrisch agressie PMT • Behandelmodule agressie forensisch • Proactieve agressie forensisch	• Aggression handling training • Aggression regulation training • Treatment aggression • Aggression psychomotor therapy/movement therapy/psychometricity treatment • Treatment aggression forensic psychiatry • Proactive aggression psychomotor therapy • Proactive aggression forensic

Hoe de literatuur bij deelvraag 3 wordt gevonden, wordt bijgehouden in een schema, waarvan een bladzijde is weergegeven in Bijlage 9: Zoekschema. Hierin staat overzichtelijk per bron vermeld op wat voor manier deze wordt gevonden. Dit wordt ook wel een theoretisch kader genoemd (Van der Donk & Van Lanen, 2019). Welke bron uiteindelijk gebruikt wordt, wordt bepaald door inclusie en exclusiecriteria (Van der Donk & Van Lanen, 2019). Zo moet het gedeelte wat van belang is volledig leesbaar zijn, moet de bron betrouwbaar zijn en moet de inhoud van de bron aansluiten bij de deelvraag. Wanneer er geen sprake is van een bron, wordt er gezocht naar een artikel. Wanneer hier hetzelfde wordt vermeld zonder bron, is besloten dat het betrouwbaar is en dat beiden bronnen toegevoegd kunnen worden.

Een exclusiecriteria is dat een bron voor 2004 is geschreven of dat het geen raakvlakken heeft met de beroepscontext. Zoals al eerder werd aangegeven wil het niet zeggen dat er geen bronnen van voor

2004 worden gebruikt, aangezien er in bronnen ook wordt verwezen naar eerder geschreven bronnen.

Data analyse

De data analyse wordt onderstaand per deelvraag omschreven.

Deelvraag 1: In hoeverre voldoet de beschrijving van de agressiehanteringstherapie aan de eisen van het CPMO van de FVB?

Om antwoord te kunnen geven op deze deelvraag wordt de inhoud van de agressiehanteringstherapie vergeleken met het 'Werkblad Module Basis' (Commissie Product- en Module Ontwikkeling van FVB Vaktherapie, 2018). Dit wordt in Bijlage 3: Vergelijking agressiehanteringstherapie met 'Werkblad Module Basis' door middel van een horizontale vergelijking naast elkaar gezet (Van der Donk & Van Lanen, 2019). Dit wordt gedaan, zodat er vergeleken kan worden aan welke categorieën de module van Kliniek X voldoet en waar er nog ruimte voor verbetering ligt.

In de tabel worden de eisen waaraan volgens het 'Werkblad Module Basis' (2018) moet worden voldaan, onderverdeeld in drie categorieën genaamd hoofcategorie, categorie en subcategorie. Daarnaast staat een kolom met de titel 'agressiehanteringstherapie van Kliniek X'. In deze kolom staan plus- en mintekens. Wanneer er een plusteken in de kolom staat, wil het zeggen dat de module van Kliniek X voldoet aan de eisen van de (hoofd-/sub-)categorie die beschreven staan in het 'Werkblad Module Basis' (2018). Staat er echter een minteken dan wil het zeggen dat er niet wordt voldaan aan de eisen of dat zelfs de desbetreffende categorie volledig ontbreekt.

Ook is er de optie dat er zowel een plus- als minteken wordt weergegeven. In dat geval wordt er deels aan de eisen voldaan. In de laatste kolom staat een toelichting geschreven, die verklaart waarom er een plus- of minteken is toegekend.

Deelvraag 2: In hoeverre voldoet de praktische uitvoering van de agressiehanteringstherapie aan de eisen van het CPMO van de FVB?

Aangezien de enquête vooraf gaat aan het interview, wordt deze ook eerder geanalyseerd. Dit wordt gedaan door de verkregen resultaten in te voegen aan de tabel die is ontstaan bij deelvraag 1 en wordt weergegeven in Bijlage 8: Horizontale vergelijking enquêtes en interviews. Hierdoor wordt overzichtelijk waar nog informatie over ontbreekt, waar verduidelijking nodig is of waar de twee therapeuten verschillen en overeenkomen.

Na de enquêtes volgt de zorgvuldige analyse van de interviews. De interviews worden opgenomen. Die opnames worden vervolgens beluisterd en getranscribeerd. Van ieder interview is een bladzijde van de transcriptie toegevoegd aan Bijlage 6: Transcriptie interview Therapeut B en Bijlage 7: Transcriptie interview Therapeut A. Daarna worden de data gecodeerd. Er wordt een deductieve werkwijze aangehouden, wat wil zeggen dat de categorieën waarin de data wordt onderverdeeld, al is bepaald voor de analyse. Die categorieën zijn gebaseerd op informatie die al eerder tijdens het onderzoek is verkregen (Van der Donk & Van Lanen, 2019). In dit geval zijn de categorieën gebaseerd op het 'Werkblad Module Basis' (Commissie Product- en Module Ontwikkeling van FVB Vaktherapie, 2018).

Vervolgens wordt alle data uit de interviews en enquêtes axiaal gecodeerd, wat wil zeggen dat het per topic/code wordt gesorteerd (Hak, 2007). Om te kunnen vergelijken of de respondenten tijdens de interviews op een lijn liggen is er tevens gekozen om gebruik te maken van de analysemethode horizontaal vergelijken. Bij horizontaal vergelijken wordt er gekeken hoe verschillende respondenten reageren op een vraag. Je plaatst de gegeven antwoorden naast elkaar en kijkt of er verschillen en overeenkomsten zijn. Nadat alle bevinden zijn geïnventariseerd kan een korte samenvatting gegeven worden (Van der Donk & Van Lanen, 2019).

Deelvraag 3: In hoeverre sluit de huidige therapie aan bij hetgeen in de literatuur beschreven staat over agressiehanteringstherapie bij volwassen cliënten met persoonlijkheidsproblematiek en agressieregulatieproblemen?

Door middel van deskresearch gaat er worden gezocht naar verschillende bronnen die eenzelfde standpunt aannemen over een onderwerp wat betrekking heeft op de huidige agressiehanteringstherapie (Van der Donk & Van Lanen, 2019). Hierbij worden verschillende inclusiecriteria gebruikt, welke bestaan uit de criteria dat het aansluit bij de wensen van de psychomotorische therapeuten van Kliniek X én dat het een bijdrage levert om het niveau van de huidige agressiehanteringstherapie te ontwikkelen (Van der Donk & Van Lanen, 2019). Om overzichtelijk de gevonden literatuur weer te geven, wordt er gekeken over welke onderwerpen er meerdere bronnen te vinden waren. Hiervan werd vervolgens een samenvatting met de gevonden informatie geschreven.

Validiteit en betrouwbaarheid

Bij ieder onderzoek is het belangrijk om aan te geven welke maatregelen genomen zijn om de validiteit en betrouwbaarheid zo hoog mogelijk te maken. Om een valide onderzoek uit te kunnen voeren, worden zoveel mogelijk factoren omschreven die de uitkomst van het onderzoek kunnen

bepalen of beïnvloeden (Van der Donk & Van Lanen, 2019). Binnen de sociale sector is het echter niet makkelijk om dit allemaal in de hand te houden (Andriessen, Onstenk, Delnooz, Smeijsters, & Peij, 2010; Verhagen, 2008). Toch zijn er een aantal toepassingen binnen dit onderzoek die de validiteit vergroten.

Zo is er om te beginnen gebruik gemaakt van brontriangulatie, wat inhoudt dat er gebruik is gemaakt van meerdere bronnen die op een onderwerp ingaan, waardoor er wordt gevarieerd met de literatuur (Van der Donk & Van Lanen, 2019). Ook het feit dat er meerdere onderzoeksmethoden en verschillende vormen van dataverzameling worden ingezet dragen bij aan de vergroting van de validiteit.

Verder wordt er ook over dit onderzoek gecommuniceerd met een mede-student. Hierdoor komt niet alles uit een denkkader en wordt de validiteit vergroot (Van der Donk & Van Lanen, 2019). Ook kan het betrekken van anderen de betrouwbaarheid vergroten (Baarda, De Goede, & Teunissen, 2005). Dat is in dit onderzoek gedaan door een medestudent de codering na te laten kijken van de door de onderzoeker afgenomen interviews, waardoor de betrouwbaarheid toeneemt.

Aangezien er een kwalitatief onderzoek wordt uitgevoerd, speelt validiteit een grotere rol dan betrouwbaarheid. Dit aangezien het in de sociale beroepscontext onmogelijk is om een kwalitatief onderzoek op dezelfde wijze nogmaals uit te voeren (Carey, 2009). Toch is het bij een literatuuronderzoek wel mogelijk om op een later moment het onderzoek op dezelfde wijze uit te voeren. Dat kan onder andere door bij te houden hoe er tot een bepaalde bron gekomen is. Vandaar dat er een bestand aan het onderzoek wordt toegevoegd waarin dit vermeld staat.

Resultaten deelvraag 1

In hoeverre voldoet de beschrijving van de agressiehanteringstherapie aan de eisen van het CPMO van de FVB?

Uiteindelijk waren er een aantal aspecten die opvielen. Zo is er om te beginnen binnen de agressiehanteringstherapie-module van Kliniek X niet voldaan aan de opmaak die de CPMO stelt. Hiermee wordt bedoeld dat er bijvoorbeeld wel wordt besproken in de module van Kliniek X voor wie de behandeling bedoelt is, maar de doelgroep wordt niet expliciet benoemd, zoals de CPMO dat wel graag ziet.

In de tabel van Bijlage 3: Vergelijking agressiehanteringstherapie met 'Werkblad Module Basis' is uitgebreid te zien aan welke eisen van het CPMO van de FVB wel voldoet en waar nog ruimte voor verbetering ligt. Toch is er voor de overzichtelijkheid gekozen om dit kortbondig in onderstaande tabel nogmaals weer te geven per hoofdcategorie:

Samenvatting	-	Ontbreekt.
Module-opbouw	+ -	Bevat een titel, maar die is niet meer up-to date. De voornamen van de auteurs worden enkel in de bestandsnaam genoemd. Naam ontwikkelaar, jaar van publicatie en context ontbreekt.
Probleembeschrijving	+ -	Er worden problemen benoemd, wanneer een cliënt aan een van die punten voldoet kan worden deelgenomen. Gevolgen ontbreken.
Doelgroep	+ -	Enkel de indicaties worden weergegeven. Contra-indicaties, verwijzing en selectie ontbreekt.
Doelen	+ -	Er wordt een hoofddoel benoemt en regelmatig wordt het doel van een werkvorm benoemt. Subdoelen ontbreken en er wordt geen gebruik gemaakt van SMART of andere vormvoorwaarden.
Beschrijving van de interventie-aanpak	+ -	Bij de architectuur worden de onderdelen, volgorde, duur en aantal bijeenkomsten benoemd. De frequentie en intensiteit ontbreken. Bij de inhoud worden er een paar werkvormen benoemd, de rol van de therapeut wordt alleen bij de eerste bijeenkomst besproken en het ontbreekt aan materialenomschrijving.
Theoretische onderbouwing van de interventie-aanpak	-	Ontbreekt.
Randvoorwaarden en kosten van de uitvoering van de interventie-aanpak	-	Ontbreekt.
Subtypen	-	Ontbreekt.
Ontwikkelgeschiedenis	-	Ontbreekt.
Literatuur	-	Ontbreekt.

Hieruit kan opgemaakt worden dat er volgens het 'Werkblad Module Basis' elf hoofdcategorieën zijn. Hiervan zijn er zes hoofdcategorieën waarbij de module van Kliniek X niet voldoet aan de eisen die beschreven staan in het 'Werkblad Module Basis' (2018) of de desbetreffende categorie ontbreekt volledig. Er zijn vijf hoofdcategorieën waarbij de module van Kliniek X deels aan de eisen voldoet. Bij geen van de hoofdcategorieën voldoet de module van Kliniek X aan de eisen. Aangezien dit puur is wat er geschreven staat, wordt bij de volgende deelvraag gekeken hoe het er in de praktijk aan toegaat.

Resultaten deelvraag 2

In hoeverre voldoet de praktische uitvoering van de agressiehanteringstherapie aan de eisen van het CPMO van de FVB?

Uit de verwerking van de enquêtes bleek dat er een aantal verschillen waren tussen de antwoorden en dat sommige vragen anders werden geïnterpreteerd door de respondenten. Tevens zorgden sommige antwoorden voor meer vragen bij de onderzoeker, waardoor hier tijdens het interview op doorgevraagd kon worden. De ingevulde enquêtes zijn bijgevoegd in Bijlage 4: Enquête Kliniek X - Therapeut B, Bijlage 6: Transcriptie interview Therapeut B en Bijlage 5: Enquête Kliniek X – Therapeut A.

Hierna kon er door worden gegaan met de interviews. Na het afnemen van de interviews, zijn deze getranscribeerd. Hiervan is per interview één pagina aan Bijlage 6: Transcriptie interview Therapeut B en Bijlage 7: Transcriptie interview Therapeut A toegevoegd om verduidelijking te scheppen hoe dit is gedaan. Door te transcriberen kon uiteindelijk de uitgeschreven informatie samengevoegd worden met de informatie verkregen uit de enquêtes. Dit is horizontaal vergeleken, wat staat weergegeven in een tabel in Bijlage 8: Horizontale vergelijking enquêtes en interviews. Hierbij staat de vraag in de eerste kolom met daaronder de toelichting van de vraag, het antwoord van de eerste respondent (Therapeut B) in de tweede kolom, het antwoord van de tweede respondent (Therapeut A) in de derde kolom en de bevindingen in de vierde kolom. Bij de antwoorden van de respondenten wordt alleen genoteerd wat inhoudelijk relevant is (Van der Donk & Van Lanen, 2019).

Om overzichtelijk te kunnen zien waar de agressiehanteringstherapie in de praktijk verschilt met de eisen van het CPMO van de FVB, is vervolgens de verkregen informatie van de interviews en enquêtes verwerkt in de tabel van deelvraag 1, die te vinden is in Bijlage 3: Vergelijking agressiehanteringstherapie met 'Werkblad Module Basis'. Hieronder worden de belangrijkste resultaten per categorie beschreven:

Samenvatting

Vanzelfsprekend wordt er in de praktijk geen gebruik gemaakt van een samenvatting. Dit is dan ook niet specifiek aan bod gekomen in het interview.

Module-opbouw

De module-opbouw voldoet deels aan de eisen van het CPMO van de FVB (2018). Zo benoemen de therapeuten dat 'agressiehanteringstherapie' een passende naam is en weten zij de namen van de auteurs. Ook komt gedurende het interview de context naar voren. De naam van de ontwikkelaar en het jaar van publicatie is onbekend.

Probleembeschrijving

De probleembeschrijving voldoet aan de eisen, doordat de categorie 'probleem' en de categorie 'gevolgen' beiden voldoen aan de eisen van het CPMO van de FVB (2018). Zo benoemden de therapeuten dat in de praktijk cliënten moeite hebben met emoties, gevoelens en lichaamssignalen, waardoor instrumentale en fysieke agressie naar voren komt. Wanneer dit onbehandeld blijft heeft zal agressie geuit blijven worden, wat gevaar kan opleveren voor de cliënt, de omgeving en de maatschappij.

Doelgroep

De doelgroep voldoet aan de eisen, doordat de categorieën 'indicaties', 'contra-indicaties' en 'verwijzing en selectie' voldoen aan de eisen van het CPMO van de FVB (2018). De psychomotorische therapeuten wisten namelijk (contra-)indicaties te noemen, waardoor er lijsten werden opgesteld waar ze beiden achter staan, deze staan in het onderstaande schema beschreven. Ook komen ze overeen met de uitspraak dat er twee opties voor een verwijzing zijn, wat kan komen door een directe eis van de hogere hand of door een bespreking van de therapeuten, de afdeling en de hoofdbehandelaar. En ze benoemen beiden hoe een intake wordt vormgegeven. Dit wordt namelijk anders vormgegeven dan bij een klinische setting aangezien veel informatie al besproken is met de hoofdbehandelaar. Ze bespreken met de cliënt wat de inhoud is van de agressiehanteringstherapie en of de cliënt hiervoor open staat.

Indicaties	Contra-indicaties
- Agressie bij delicten. - Verstoorde emotieregulatie. - Impulsiviteit. - Agressie inzetten als middel om dingen voor elkaar te krijgen.	- Wanneer een cliënt niks met agressie te maken heeft. - Wanneer cliënten nog volledig in de weerstand zitten om een therapie te volgen. - Wanneer cliënten niet in een groep kunnen deelnemen. - Een IQ lager dan 60. - Psychose - Agressie gericht op zichzelf. - Ongemotiveerd zijn.

Doelen

De doelen voldoen deels aan de eisen, doordat de categorie 'hoofd- en subdoelen' deels voldoet aan de eisen van het CPMO van de FVB (2018). De psychomotorische therapeuten weten samen een

hoofddoel te benoemen wat in de praktijk wordt gebruikt. Dit luidt als volgt: “Inzicht krijgen in de agressie om vervolgens tot een gedragsverandering te komen.” Zij vinden dit doel beter passen dan het doel op papier. Opvallend is dat ook dit doel niet volgens de vormvoorwaarden (NLP Mij, 2009) of SMART (Carrièreijger, z.d.) geformuleerd is. Ook is gebleken dat er wel een aantal subdoelen zijn. Hier komen de therapeuten nog niet compleet overeen. Wel benoemen ze allebei het herkennen van lichaamssignalen. Verder wordt er aangegeven dat in de praktijk niet gesproken wordt over subdoelen, maar over thema’s. Hiermee worden de thema’s die boven een bijeenkomst worden beschreven bedoeld.

Beschrijving van de interventie-aanpak

De beschrijving van de interventie-aanpak voldoet deels aan de eisen, doordat de categorie ‘architectuur van de interventie’ en de categorie ‘inhoud van de interventie’ allebei deels voldoen aan de eisen van het CPMO van de FVB (2018). Bij de architectuur van de interventie komt dit doordat er wel een aantal werkvormen worden benoemd, maar er wordt niet benoemd uit welke onderdelen een sessie bestaat. De volgorde van de sessies wordt volledig benoemd door Therapeut B, wel zouden beide therapeuten hier graag een wijziging in zien. Zo geven ze beiden aan dat de thema’s ‘helpende en niet-helpende gedachtes’ en ‘emoties’, meer sessies in beslag zouden mogen nemen. Voornamelijk voor emoties kunnen de therapeuten meer tijd gebruiken. De frequentie, intensiteit en duur wordt ook benoemd. De therapie wordt namelijk één keer in de week zestig minuten aangeboden. Bij de inhoud van de interventie wordt er per fase een activiteit benoemd met een rationale daarbij. Ook de rol van de therapeut wordt benoemd. Zo proberen de therapeuten in de beginfase meer een ‘samen-houding’ aan te nemen en richting de eindfase wordt er meer geconfronteerd. Uitzondering hierop zijn gevaarlijke situaties, dan wordt een ‘boven-houding’ aangenomen. Als laatste onderdeel wordt ook benoemd dat er sportmaterialen nodig zijn, maar er wordt niet specifiek genoemd welke sportmaterialen dat zijn.

Theoretische onderbouwing van de interventie-aanpak

De theoretische onderbouwing van de interventie-aanpak voldoet deels aan de eisen, doordat de categorieën ‘factoren die het probleem veroorzaken’, ‘verantwoording vanuit de praktijk’ en ‘werkzame elementen’ deels aan de eisen voldoen en de categorie ‘factoren die d.m.v. de interventie behandeld worden’ wel aan de eisen voldoet van het CPMO van de FVB (2018). De therapeuten benoemen dat ze als theoretische factoren bij de oorzaak van het probleem het tijdens de therapie hebben over helpende en niet helpende gedachtes en ze hebben het met behulp van schematherapieën over waar littekens vandaan komen. Als therapeutische behandelvisies benoemen de therapeuten denken, voelen en handelen, de behandelstrategieën (oefengericht, ervaringsgericht

en conflictgericht), cognitieve gedragstherapie, schematherapie en de waarnemingsposities. Wat de therapeuten werkzame elementen vinden zijn dat het in groepsverband gegeven wordt, de combinatie met een psychotherapeut en transparantie en eerlijkheid. De therapeuten wisten dus een aantal categorieën te laten voldoen aan de eisen, maar de categorie 'theoretische referentiekaders' en 'literatuuronderbouwing' bij de werkzame elementen ontbreken.

Randvoorwaarden en kosten uitvoering interventie-aanpak

De randvoorwaarden en kosten uitvoering interventie-aanpak voldoet deels aan de eisen, doordat de categorie 'uitvoering' deels aan de eisen voldoet en de categorie 'opleiding en competenties' voldoet aan de eisen van het CPMO van de FVB (2018). Bij de categorie 'uitvoering' wisten de therapeuten organisatorische randvoorwaarden en randvoorwaarden voor de cliënt te benoemen. Als organisatorische randvoorwaarden benoemen de therapeuten een opleiding PMT, een sportzaal met maximaal acht cliënten en twee psychomotorische therapeuten of een psychomotorische therapeut en een psycholoog en kennis over agressie, sportmaterialen, verslaving en/of persoonlijkheidsstoornissen en cognitieve gedragstherapie. De randvoorwaarden voor de cliënt zijn volgens de therapeuten dat cliënten weg kunnen, dat een ruimte rustig is zonder dat er bij binnenkomst al veel klaar staat, motivatie en niet teveel fysieke beperkingen. Het ontbreekt nog aan een toelichting bij de kosten van materialen. Wel wordt er benoemd dat de opleiding PMT nodig is met eventuele aanvullende kennis over de doelgroep, wat de kosten van de interventie zijn, wat de locatie is, wie de uitvoerders zijn en hoe de kwaliteit bewaakt wordt.

Subtypen

De subtypen voldoen deels aan de eisen, doordat de categorie 'variatie van/op het beschreven product' deels aan de eisen voldoet van het CPMO van de FVB (2018). De therapeuten gaven aan dat er een module 'Agressieregulatie (AR) Op Maat' bestaat voor individuele cliënten. Verder maken de therapeuten continu aanpassingen op de geschreven module, echter worden deze nergens vermeld.

Ontwikkelgeschiedenis

De ontwikkelgeschiedenis voldoet deels aan de eisen van het CPMO van de FVB (2018), doordat de therapeuten weten door wie de module is opgezet en dat zij tot het idee zijn gekomen door naar de problematiek te kijken en toen te overleggen en ontwikkelen samen met een behandelaar. Tijdens dat overleg- en ontwikkelingsproces werd geconstateerd dat alleen cognitieve gedragstherapie of alleen psychomotorische therapie niet voldoende zou zijn. Daarom werd ervoor gekozen om dit samen te voegen. Echter blijkt in de praktijk dat door geldkwesties de psychomotorische therapeuten vaak alleen voor de groep staan, dus zonder een andere behandelaar of cognitieve therapeut, terwijl

dit wel als werkzaam werd ervaren. Er is niet bekend of de doelgroep bij het ontwikkelproces betrokken is geweest en hoe er tot de huidige werkvormen en opbouw is gekomen.

Literatuur

Bij de literatuur gaat het om bronvermelding die APA-conform gedaan moet worden. Hier is geen sprake van, dus voldoet de categorie niet aan de eisen van het CPMO van de FVB (2018).

Van de elf hoofdcategorieën zijn er twee waarbij de praktische uitvoering van de agressiehanteringstherapie niet aan de eisen van het 'Werkblad Module Basis' (2018) voldoet of de desbetreffende categorie ontbreekt volledig. Er zijn zeven hoofdcategorieën waarbij de praktische uitvoering deels aan de eisen voldoet. En er zijn twee hoofdcategorieën waarbij de praktische uitvoering voldoet aan de eisen.

Resultaten deelvraag 3

In hoeverre sluit de huidige therapie aan bij hetgeen in de literatuur beschreven staat over agressiehanteringstherapie bij volwassen cliënten met persoonlijkheidsproblematiek en agressiereguleringsproblemen?

Nu er al gekeken is naar de beschreven module ten opzichte van de eisen van het CPMO van de FVB en naar de praktische uitvoering van de agressiehanteringstherapie ten opzichte van het CPMO van de FVB, is het nu tijd om te kijken naar de literatuur over agressiehanteringstherapie bij volwassen cliënten met persoonlijkheidsproblematiek en agressiereguleringsproblemen. Zoals in de data-analyse werd aangegeven, wordt er een samenvatting gegeven van onderwerpen waarover meerdere bronnen informatie verstrekken. Tevens voldoen deze bronnen aan de in de data-analyse genoemde inclusiecriteria. De onderwerpen die hieraan voldoen zijn de onderwerpen 'Cognitieve gedragstherapie', 'Groepstherapie', 'Agressiehanteringstherapie' en 'Virtual Reality'.

Cognitieve gedragstherapie

Zoals wordt aangegeven bij de Ontwikkelgeschiedenis van de resultaten van deelvraag 2, zou de bedoeling zijn dat de agressiehanteringstherapie wordt aangeboden door een psychomotorische therapeut en een cognitieve gedragstherapeut. Echter blijkt dat de psychomotorische therapeuten vanwege geldkwesties vaak alleen voor de groep staan. Dit is in tegenstelling tot meerdere internationale studies, waaruit is gebleken dat de interventies van een cognitieve gedragstherapeut een groot effect hebben op de afname van de kans op recidive (McGuire, 2006). Niet alleen McGuire constateerde dit. In 2001 kwamen Cooke en Philip namelijk al tot de conclusie dat bij de afname van het recidiverisico bij adolescenten delinquenten de interventies van cognitieve gedragstherapie het grootste aandeel vormden. Dit was namelijk 12 tot 25 procent (Cooke & Philip, 2001). Ondanks dat de conclusie van Cooke en Philip voornamelijk adolescenten betrof, zijn er meer onderzoekers die het effect van cognitieve gedragstherapie bij behandelprogramma's voor delinquenten ondersteunen (Andrews, et al., 1990; Quinsey, Harris, Rice, & Cormier, 1998).

De ontwikkelaars van de agressiehanteringstherapie hebben gelijk gehad om een samenwerking tussen PMT en een cognitief gedragstherapeut te stimuleren bij Kliniek X. Door geldkwesties staat de psychomotorische therapeut momenteel vaak alleen voor de groep, terwijl er de mogelijkheid bestaat dat de recidive afneemt wanneer er weer een samenwerking opgepakt zou kunnen worden. Wel is de agressiehanteringstherapie gebaseerd op cognitief gedragstherapeutische principes, waardoor de cognitieve gedragstherapie nog voor een klein deel naar voren komt en dus deels zou kunnen bijdragen aan de mogelijkheid van afname van de kans op recidive.

Groepstherapie

In de literatuur komt naar voren dat behandelingen voor woede en agressie, om maximaal gebruik te maken van de kosten, vaak in groepen wordt gegeven, wat meteen resulteert in een bepaalde dynamiek die ook complexiteit toevoegt (Butler & Fuhrman, 1983; Long & Cope, 1980; Yalom, 1970). Ondanks dat een groep een bepaalde complexiteit meeneemt is het toch om meerdere redenen nuttig. Zo leren cliënten door therapie in groepsverband van anderen met eenzelfde achtergrond, ze leren van de interactie met cliënten die zich in eenzelfde situatie verkeren, ze kunnen hun overeenkomstige vaardigheden oefenen en verbeteren en ze verkrijgen feedback van groepsgenoten die overeenkomsten vertonen met henzelf (MacDevitt & Sanislow, 1987; Morgan, Ferrel, & Winterowd, 1999; Winterowd, Morgan, & Ferrell, 2001). Eerder werd aangegeven dat therapie in groepen ook complexiteit met zich meebrengt. Die complexiteit uit zich vaak in conflicten of onenigheid. Wanneer dit goed begeleid wordt, kan hier echter van geleerd worden en kan het zelfs ingezet worden om gedragsveranderingen te stimuleren (Yalom & Leszcz, 2005, in Gerhart, Holman, Seymour, Dinges, & Ronan, 2015).

Onderzoekers hebben een onderscheid gemaakt tussen drie categorieën waarop het groepsproces effect heeft (Erdman, 2009). Ten eerste heeft het effect op een cognitief niveau. Zo leren cliënten dat iedereen woede, frustratie en stress ervaart. Dit besef helpt om hun woede en emotionele stress te verminderen. Doordat cliënten meer leren over woede en agressie, kunnen ze beter onderscheid maken tussen boos zijn en agressief gedrag. Ook kunnen ze zich beter in een ander verplaatsen, waardoor ze zijn/haar agressie ook beter kunnen begrijpen.

Als tweede heeft een groepsbehandeling ook effect op emotioneel niveau. Zo leren cliënten om hun emotionele angsten te accepteren en verwerken. Dit kan al opgepikt worden doordat groepsleden laten weten en zien hoe ze hun emoties uiten en hoe ze omgaan met het verwerken van die emoties en de daaropvolgende fysieke reacties (Jaycox, Foa, & Morral, 1998; Stewart, Villate, & McHugh, 2012). Hierdoor kunnen de cliënten hun gewoonte om impulsief en agressief te reageren in bedwang houden en ervoor kiezen om een empathischere houding aan te nemen tegenover anderen.

Ten slotte worden er ook op het gedragsniveau nieuwe vaardigheden aangeleerd door het groepsproces. Door met de groep situaties na te bootsen waarbij agressie opspeelt, kan een therapeut direct helpen door middel van het geven van verbale instructies en feedback. Hierdoor kan een cliënt de agressie reguleren of het agressieve gedrag kalmeren (Gerhart, et al., 2015).

Samenvattend kan er gezegd worden dat groepstherapie voor cliënten met een behandeling voor woede of agressie nuttig is. In de literatuur wordt door meerdere (internationale) bronnen aangehaald dat cliënten op meerdere vlakken met of van hun groepsgenoten kunnen leren.

Aangezien de huidige therapievorm ook in groepsvorm wordt gegeven, sluit dit aan bij de literatuur.

Enkel kan er nog met behulp van bronnen worden verklaard waarom er gekozen is om de module in groepsvorm aan te bieden.

Agressiehanteringstherapie

Nu er al gekeken is naar specifieke onderdelen van de agressiehanteringstherapie, kan er ook gekeken worden naar het groter geheel. Zo is er in de literatuur vanzelfsprekend ook het een en ander te vinden over een agressiehanterings- of agressieregulatietherapie. Eerder is er al aangegeven dat de toevoeging van een cognitieve gedragstherapeut een positief effect heeft, maar er staat verder nog niks beschreven waarom de samenwerking met een psychomotorisch therapeut een positieve bijdrage levert, terwijl zij ook in vele forensische instellingen in Nederland een grote bijdrage leveren aan het leren omgaan met de agressieve impulsen van de cliënten (Nijkamp & De Pauw, 2019). In 1999 is uit een zevenjarig durend onderzoek naar recidive al gebleken dat bij delinquenten die een soortgelijke therapie hebben gevolgd de recidive verminderde met 27 procent en de disciplinaire problemen in de gevangenis met 75 procent in vergelijking met de totale populatie (Criminal Justice Funding Report, 1999, in Smeijsters, 2010). Ook is onder andere bij de behandeling van plegers van huiselijk geweld gebleken dat PMT effect had. Zo pleegden 68 procent van de desbetreffende cliënten geen huiselijk geweld meer in de periode van de psychomotorische behandeling tot twee maanden daarna (Dijk, 2005). Ook is bekend dat in de forensische psychiatrie een ervaringsgerichte therapie, wat psychomotorische therapie is, effect heeft op de lichaamsbeleving, impulsregulatie, emotieregulatie, relaxatie en op de sociale vaardigheden (Hoek, et al., 2015; Langstraat, Van der Maas, & Hekking, 2011; Zwets, Hornsveld, Muris, Langstraat, & Van Marle, 2016)

Toen er op zoek werd gegaan naar literatuur over agressiehanteringstherapie bij volwassenen met persoonlijkheidsproblematiek en agressieregulatie problemen werd er al snel gestuit op een onderzoek van Sanderlin (2001). Hij deed onderzoek naar wat het effect is van agressieregulatietraining bij cliënten met een antisociale persoonlijkheidsstoornis. Hij kwam tot de conclusie dat de training, die af en toe werd gecombineerd met relaxatietraining en sociale vaardigheidstraining, tot een verbetering van de agressieregulatie bij de desbetreffende cliënten leidde (Kuijper, 2012).

Zoals Therapeut B en Therapeut A in het interview hebben aangegeven, is het thema 'emoties' heel belangrijk voor de cliënten. Nu besteden ze hier twee sessies aan, terwijl ze hier liever meer sessies aan zouden spenderen, omdat ze merken dat ze hier meer tijd voor nodig hebben. Niet alleen Therapeut B en Therapeut A merken dat dit een lastig onderwerp is. Uit onderzoek is namelijk gebleken dat cliënten met agressieregulatieproblematiek over het algemeen moeite blijken te

hebben met het herkennen, onderscheiden en verwoorden van emoties (Teten, Miller, Bailey, Dunn, & Kent, 2008; Fossati, et al., 2009). Aangezien cliënten moeite hebben met emoties zijn er modules die hier meer tijd aan besteden. Zo blijkt uit een behandelmodule van Hoek en collega's (2015) dat zij tien sessies besteden van 45 minuten tot een uur aan het thema emoties bij cliënten in de forensische psychiatrie (Hoek, et al., 2015). Dit terwijl er in de huidige therapie tweemaal een uur aan het thema wordt gespendeerd.

Waar het product van Hoek, et al. (2015) nog overeenkomsten had betreffende de type werkvormen en thema's met de module van Kliniek X, is er ook informatie gevonden die vanuit een andere invalshoek naar de agressiehanteringstherapie in de forensische psychiatrie kijkt. Zo beschrijft Van den Bos (2013) een product waarin veel aandacht is voor normen en waarden. Hierbij kan onder andere gedacht worden aan respect, discipline, zelfbeheersing en verantwoordelijkheid. In zijn aanpak wordt dit uitgevoerd met behulp van een fysieke training die zich ofwel richt op ontspanning ofwel op zelfverdedigingstechnieken, waarmee de vaardigheden om bedreigende situaties en spanningen te leren hanteren wordt vergroot (Van den Bos, 2013). De activiteiten tijdens de therapie bestaan onder andere uit het uitvoeren van verschillende soorten mindfulness, yoga en ontspanningstechnieken. Ook komen meer bewegingsgerichte werkvormen aanbod die gebaseerd zijn op de martial arts tradities van Ykema (2002).

Wanneer er wordt gekeken in hoeverre de agressiehanteringstherapie van Kliniek X aansluit met de therapie van Van den Bosch (2013), kan er geconcludeerd worden dat het niet op elkaar aansluit. Het type werkvorm en waar de module zich op richt verschilt.

Zoals eerder werd aangehaald worden er bij de module van Hoek en collega's (2015) meer sessies ingepland dan bij Kliniek X. Niet alleen bij die module, maar ook de lange versie van de agressiehanteringstherapie die is ontwikkeld in FPC De Kijvelanden bevat 35 wekelijkse en drie vijfwekelijkse bijeenkomsten (Hornsveld, Soe-Agnie, Donker, & Van der Wal, 2008). Zelfs de korte versie van die agressiehanteringstherapie bevat 15 wekelijkse bijeenkomsten en drie vijfwekelijkse bijeenkomsten (Hornsveld, Van Dam-Baggen, Leenaars, & Jonkers, 2004). Wanneer er dus gekeken wordt of de huidige module van Kliniek X aansluit bij hetgeen wat in de literatuur is gevonden betreffende de duur van de therapie, kan er gesteld worden dat de huidige module korter is dan andere bekende modules.

Virtual Reality

De laatste jaren wordt er steeds meer technologie gebruikt in de forensische zorg (Kip, et al., 2019). Vaak wordt dit samengevat onder de term eHealth (Van Gemert-Pijnen, Kip, Kelders, & Sanderma, 2018). Opkomend binnen deze technologie is het gebruik van Virtual Reality (VR). Hierbij wordt vaak

een bril ingezet om een gebruiker in een virtuele wereld te plaatsen, waarbij visuele en/of auditieve waarnemingen vervangen worden door virtuele waarnemingen (Freeman, et al., 2017). Met behulp van VR is het de bedoeling dat de gebruiker zich op een andere locatie waant (Diemer, Alpers, Peperkorn, Shiban, & Mühlberger, 2015).

Er is al gebleken dat de inzet van VR effectief kan zijn bij de behandeling van psychiatrische problematiek (Veling, Moritz, & Van Der Gaag, 2014; Botella, Serrano, Baños, & Garcia-Palacios, 2015). Er wordt zelfs door Turner en Casey (2014) gesteld dat VR gelijk aan een normale behandeling is of zelfs effectiever.

Maar geen van bovenstaande onderzoeken gingen over de forensische psychiatrie. Later zijn er pas studies en onderzoeken gedaan naar deze doelgroep. Een van die onderzoeken is recent afgerond en onderzocht wat de effectiviteit van VR is voor agressieregulatie (Klein Tuente, et al., 2020). Dit onderzoek bevatte 128 deelnemers over vier verschillende forensische instellingen. Uiteindelijk werd geconcludeerd dat de ontwikkelde therapie, de Virtual Reality Agression Prevention Therapy (VRAPT), niet effectief was in het verminderen van agressief gedrag. Desondanks werd er in het onderzoek ook geconcludeerd dat deelnemers graag mee wilden doen en hier ook gemotiveerd voor waren. Dit terwijl bij forensisch psychiatrische cliënten het vinden van motivatie een uitdaging is (Nijkamp & De Pauw, 2019). Ook gaven Klein Teunte en collega's (2020) aan dat het onderzoek, voor zover bij hun bekend, het eerste onderzoek is dat een therapie heeft ontwikkelt die gebaseerd is op VR voor de forensische psychiatrie. Er zijn wel studies gevonden die laten zien dat VR belooft van toegevoegde waarde te zijn, waardoor er door de onderzoekers gehoopt wordt dat hun onderzoek de basis heeft gelegd voor meer onderzoek in dit vakgebied.

Een van de studies die laat zien dat VR ook een veelbelovende methode is in de forensische psychiatrie is, is het onderzoek van Kip et al. (2019). Zij hebben door middel van een vragenlijst aan verschillende respondenten gevraagd hoe veelbelovend zij VR vinden. Van de 84 respondenten gaven er 44 aan het erg veelbelovend te vinden, 31 geven aan het veelbelovend te vinden, 6 geven aan neutraal te zijn, 2 vinden het niet erg veelbelovend, 0 vinden het niet veelbelovend en 1 respondent weet het niet (Kip, et al., 2019).

Ook werd in de literatuur gevonden dat er door middel van VR beter het gedrag beoordeeld kan worden van situaties die zich normaal in de praktijk kunnen voordoen wanneer een forensisch psychiatrische patiënt met verlof kan. VR zou dus een positieve invloed kunnen hebben op de risicotaxatie (Fromberger, Meyer, Jordan, & Müller, 2018; Hornsveld R. H., 2018).

Aangezien de psychomotorische therapeuten van Kliniek X als contra-indicatie 'ongemotiveerd' hebben gesteld, zou het toevoegen van VR ervoor kunnen zorgen dat cliënten meer gemotiveerd zijn. Ook zou het kunnen bijdragen aan de risicotaxatie van cliënten.

Conclusie

In de conclusie wordt antwoord gegeven op de onderzoeksvraag door middel van conclusies per deelvraag.

De eerste deelvraag luidt als volgt: “In hoeverre voldoet de beschrijving van de agressiehanteringstherapie aan de eisen van het CPMO van de FVB?”. Volgens het ‘Werkblad Module Basis’ zijn er elf hoofdcategorieën. Uit de resultaten is gebleken dat er hiervan zes zijn waarbij de module van Kliniek X niet voldoet aan de eisen die beschreven staan in het ‘Werkblad Module Basis’ (2018) of de desbetreffende categorie ontbreekt volledig. Er zijn vijf hoofdcategorieën waarbij de module van Kliniek X deels aan de eisen voldoet. Bij geen van de hoofdcategorieën voldoet de module van Kliniek X aan de eisen.

Hieruit kan geconcludeerd worden dat het merendeel van de beschrijving van de agressiehanteringstherapie niet voldoet aan de eisen van het CPMO van de FVB.

De tweede deelvraag luidt als volgt: “Deelvraag 2: In hoeverre voldoet de praktische uitvoering van de agressiehanteringstherapie aan de eisen van het CPMO van de FVB?”. Uit de resultaten is gebleken dat van de elf hoofdcategorieën er twee zijn waarbij de praktische uitvoering van de agressiehanteringstherapie niet aan de eisen van het ‘Werkblad Module Basis’ (2018) voldoet of de desbetreffende categorie ontbreekt volledig. Er zijn zeven hoofdcategorieën waarbij de praktische uitvoering deels aan de eisen voldoet. En er zijn twee hoofdcategorieën waarbij de praktische uitvoering voldoet aan de eisen.

Hieruit kan geconcludeerd worden dat het merendeel van de praktische uitvoering van de agressiehanteringstherapie deels aan de eisen van het CPMO van de FVB voldoet.

Nu bekend is wat er bij zowel de praktische uitvoering als bij de geschreven module voldoet aan de eisen van het CPMO van de FVB (2018), kan er worden gekeken wat bij een samenvoeging van de praktische uitvoering aan de geschreven module voldoet aan de eisen en wat niet. Dit wordt in onderstaande tabel overzichtelijk per hoofdcategorie weergegeven:

Samenvatting	-	Een samenvatting ontbreekt. Wel zijn de titel, auteurs, doelgroep, context en doel al bekend. Er kan nog meer onderzoek worden gedaan naar de interventie-aanpak, de onderbouwing en het onderzoek.
Module-opbouw	+	De titel is bekend, namelijk 'Agressiehanteringstherapie'. De namen van de auteurs en ontwikkelaars zijn bekend bij de PMT'ers. Het jaar van publicatie, zou het jaar zijn van de samenvoeging. En de context is bekend.
Probleembeschrijving	+	Als probleem kan worden toegevoegd dat cliënten moeite hebben met emoties, gevoelens en lichaamssignalen, waardoor instrumentale en fysieke agressie naar voren komt. En als gevolg dat wanneer dit onbehandeld blijft, de agressie geuit zal blijven worden, wat gevaar kan opleveren voor de cliënt, de omgeving en de maatschappij. Dan voldoet deze hoofdcategorie aan de eisen.
Doelgroep	+	De (contra-)indicaties zijn bekend en in een tabel bij de resultaten van deelvraag 2 weergegeven. En ook aan de verwijzing en selectie wordt voldaan. Er wordt door de therapeuten benoemd dat een verwijzing komt vanuit hogere hand of door een bespreking tussen de therapeuten, de afdeling en de hoofdbehandelaar. Ook is bekend hoe een intake wordt vormgegeven. Tijdens de intake wordt de inhoud van de agressiehanteringstherapie besproken en of de cliënt daarvoor open staat.
Doelen	+ -	Het hoofddoel is: 'inzicht krijgen in de agressie om vervolgens tot een gedragsverandering te komen.' Dit voldoet echter nog niet aan de vormvoorwaarden. Verder mogen de subdoelen nog verder onderzocht worden, aangezien er een aantal bekend zijn bij de therapeuten, maar die komen nog niet overeen en op papier staan thema's, maar ook die voldoen niet aan de vormvoorwaarden.
Beschrijving van de interventie-aanpak	+ -	Bij de beschrijving van de interventie-aanpak zouden meer sessies uitgeschreven mogen worden om te voldoen aan de sessies en er zou een uitgebreidere benodigdhedenlijst mogen volgen. Ook zou er een knoop doorgehakt mogen worden over de duur van een sessie, want dit verschilde tussen de geschreven sessie, de enquête en de interviews.
Theoretische onderbouwing van de interventie-aanpak	+ -	De categorieën 'factoren die het probleem veroorzaken', 'verantwoording vanuit de praktijk' en 'werkzame elementen' hebben verder onderzoek nodig en meer afstemming tussen beide therapeuten. De categorie 'factoren die d.m.v. de interventie behandeld worden' voldoet wel aan de eisen.
Randvoorwaarden en kosten van de uitvoering van de interventie-aanpak	+ -	De organisatorische randvoorwaarden en randvoorwaarden voor de cliënt worden benoemd. Van de categorie materialen kan verder onderzocht worden welke specifieke materialen benodigd zijn.
Subtypen	+	De therapeuten gaven aan dat er een module 'Agressieregulatie (AR) Op Maat' bestaat voor individuele cliënten. En er zijn ongeschreven aanpassingen, zodra die worden toegevoegd wordt er voldaan aan de eisen.
Ontwikkelgeschiedenis	+ -	Er is bekend hoe de module is ontwikkelt. Namelijk door het observeren van de doelgroep en overleg tussen een behandelaar en een PMT'er. Echter is niet bekend hoe de doelgroep hierbij was betrokken
Literatuur	-	Er werd nog niet gesproken over bronvermelding, etc.

Zoals te zien is, zouden er dus wanneer alles samen op papier zou worden gezet vier hoofdcategorieën voldoen aan de eisen, vijf zouden deels voldoen en twee categorieën zouden niet voldoen aan de eisen van de CPMO van de FVB.

De derde deelvraag luidt als volgt: “In hoeverre sluit de huidige therapie aan bij hetgeen in de literatuur beschreven staat over agressiehanteringstherapie bij volwassen cliënten met persoonlijkheidsproblematiek en agressiereguleringsproblemen?”. Vanuit de literatuur zijn er aspecten naar voren gekomen die overeenkomen met de huidige therapie, maar er zijn ook aspecten die verschillen. Zo komt de huidige therapie overeen met de literatuur over dat de behandeling wordt aangeboden door een cognitieve gedragstherapeut en een psychomotorische therapeut, dat de behandeling aan een groep wordt aangeboden en dat cliënten moeite hebben met het thema ‘emoties’. Hetgeen waar de huidige therapie mee verschilt is dat de behandeling momenteel niet altijd samen met een cognitieve gedragstherapeut aangeboden kan worden. Een ander verschil is dat er volgens de module van Hoek, et al. (2015) tien sessies aan het thema ‘emoties’ worden besteed, terwijl dit er bij Kliniek X twee zijn. Niet alleen bij het thema ‘emoties’ kwam dit verschil naar voren. Ook bij andere modules is gebleken dat zij meer sessies besteden aan de agressiehanteringstherapie (Hornsveld, et al., 2004; Hornsveld, et al., 2008). Ook werd er in de literatuur een andere agressiehanteringstherapie gevonden. Echter had deze module een andere aanpak, andere activiteiten en bevat ook deze module meer bijeenkomsten (Van den Bos, 2013). Verder werd er in de literatuur gevonden dat er in de forensische zorg steeds vaker Virtual Reality wordt ingezet (Kip, et al., 2019). Over de effectiviteit is recentelijk gesteld dat een ontwikkelde therapievorm met VR niet effectief was in het verminderen van agressief gedrag. Wel droeg de VR bij aan motivatie en aan risicotaxatie. Ook legde het onderzoek hopelijk de basis voor meer onderzoek naar deze veelbelovende methode.

Om antwoord te geven op de deelvraag, kan er gesteld worden dat de huidige therapie niet volledig aansluit bij de gevonden literatuur. Het sluit namelijk bij een deel van de gevonden literatuur wel aan, maar het verschilt ook bij een deel.

Antwoord op de onderzoeksvraag

De onderzoeksvraag luidt als volgt: “Welke aanpassingen aan de huidige PMT agressiehanteringstherapie voor volwassen cliënten met persoonlijkheidsproblematiek en agressiehanteringsproblemen binnen Kliniek X zijn nodig om te voldoen aan de module-richtlijnen van de Commissie Product- en Module Ontwikkeling van de FVB (2018) die ook aansluit bij de wensen van de opdrachtgever?

Uit het onderzoek kan geconcludeerd worden dat er meerdere aanpassingen noodzakelijk zijn. Om te beginnen valt bij de conclusies van deelvraag 1 en 2 op dat er meer hoofdcategorieën van de praktische uitvoering voldoen aan de eisen van het CPMO van de FVB dan dat er bij de beschrijving van de module voldoen. Daarom zou een van de aanpassingen zijn dat de praktische uitvoering op papier wordt toegevoegd, zodat er al aan meer eisen kan worden voldaan. Wanneer er bij een hoofdcategorie van het CPMO van de FVB nog niet wordt voldaan aan de eisen, na de samenvoeging, kan dit aangevuld worden met de andere modules die zijn gevonden in de resultaten van deelvraag drie. Dat is tevens een volgende aanpassing die gemaakt moet worden om te voldoen aan de module-richtlijnen. Wanneer alle informatie is vergaard kan de agressiehanteringstherapie vormgegeven worden zoals wordt gesteld bij de richtlijnen van het CPMO van de FVB. Ook is er geconcludeerd dat de module niet volledig aansluit bij de gevonden literatuur. Daarom zou het deel wat niet overeenkomt aangepast kunnen worden en het deel wat wel overeenkomt kan worden onderbouwd met de gevonden bronnen. Als laatste is een aanpassing die gemaakt kan worden zodat de werkvormen beter aansluiten, dat de werkvormen die beschreven worden in de modules van Hoek, et al. (2015), Hornsveld, et al. (2004; 2008) en Van den Bosch (2013) kunnen worden geïmplementeerd.

Er kan dus geconcludeerd worden dat de volgende aanpassingen nodig zijn:

- Een herschrijving van de module volgens de richtlijnen van het CPMO van het FVB.
- Een samenvoeging van de praktische uitvoering met de geschreven module.
- Een aanvulling op de bovengenoemde samenvoeging aan de hand van de literatuur van deelvraag 3.
- De overeenkomsten tussen de literatuur en de module die in de resultaten van deelvraag 3 worden benoemd onderbouwen.
- De verschillen tussen de literatuur en de module die in de resultaten van deelvraag 3 worden benoemd aanpassen.
- De werkvormen aanpassen met behulp van de andere benoemde agressiehanteringsmodules.

Een aanpassing die gemaakt zou kunnen worden op langere termijn is het toepassen van Virtual Reality bij de therapie. Ondanks dat het in het beschreven onderzoek nog niet effectief was voor het verminderen van agressief gedrag, is het wel een veelbelovende methode, waar wellicht meer onderzoek naar gedaan gaat worden. Mocht er zich toevallig een kans voordoen, waardoor het wel op korte termijn ingezet zou kunnen worden, dan zou dit alsnog bij kunnen dragen aan de motivatie van de cliënten en aan de risicotaxatie.

Discussie

In de discussie wordt er kritisch gekeken naar het onderzoek. Ook wordt inzichtelijk gemaakt wat de relevantie is.

Te beginnen met de relevantie. Het doel van forensische zorg, en dus het doel van Kliniek X en alle behandelaars, is vermindering van recidive (Ministerie van Veiligheid en Justitie, 2018). In dit onderzoek, voornamelijk bij de derde deelvraag, is naar voren gekomen dat er verschillende aspecten in de literatuur staan beschreven die bijdragen aan de vermindering van de recidive. Een deel van de agressiehanteringstherapie heeft overeenkomsten met die gevonden literatuur, maar een deel verschilt met de literatuur. De gevonden literatuur heeft als doel de vermindering van recidive, wanneer dit niet wordt aangehouden is de kans op recidive dus groter dan wanneer de literatuur gevolgd wordt. Daarom is dit onderzoek van belang voor de psychomotorische therapeuten. Dan kan deze literatuur meegenomen worden bij het herschrijven, zodat de kans op recidive vermindert.

Therapeut A gaf in het interview aan dat er vanwege geldkwesties vaak een therapeut voor de groep staat in plaats van twee. Ook het aantal bijeenkomsten en de duur van de sessies is ingekort vanwege de kosten. Dit terwijl er in meerdere bronnen is gevonden dat er meerdere of langere sessies worden gehouden en dat de toevoeging van zowel een psychomotorische therapeut als een cognitieve gedragstherapeut een positief effect heeft op de kans op recidive (Andrews, et al., 1990; Cooke & Philip, 2001; Criminal Justice Funding Report, 1999, in Smeijsters, 2010; Dijk, 2005; McGuire, 2006; Quinsey, et al., 1998). Minder recidive betekent ook meer veiligheid voor de maatschappij, de omgeving van de cliënten en de cliënten zelf wanneer zij de forensische instelling mogen verlaten. Daarom is dit onderzoek niet alleen relevant voor de psychomotorische therapeuten, maar maakt het ook inzichtelijk voor Kliniek X, andere forensische instellingen of wellicht zelfs voor de overheid, dat wanneer het mogelijk is en er meer geld vrij komt er wellicht gekeken kan worden naar de benoemde punten aangezien er een kans is dat dit de recidive positief zou kunnen beïnvloeden. Wanneer er realistisch gekeken wordt zal dit voorlopig niet gebeuren, waardoor dit in het achterhoofd gehouden zou kunnen worden, waardoor er wellicht creatieve oplossingen naar boven komen.

En als laatste argument waarom het onderzoek van belang is, is omdat dit aansluit op het beleid van Kliniek X. Zij willen kwalitatief hoge zorg aanbieden en zijn daarom altijd op zoek naar nieuwe inzichten (Kliniek X, z.d.). Er worden verschillende inzichten en invalshoeken beschreven, die worden gehaald uit de literatuur en uit de geschreven module, enquêtes en interviews. Wanneer hier iets mee gedaan wordt zou de kwaliteit zorg omhoog kunnen gaan.

De opdrachtgevers zijn de psychomotorische therapeuten en voor hen is het onderzoek geschreven. Met behulp van het advies uit dit onderzoek kunnen zij de huidige module aanpassen en een overzichtelijke en passende module schrijven en uitvoeren, die tevens aansluit bij het doel van de forensische psychiatrie om recidive te voorkomen en bij het behandeldoel om de cliënt inzicht laten krijgen in de agressie, waarna een gedragsverandering volgt.

Nu de relevantie is beschreven kan er kritisch gekeken worden naar het onderzoek. Hierbij wordt de volgorde van het onderzoek aangehouden. Te beginnen met het bespreken van deelvraag 1. De resultaten van deelvraag 1 zijn gebaseerd op de tabel in Bijlage 3: Vergelijking agressiehanteringstherapie met 'Werkblad Module Basis'. Hierbij wordt de vergelijking beoordeeld met een plus, een min of een plus en min. Deze manier van beoordelen, is door de onderzoeker bedacht en is niet honderd procent valide. Echter werd om de validiteit te vergroten zoveel mogelijk vergeleken met de begrippenlijst. Ook werd er aan een strikte procedure vastgehouden. Enkel

wanneer een hoofdcategorie volledig voorkwam werd een plus toegekend. Wanneer dit volledig ontbrak of helemaal niet voldeed aan de eisen werd er een min toegekend. Alles wat dit niet had kreeg een plus en min. Als handelingsalternatief had een objectief persoon ook naar de gegevens kunnen kijken en de tabel in kunnen vullen volgens dezelfde criteria om de betrouwbaarheid te vergroten.

Een ander punt wat bediscussieerd kan worden is de manier van onderzoeken. De onderzoeker heeft ervoor gekozen om alle categorieën van het 'Werkblad Module Basis' (2018) te onderzoeken. Hierdoor is er veel informatie over een breed onderwerp verkregen, maar wellicht wanneer er voor minder categorieën gekozen werd, dat er meer verdieping zou zijn geweest. Dit zou tevens ook een handelingsalternatief kunnen zijn. Hierdoor wordt het onderzoek diepgaander, maar aan de andere hand zou er dus over categorieën die buiten de boot vallen, minder informatie verkregen zijn.

Daarna volgden de resultaten van deelvraag 2. Als eerste werd hier de enquête voor opgesteld. Deze is naar beide therapeuten doorgestuurd met de vraag om dit individueel in te vullen, omdat zij zich anders (onbewust) kunnen laten beïnvloeden door andere personen (Van der Donk & Van Lanen, 2019). Echter kan niet gegarandeerd worden dat dit de gehele enquête is gedaan. Om de kans te vergroten dat het individueel werd ingevuld, is zowel in de mail als bovenaan de enquête toegevoegd waarom dit gevraagd werd. Bovendien bleken er regelmatig verschillende antwoorden te komen, waaruit lijkt te blijken dat zij afgezonderd de enquête hebben ingevuld. De verschillen die naar voren kwamen zijn in de interviews samengevoegd en nagevraagd om te kijken wat beide therapeuten hiervan vonden.

Een volgend punt waarover gediscussieerd kan worden is het feit dat de interviews via een online platform zijn afgenomen. Volgens Boeije en Bleijenbergh (2019) zou er, doordat de interviews niet tijdens een ontmoeting zijn afgenomen, non-verbale communicatie verloren kunnen zijn gegaan. Van oorsprong was het de bedoeling om de interviews tijdens een ontmoeting af te nemen, maar wegens het COVID-19 virus was dit niet mogelijk, waardoor is uitgeweken naar een online interview. Wel is ervoor gekozen om niet alleen met audio, maar ook met beeld te bellen om elkaars non-verbale communicatie wel deels te kunnen zien. Alsnog is dit anders en zouden uitspraken anders geïnterpreteerd kunnen zijn, wat de betrouwbaarheid van het onderzoek beïnvloedt.

Vanwege het COVID-19 virus konden de interviews enkel digitaal afgenomen worden. Hierdoor heeft er tijdens de interviews een telefoongesprek plaatsgevonden en liep er een collega binnen. Tevens was Therapeut A bij enkele vragen aan Therapeut B aanwezig. Uit onderzoek is al gebleken dat de aanwezigheid van een persoon tijdens een interview de respondent kan beïnvloeden (Van der Donk & Van Lanen, 2019). Eenmalig bleek dat Therapeut A meeluisterde en Therapeut B onderbrak. Therapeut B gaf toe dat Therapeut A hier meer over wist en dat ik dat later aan haar kon vragen. Hierdoor is de desbetreffende vraag dus niet individueel afgenomen. Al bleek later dat Therapeut A hier ook daadwerkelijk meer mee te maken had. Over de andere onderbrekingen zou verondersteld kunnen worden dat de geïnterviewde zich hierdoor af liet leiden en dat daardoor het gegeven antwoord niet passend zou zijn. Dit is onderuit gehaald door de vraag na de onderbreking te herhalen, waardoor er een normaal antwoord kwam. Ook kwam bij de interviews verschillende keren naar voren dat Therapeut A en Therapeut B niet de ontwikkelaars zijn van de module. Hierdoor konden ze wel verwachtingen uitspreken over bepaalde vragen, zoals over de ontwikkelgeschiedenis, maar het daadwerkelijke antwoord kon niet verkregen worden, aangezien de ontwikkelaars niet meer werkzaam zijn bij Kliniek X. Als handelingsalternatief had ervoor gekozen kunnen worden om verder te spitten wie de ontwikkelaars waren, daarmee in contact te komen en ook een interview bij hen af te nemen. Dit zou het aantal ervaringen en de validiteit hebben vergroot.

Bij de derde deelvraag is er gebruik gemaakt van meerdere bronnen. Om de validiteit te vergroten is er gebruik gemaakt van brontriangulatie, waarbij er meerdere bronnen over eenzelfde onderwerp worden aangehaald (Van der Donk & Van Lanen, 2019). Zo ook over de toevoeging van PMT. Toch kan hier een kritische noot aan worden toegevoegd. Zo komt een van de bronnen van een onderzoek uit 1999. De andere bron is wel recent, echter gaat het hierbij alleen om plegers van huiselijk geweld. Hierdoor blijft de vraag liggen wat de toegevoegde waarde is bij delinquenten die een ander delict hebben begaan. Wellicht dat dit in de toekomst nog onderzocht kan worden. Ook spreekt Sanderlin (2001) over een training in plaats van therapie. Hierbij zou verder gekeken kunnen worden of er verschillen zijn betreffende de uitkomst met een therapie.

Aanbevelingen

Op basis van het onderzoek, kunnen meerdere aanbevelingen worden gedaan.

Om te beginnen is de aanbeveling om iemand de module te laten herschrijven volgens de CPMO richtlijnen waarbij de praktijk wordt gekoppeld aan de theorie.

Tevens zou er een vervolgonderzoek uitgevoerd kunnen worden, waarbij de voorgestelde aanpassingen uitgevoerd gaan worden. Voor dit onderzoek was het niet mogelijk om contact te hebben met de cliënten, maar wellicht dat het wel aan te bevelen is dat een volgende onderzoeker dit wel kan, zodat ook de visie van de cliënten meegenomen kan worden. Dit hoeft niet door psychomotorische therapeuten gedaan te worden, maar kan ook door een vierdejaars student PMT worden gedaan.

Ook wordt aanbevolen om op de hoogte te blijven van andere agressiehanteringstherapieën. Dit ten eerste om op de hoogte te blijven van de laatste ontwikkelingen en visies, maar ook omdat dit ooit voor een andere benadering kan zorgen. Zo werd er tijdens dit onderzoek gestuit op het gebruik van VR (Kip, et al., 2019), wat weliswaar nog geen effectieve methode bevat voor het leren van het reguleren van agressie, maar waar wellicht nog verder onderzoek op volgt. Cliënten zijn allemaal verschillend en wellicht dat een andere soort agressiehanteringstherapie beter voor de een werkt en de huidige module voor een ander. Dit zou ook iets kunnen zijn, wat op langere termijn onderzocht kan worden, wanneer de aanpassingen aan de huidige module zijn gedaan.

Voor de opdrachtgevers is het aan te bevelen om op korte termijn de literatuur over het effect van een cognitieve gedragstherapeut op de recidive en om de literatuur over het aantal bijeenkomsten en de duur daarvan te presenteren. Zoals in de conclusie en discussie werd aangegeven is er om financiële redenen op een aantal punten bezuinigt. Aangezien de psychomotorische therapeuten nu al tegen het probleem lopen dat er te weinig sessies zijn voor het thema 'emoties' is dit een huidig probleem, wat bij andere modules op een andere manier wordt aangepakt.

En als laatste is het ook aan te bevelen om te bekijken wat de mogelijkheden zijn voor het gebruik van VR bij Kliniek X. Is hier al ooit gebruik van gemaakt door iemand binnen de organisatie of is er al onderzoek naar gedaan? Tijdens het onderzoek is namelijk naar voren gekomen dat VR cliënten motiveert, maar wellicht ook dat er in de toekomst een effectieve modaliteit wordt ontwikkelt. Om die reden zou er verder onderzocht kunnen worden wat de voordelen zouden zijn voor Kliniek X en wellicht dat dit in de toekomst geïntegreerd kan worden.

Bibliografie

- Anderson, C. A., & Bushman, B. J. (2002). Human aggression. *Annual Review of Psychology*, 53, 27-51.
- Andrews, D. A., Zinger, I., Hoge, R. D., Bonta, J., Gendreau, P., & Cullen, F. T. (1990). Does correctional treatment work? A clinically relevant and psychologically informed meta-analysis. *Criminology*, 28(3), 369-404. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1745-9125.1990.tb01330.x>
- Baarda, B. D., De Goede, M. P., & Teunissen, J. (2005). *Basisboek kwalitatief onderzoek*. Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Baarda, D. B., De Goede, M., & Van der Meer-Middelburg, A. D. (2007). *Basisboek interviewen: Handleiding voor het voorbereiden en afnemen van interviews* (2e herziene ed.). Groningen/Houten: Wolter-Noordhoff.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Upper Saddle River: Prentice Hall.
- Beerthuis, R. J., Van Berckelaer-Onnes, I. A., Van Daalen, E., Van der Gaag, R. J., Grietens, H., De Haan, E., . . . De Wit, C. (2009). *Psychiatrische stoornissen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum. doi:10.1007/978-90-313-9322-0_16
- Beroepsprofiel psychomotorisch therapeut*. (2009). Opgeroepen op juli 11, 2019, van <https://rijkepmt.nl/images/beroepsprofiel%20pmt%202009.pdf>
- Beroepsprofiel psychomotorisch therapeut*. (2009). Opgeroepen op april 11, 2020, van <https://rijkepmt.nl/images/beroepsprofiel%20pmt%202009.pdf>
- Blake, P., & Grafman, J. (2004). The neurobiology of aggression. *The Lancet*, 364, 12-13. doi:10.1016/S0140-6736(04)17622-8
- Boeije, H., & Bleijenbergh, I. (2019). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: Denken en doen*. Amsterdam: Boom.
- Botella, C., Serrano, B., Baños, R. M., & Garcia-Palacios, A. (2015). Virtual reality exposure-based therapy for the treatment of post-traumatic stress disorder: A review of its efficacy, the adequacy of the treatment protocol, and its acceptability. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 11, 2533-2535.
- Brand, E. F., Lucker, T. P., & Van den Hurk, A. A. (2009). Verslaving als risicofactor in de forensische psychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 51(11), 813-820.
- Bushman, B. J. (2002). Does venting anger feed or extinguish the flame?: Catharsis, rumination, distraction, anger, and aggressive responding. *Personality and social psychology bulletin*, 28(6), 724-731.
- Butler, T., & Fuhrman, A. (1983). Level of functioning and length of time in treatment variables influencing patients' therapeutic experience in group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 33(4), 489-505. doi:10.1080/00207284.1983.11491347
- Carey, M. (2009). *The social work dissertation*. Berkshire: McGraw-Hill Education.
- Carriëretijger. (z.d.). *SMART doelen stellen*. Opgeroepen op Maart 18, 2020, van Website van Carriëretijger: <http://www.carriëretijger.nl/functioneren/management/leidinggeven/doelen-stellen/smart>

- Claassen, A., & Pol, S. (2015). *Schematherapie en de gezonde volwassene*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Commissie Product- en Module Ontwikkeling van FVB Vaktherapie. (2018). *Product- en moduleontwikkeling*. Opgeroepen op juli 12, 2019, van <https://fvb.vaktherapie.nl/product-en-module-ontwikkeling>
- Cooke, D. J., & Philip, L. (2001). To treat or not to treat? An empirical perspective. In C. R. Hollin (Red.), *Handbook of Offender Assessment and Treatment* (pp. 17-34). Chichester, United Kingdom: John Wiley & Sons.
- De Groot, F., & De Doncker, A. (2006). Helpt het fysiek afreageren van agressie? *Psychopraxis*, 8(5), 176-179.
- Del Vecchio, T., & O'Leary, K. D. (2004). Effectiveness of anger treatments for specific anger problems: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 24(1), 15-34.
- Diemer, J., Alpers, G. W., Peperkorn, H. M., Shibani, Y., & Mühlberger, A. (2015). The impact of perception and presence on emotional reactions: A review of research in virtual reality. *Frontiers in psychology*, 6, 4-26.
- Dijk, A. C. (2005). Handen thuis? Handen thuis! Psychomotorische behandeling bij plegers van huiselijk geweld. In J. De Lange, & R. J. Bosscher (Red.), *Psychomotorische therapie in de praktijk*. Nijmegen: Cure & Care Publishers.
- Eifert, G. H., Forsyth, J. P., & McKay, M. (2006). *ACT on life not on anger: The New Acceptance & Commitment Therapy Guide to Problem Anger*. Oakland: New Harbinger.
- Erdman, S. A. (2009). Therapeutic factors in group counseling: implications for audiologic rehabilitation. *Perspectives on Aural Rehabilitation and Its Instrumentation*, 16(1), 15-28. doi:10.1044/ari16.1.15
- Fossati, A., Acquarini, E., Feeney, J. A., Borroni, S., Grazioli, Giarolli, E., . . . Maffei, C. (2009). Alexithymia and attachment insecurities in impulsive aggression. *Attachment & Human Development*, 11(2).
- Freeman, D., Reeve, S., Robinson, A., Ehlers, A., Clark, D., Spanlang, B., & Slater, M. (2017). Virtual reality in the assessment, understanding and treatment of mental health disorders. *Psychological Medicine*, 47(14), 2393-2400.
- Fromberger, P., Meyer, S., Jordan, K., & Müller, J. L. (2018). Behavioral monitoring of sexual offenders against children in virtual risk situations: A feasibility study. *Frontiers in Psychology*, 9(224), 1-17.
- Geen, R. G., & Quanty, M. B. (1977). The catharsis of aggression: An evaluation of a hypothesis. In *Advances in experimental social psychology*, 10, 1-37.
- Gerhart, J., Holman, K., Seymour, B., Dinges, B., & Ronan, G. F. (2015). Group Process as a Mechanism of Change in the Group Treatment of Anger and Aggression. *International Journal of Group Psychotherapy*, 65(2), 180-208. doi:10.1521/ijgp.2015.65.2.180
- GGZ Drenthe. (z.d.). *Delictgedrag*. Opgeroepen op Mei 20, 2019, van GGZ Drenthe: <https://ggzdrenthe.nl/psychische-problemen/delictgedrag>

- Hak, T. (2007). Theorie toetsen in kwalitatief onderzoek. *KWALON. Tijdschrift voor Kwalitatief Onderzoek in Nederland*, 36(3), 5.
- Higgins, J. P., & Green, S. (2011). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of*. Opgeroepen op mei 13, 2019, van <http://handbook-5-1.cochrane.org/>
- Hildebrand, M., Spreen, M., Schönberger, H. J., Augustinus, F., & Hesper, B. L. (2006). *Onttrekkingen tijdens verlof, ontvluchtingen en recidives tijdens de tbs-behandeling in de jaren 2000-2005*. Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie.
- Hoek, T. A., Meessen, L. J., Nijkamp, M. N., Nijland, N., Reijs, B., Spee, B., & Winkel, F. (2015). Herkennen, onderscheiden en verwoorden van emoties middels psychomotorische therapie voor (jong) volwassen patiënten in de forensische psychiatrie: een basisvaardigheid voor agressieregulatie. Opgeroepen op Juni 24, 2020, van <https://www.databankvaktherapie.nl/download/?id=97733>
- Hornsveld, R. H. (2018). *Meetinstrumenten voor de forensische psychiatrie: Achtergrond, psychometrische eigenschappen & normen*. Rijswijk: Challenger Press.
- Hornsveld, R. H., Soe-Agnie, S., Donker, J., & Van der Wal, L. (2008). De ontwikkeling van een behandelprogramma voor gewelddadige forensisch psychiatrische patiënten met een cluster B persoonlijkheidsstoornis. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 50, 703-711.
- Hornsveld, R., Van Dam-Baggen, R., Leenaars, E., & Jonkers, P. (2004). Agressiehanteringstherapie voor forensisch-psychiatrische patiënten. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 13-22. doi:10.1007/BF03062058
- Inspectie Veiligheid en Justitie. (2017). *Geanonimiseerd*. Den Haag: Ministerie van Veiligheid en Justitie.
- Jaycox, L. H., Foa, E. B., & Morral, A. R. (1998). Influence of emotional engagement and habituation on exposure therapy for PTSD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 185-192.
- Kip, H., Oberschmidt, K., Bierbooms, J., Dijkslag, D., Kelders, S., & Roelofsen, B. (2019). Technologie in de forensische zorg - Crossing borders. *Kwaliteit Forensische Zorg*(1), 8-116.
- Klein Tuente, S., Bogaerts, S., Bulten, E., Keulen - De Vos, M., Vos, M., Bokern, H., . . . Veling, W. (2020). Virtual Reality Aggression Prevention Therapy (VRAPT) versus Waiting List Control for Forensic Psychiatric Inpatients: A Multicenter Randomized Controlled Trial. *Journal of Clinical Medicine*, 9(7), 1-18.
- Kuijper, J. (2012). *Is agressieregulatie-training effectief?: Beschrijving van een pilotonderzoek over de agressieregulatie- training binnen GGZ Friesland voor persoonlijkheidsstoornissen, locatie Heerenveen*. Opgeroepen op Juni 24, 2020, van <https://surfsharekit.nl/dl/windesheim/a249fa78-bb52-4a72-aca7-c86c137885e4/50b4f4be-4626-4f1d-b3bb-0760e1869b15>
- Kuin, F. (2000). *Module behandeling impulscontrole-problematiek voor psychomotorische therapeuten* (herziene ed.). Utrecht: NVPMT.
- Kuin, F. (2005). Op tijd stoppen. In J. De Lange, & R. J. Bosscher, *Psychomotorische therapie in de praktijk*. Nijmegen: Cure & Care Publishers.

- Langstraat, E., Van der Maas, L., & Hekking, P. (2011). Onderzoek in de TBS: Dient agressiehanteringstherapie uitgebreid te worden met psychomotorische therapie? *Tijdschrift voor de vaktherapie*, 7(3), 9-15.
- Long, L. D., & Cope, C. S. (1980). Curative factors in a male felony offender group. *Small Group Behavior*, 11(4), 389-398.
- MacDevitt, J. W., & Sanislow, C. (1987). Curative factors in offenders' groups. *Small Group Behavior*, 18(1), 72-81. doi:10.1177/104649648701800104
- McGuire, J. (2006). General offending behaviour programmes: Concept, theory, and practice. In C. R. Hollin, & E. J. Palmer (Red.), *Offending behaviour programmes: Development, application and controversies* (pp. 69-111). Chisester, United Kingdom: Wiley. doi:10.1002/9780470713341
- Migchelbrink, F. (2016). *Handboek praktijkgericht onderzoek: Zorg, welzijn, wonen en werken* (3e gewijzigde ed.). Amsterdam: SWP.
- Ministerie van Veiligheid en Justitie. (2018). *Handboek Forensische Zorg* (4e herziene ed.). Den Haag: Ministerie van Veiligheid en Justitie.
- Morgan, R. D., Ferrel, S. W., & Winterowd, C. L. (1999). Therapist perceptions of important therapeutic factors in psychotherapy groups for male inmates in state correctional facilities. *Small Group Research*, 30(6), 712-729.
- Nijkamp, M. N., & De Pauw, F. (2019). Psychomotor interventions for disruptive, impulse-control and conduct disorders: why aggression requires an experience-based treatment approach. In J. De Lange, O. Glas, J. Van Busschenbach, C. Emck, & T. (. Scheewe, *Psychomotor interventions for mental health - Adults: A movement- and body-oriented approach* (pp. 243-266). Amsterdam: Boom Uitgevers.
- NLP Mij. (2009). *NLP: 5 vormvoorwaarden om je doelen te bereiken*. Opgeroepen op Maart 2020, 2020, van Website van NLP Mij: <http://nlpmij.nl/24-04-2009/nlp-5-vormvoorwaarden-om-je-doelen-te-bereiken/Ben-Licher-RaVisie>
- Okken, R. (2002). *De bevrijdende kracht van emoties*. Meerkkerk: Astarte.
- Prins, P., & Braet, C. (Red.). (2014). *Handboek klinische ontwikkelingspsychologie* (2e herziene druk ed.). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Quinsey, V. L., Harris, G. T., Rice, M. E., & Cormier, C. A. (1998). *Violent Offenders: Appraising and managing risk*. Washington D.C., United States of America: American Psychological Association.
- Sanderlin, T. K. (2001). Anger management counseling with the antisocial personality. *Annals of the American Psychotherapy Association*, 4, 9-11.
- Smeijsters, H. (2010). *Agressieregulatie door vaktherapieën in de forensische psychiatrie*. Opgeroepen op Juni 24, 2020, van <https://surfsharekit.nl/publiek/zuyd/a42857e3-8610-4bb6-a439-76065f521a3a>
- Smeijsters, H., & Cleven, G. (2005). *Vaktherapieën in de forensische psychiatrie*. Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie.
- Spreen, M., Brand, E., Ter Horst, P., & Bogaerts, S. (2014). Handleiding en Methodologische Verantwoording HKT-R. *Historische, Klinische en Toekomstige - Revisie*.

- Stewart, I., Villate, J., & McHugh, L. (2012). Approaches to the self. In L. McHugh, & I. Stewart (Red.), *The self and perspective taking: Contributions and applications from modern behavioral science* (pp. 3-35). Oakland, CA: Context Press.
- Teten, A. L., Miller, L. A., Bailey, S. D., Dunn, N. J., & Kent, T. A. (2008). Empathic deficits and alexithymia in trauma-related impulsive aggression. *Behavioral Sciences and the Law*, 26, 823-832.
- Turner, W. A., & Casey, L. M. (2014). Outcomes associated with virtual reality in psychological interventions: Where are we now? *Clinical psychology review*, 34(8), 634-644.
- Van Dale, D., Lanting, L., & Van Delden, J. (2015). Werkzame elementen, is dat de toekomst? *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 93(6), 199-201.
- Van Dam, A., Van Tilburg, C. A., Steenkist, P., & Buisman, M. (2009). *Nooit meer door het lint: Handleiding*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- 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. Opgeroepen op Juni 24, 2020, van <https://www.databankvaktherapie.nl/download/?id=97749>
- Van der Beek, R., & Van den Bos, K. (2018). Handleiding Interventiebeschrijving vaktherapeutische beroepen. Opgeroepen op juli 13, 2019, van FVB Vaktherapie: <https://fvb.vaktherapie.nl/product-en-module-ontwikkeling>
- Van der Donk, C., & Van Lanen, B. (2019). *Praktijkonderzoek in zorg en welzijn* (3e herziene druk ed.). Bussum: Coutinho.
- Van der Ploeg, J. D. (2009). *Agressie: Ontstaan, ontwikkelingen en oplossingen*. Rotterdam: Lemniscaat.
- Van Dijk, T., Flight, S., Oppenhuis, E., & Duesmann, B. (1997). *Huiselijk geweld: Aard, omvang en hulpverlening*. Den Haag: Ministerie van Justitie, dienst Preventie, Jeugdbescherming en Reclassering.
- Van Emmerik, J., & Brouwers, M. (2001). *De terbeschikkingstelling in maat en getal: Een beschrijving van de tbs-populatie in de periode 1995-2000*. Den Haag: Ministerie van Justitie.
- Van Gemert-Pijnen, L. J., Kip, H., Kelders, S. M., & Sanderman, R. (2018). *eHealth Research, Theory and Development: A Multi-Disciplinary Approach*. Abingdon: Routledge.
- Van Yperen, T., Van Rest, E., & Vermunt, C. (1999). *Definitie van kernbegrippen: Programma's in de jeugdzorg*. Utrecht: NIZW.
- Veling, W., Moritz, S., & Van Der Gaag, M. (2014). Brave new worlds - review and update on virtual reality assessment and treatment in psychosis. *Schizophrenia bulletin*, 40(6), 1194-1197.
- Verhoeven, N. (2014). *Wat is onderzoek?: Praktijkboek voor methoden en technieken* (5e ed.). Den Haag: Boom Lemma.
- Vitaro, F., Brendgen, M., & Barker, E. (2006). Subtypes of aggressive behaviors: A developmental perspective. *International Journal of Behavioral Development*, 30(1), 12-19.

- Wapenaar, J. (2019). 'Met een LVB is het grotere plaatje zien heel moeilijk'. *Zorg + Welzijn*, 25(5-6), 30-31.
- Winterowd, C. L., Morgan, R. D., & Ferrell, S. W. (2001). Principal components analysis of important goals for group work with male inmates. *Journal for Specialist in Group Work*, 26(4), 406-417.
- Yalom, I. D. (1970). *The theory and practice of group psychotherapy*. New York, NY: Basic Books.
- Ykema, F. (2002). *Het Rots & Water-Perspectief: Een Psychofysieke Training Voor Jongens*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Zwets, A. J., Hornsveld, R. H., Muris, P., 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.
doi:10.1080/14999013.2016.1152613

Bijlage 1: Werkblad module basis

Werkblad Module basis (Commissie Product- en Module Ontwikkeling van FVB Vaktherapie, 2018)

Samenvatting

(max. 1 A-4, 400-600 woorden)

(Een samenvatting wordt geschreven bij modules en dient om de lezer een indicatie te geven van de onderhavige interventie)

Titel

Auteur

Doelgroep

Context

Doel

Interventie-aanpak

Onderbouwing

Onderzoek

Werkblad Module Basis

Titel + evt. ondertitel

NAAM AUTEUR

NAAM ONTWIKKELAAR

Jaar (van publicatie)

Context [.....]

2. Probleembeschrijving

2.1 Probleem

[.....]

2.2 Gevolgen

[.....]

3. Doelgroep

3.1 Indicaties

-
-
-
-

3.2 Contra-indicaties

-
-
-
-
-

3.3 Verwijzing en selectie

(verwijzing, intake, O&A-traject)

[.....]

4. Doelen

Hoofd- en subdoelen

-
-
-
-

5. Beschrijving van de interventie-aanpak

5.1 Architectuur van de interventie

(Onderdelen/volgorde/frequentie/intensiteit en duur)

[.....]

5.2 Inhoud van de interventie

5.2.1 (concrete activiteiten/in fasen)

[.....]

5.2.2 Rol van de therapeut

-
-
-
-
-

5.2.3 Materialen

[.....]

6. Theoretische onderbouwing van de interventie-aanpak

6.1 Welke factoren veroorzaken het probleem?

[.....]

6.2 Factoren die door middel van de interventie aangepakt/behandeld/beïnvloed worden

[.....]

6.3 Verantwoording vanuit de praktijk

(Theoretische referentiekaders, vaktherapeutische behandelvisie, praktijkervaring)
[.....]

6.4 Werkzame elementen

(beschrijving van veronderstelde samenhang en enige literatuuronderbouwing)
[.....]

7. Randvoorwaarden en kosten uitvoering-interventie-aanpak

7.1 Uitvoering

(Materialen, organisatorische randvoorwaarden, randvoorwaarden voor de cliënt)
[.....]

7.2 Opleiding en competenties

(Welke opleiding/welke training(en))
[.....]

7.3 Kosten van de interventie

[.....]

7.4 Locatie en uitvoerders

[.....]

7.5 Kwaliteitsbewaking

[.....]

8. Subtypen

(variatie van/op het beschreven product)
[.....]

9. Ontwikkelgeschiedenis

Betrokkenheid doelgroep

[.....]

Bijlage 2: Begrippen

- Samenvatting - Een samenvatting wordt geschreven bij een module en dient om de lezer een indicatie te geven van de betreffende interventie.
- Context - Hier dient de (behandel)setting waarbinnen de interventie wordt aangeboden kernachtig te worden weergegeven.
- Theoretische onderbouwing van de interventie-aanpak - In de onderbouwing wordt uiteengezet waarom deze interventie-aanpak zou kunnen werken om specifieke doelen te bereiken, binnen de gegeven context, bij deze cliënt/doelgroep met een bepaald probleem.
 - Welke factoren veroorzaken het probleem? - In de onderbouwing wordt de problematiek van de doelgroep verder geanalyseerd door een beschrijving te geven van verschillende factoren die een rol spelen bij deze problematiek. Die factoren hangen samen met de theoretische visie op het probleem.
 - Eigen toevoeging: Welke factoren houden de agressie in stand? – Wat zijn de beschermende- en risico factoren
 - Factoren die door middel van de interventie aangepakt/behandeld/beïnvloed worden - Er dient beschreven te worden op welke van de hierboven beschreven factoren de interventie aansluit en in hoeverre de problematiek van de doelgroep hierdoor behandeld wordt.
 - Verantwoording vanuit de praktijk - Na de analyse van de verschillende factoren die een rol spelen bij deze problematiek uitmondend in een of meerdere doelen, is de volgende stap het beargumenteren van de gemaakte keuzes vanuit een theoretische kader en wetenschappelijk onderzoek.
 - Werkzame elementen – “Werkzame elementen zijn onderdelen van een interventie die ervoor zorgen dat die specifieke interventie de gewenste uitwerking heeft. Werkzame elementen zijn gekoppeld aan de doelen van de interventie, moeten

aansluiten bij de doelgroep en moeten bijdragen aan een goede uitvoering van de interventie. Een (goede) combinatie van werkzame elementen maakt de interventie effectief. Belangrijk zijn zowel de inhoudelijke elementen die voortkomen uit de theorie/onderzoek/literatuur als ook de praktische elementen/ uitvoeringsaspecten die betrekking hebben op de context van een interventie.” (Van Dale, Lanting, & Van Delden, 2015)

- Probleembeschrijving - Voor welk probleem of risico is de interventie ontwikkeld? Omschrijft eerst kort in algemene termen de aard en ernst van het probleem van de doelgroep
 - Probleem - Hier dient beschreven te worden voor welk probleem de interventie ontwikkeld is of op welke hulpvraag de interventie wordt gericht.
 - Gevolgen - Door te beschrijven wat de gevolgen zijn als de behandeling van het probleem achterwege blijft, wordt het belang van de behandeling duidelijker.
- Doelgroep - Beschrijft voor welke cliëntendoelgroep de interventiebeschrijving is bedoeld. Het betreft patiënten of cliënten met eenzelfde, vergelijkbaar probleem (Van Yperen, Van Rest, & Vermunt, 1999).
 - Indicaties - Beschrijft de relevante kenmerken van de doelgroep. Indicaties geven de startsituatie van de cliënt weer, het betreft specifieke kenmerken van een groep cliënten waar de behandeling zich op richt.
 - Contra-indicaties - Een contra-indicatie is een reden of omstandigheid waarom de interventie niet zou moeten worden toegepast. Contra-indicaties verwijzen naar patiënten binnen de geïndiceerde doelgroep waarvoor de interventie niet of minder geschikt is.
 - Verwijzing en selectie - Hoe is de verwijzing georganiseerd? Een eerste selectie wordt in veel gevallen gedaan door de aanmelder of verwijzer. Beschrijft door wie de verwijzing plaatsvindt. Beschrijft hoe wordt vastgesteld of de individuele patiënt

binnen de indicaties van bovengenoemde doelgroep valt en dus over de specifieke kenmerken beschikt en hoe de verwijzing is georganiseerd.

- Doelen - Doelen vormen de rode draad van de behandelinterventie en zijn leidraad in de behandeling van probleem naar resultaat. De doelen zijn bepalend voor de inzet van middelen en materialen en voor de interventie-aanpak.
 - Hoofd- en subdoelen - Een hoofddoel verwoordt de beoogde eindsituatie van de beschreven interventie. Subdoelen zijn nadere concretisering van het hoofddoel. Subdoelen dragen bij aan het bereiken van het hoofddoel. Als de subdoelen zijn gerealiseerd is het hoofddoel bereikt.
- Beschrijving van de interventie-aanpak - De interventie-aanpak staat in relatie tot de doelen en dient tot realisatie van deze doelen. Het betreft hier de beschrijving van de manier waarop de doelen worden bereikt.
 - Architectuur van de interventie - Hier dient te worden beschreven hoe de interventie is opgebouwd.
 - Inhoud van de interventie
 - Concrete activiteiten/in fasen - Geeft een beschrijving van de concrete activiteiten die worden uitgevoerd om de doelen te verwezenlijken en geeft aan in welke volgorde dit geschiedt.
 - Rol van de therapeut - Het betreft hier de positie die de therapeut gaat innemen alsmede een specifieke attitude.
 - Materialen - Welke (vaktherapie)specifieke materialen zijn nodig voor de betreffende interventie?
- Randvoorwaarden en kosten uitvoering-interventie-aanpak - wat is nodig om de interventie daadwerkelijk uit te kunnen voeren en voor toepassing binnen welke organisatie is deze bedoeld? Dit betreft zowel de materiële als de contextuele voorwaarden. Daarnaast zijn er

mogelijk voorwaarden waaraan de cliënt dient te voldoen om te kunnen deelnemen aan deze interventie.

- Subtypen - Een subtype betreft eventuele variaties van/op het beschreven product. Er kan volstaan worden met enkel het aangeven van de variant, aanpassingen van het product hoeven hier niet te worden beschreven.
- Ontwikkelgeschiedenis
 - Betrokkenheid doelgroep - Is de doelgroep betrokken geweest bij de ontwikkeling van de interventie, en, indien van toepassing, op welke wijze is dit gebeurd?

Bijlage 3: Vergelijking agressiehanteringstherapie met 'Werkblad Module Basis'

<u>Vergelijking van de agressiehanteringstherapie op papier / in de praktijk met 'Werkblad Module Basis'</u>						
Hoofdcategorie	Categorie	Subcategorie	Agressiehanteringstherapie van Kliniek X	Praktische uitvoering van de agressiehanteringstherapie	Toelichting deelvraag 2	Toelichting deelvraag 1
Samenvatting			-	-	Ontbreekt. Buiten dat de verkregen informatie vanuit de PMT'ers natuurlijk niet vanuit een samenvatting is verkregen, zijn er wel een aantal aspecten die aangevuld zouden kunnen worden.	Het ontbreekt aan een samenvatting. Deze bevindt zich normaal gesproken op de eerste bladzijde. Hierdoor mist dus een overzichtelijke vermelding van de categorieën titel, auteur, doelgroep, context, doel, interventie-aanpak, onderbouwing en onderzoek. Naarmate de AHT van Kliniek X beter onder de loep werd genomen, werd ontdekt dat een aantal van de categorieën later werden besproken
	Max 1 A4 (400 tot 600 woorden)		-	-	N.v.t	
	Titel		-	-		
	Auteur		-	+ -	De PMT'ers weten wie de module heeft ontwikkelt. Ze benoemen de namen echter niet in het interview.	
	Doelgroep		+ -	+ -	Er wordt over de gehele verkregen informatie wel wat gezegd over de doelgroep. Echter ontbreekt er wel nog wat aan, bijv. de leeftijd. Opvallend is dat Therapeut A aan het einde zegt dat ze een groot verschil tussen de praktijk en de	Wordt wel benoemd bij bijeenkomst 1, maar niet apart bij de samenvatting.

					geschreven module, de slimheid van de cliëntenpopulatie vindt.	
	Context		+ -	+	Er wordt door de interviewers over meerdere vragen wat over de context gezegd, zodat die uiteindelijk goed aangevuld is.	Er staat bij bijeenkomst 1 wel een gedeelte van de behandelsetting beschreven. Er wordt echter niet gesproken over een aantal behandelingen, behandelruimte, etc. Bovendien staat ook dit dus niet in een samenvatting benoemd.
	Doel		-	+-	Wordt benoemd. Echter ook niet volgens Smart of vormvoorwaarden	Hoofddoel van module staat wel beschreven bij bijeenkomst 1.
	Interventie-aanpak		-	-		
	Onderbouwing		-	-		
	Onderzoek		-	-		
Module-opbouw			+ -	+ -	Er is vrij weinig bekend over de module-opbouw, op een paar punten na.	Het grootste gedeelte van de categorieën ontbreekt. Zo wordt er in de module geen naam van de auteur(s) en ontwikkelaar genoemd. Ook ontbreekt het jaar van publicatie. Wat opvallend is, is dat de bestandsnaam wel voornamen bevat, maar die worden nergens meer aangehaald.
	Titel + evt. ondertitel		+ -	+	Wordt benoemd dat dit agressiehanteringstherapie mag zijn.	Wordt benoemd, maar is niet meer van deze tijd. Wordt namelijk agressiehanteringstraining genoemd, terwijl het therapie is.
	Naam auteur		-	+ -	De PMT'ers weten wie de module heeft ontwikkeld. Ze benoemen de namen echter niet in het interview.	De namen van de auteurs worden enkel in de bestandsnaam genoemd.
	Naam ontwikkelaar		-	-		
	Jaar (van publicatie)		-	-		

	Context		+ -	+	Zie toelichting over de context bij de samenvatting	Zie toelichting over de context bij de samenvatting.
Probleem- beschrijving			+ -	+	De problemen worden uitgebreid benoemd. Waar in de geschreven module de gevolgen ontbraken, is dit uitgevraagd bij de enquête en interviews en dan blijkt dat ze dit wel goed weten en kunnen benoemen.	Er worden meerdere problemen benoemd. Dit in tegenstelling tot de gevolgen. Het ontbreekt namelijk aan een omschrijving wat er zou gebeuren wanneer er niet aan de therapie wordt deelgenomen. Hierdoor wordt de noodzaak van de therapie minder benadrukt.
	Probleem		+	+	Er worden meerdere problemen genoemd. De therapeuten komen hierin ook overeen.	Worden meerdere benoemd. Wanneer de cliënt tenminste een van de problemen ervaart, mag worden deelgenomen aan de therapie.
	Gevolgen		-	+	Er worden gevolgen benoemd voor de cliënt, de omgeving en de maatschappij.	Wordt niet benoemd.
Doelgroep			+ -	+	De therapeuten weten veel te zeggen over de (contra-)indicaties en de verwijzing en selectie. Ze liggen hierbij ook op een lijn.	De indicaties worden weergegeven. De overige categorieën worden niet aangehaald.
	Indicaties		+	+	Worden benoemd, beiden therapeuten staan hierachter.	Wordt weergegeven bij bijeenkomst 1. Niet expliciet onder kopje
	Contra-indicaties		-	+	Worden benoemd, beiden therapeuten staan hierachter. Ook wordt benoemd wat er gebeurt als een cliënt een contra-indicatie toont.	Er worden geen contra-indicaties genoemd.
	Verwijzing en selectie		-	+	Door de therapeuten wordt benoemd hoe de verwijzing en intake worden vormgegeven.	Er is niks bekend over de verwijzing en selectie.
		Verwijzing	-	+	In eerste instantie benoemen de therapeuten twee verschillende manieren van verwijzing, maar later blijkt in het interview dat deze allebei voorkomen. Hier staan ze ook allebei achter.	

		Intake	-	+	Er wordt benoemd dat bij de intake voornamelijk de inhoud van de agressiehanteringstraining wordt besproken en of de cliënt ervoor open staat. Verdere aanvullende informatie wat officieel bij een intake hoort, wordt uit het dossier gehaald.	
		O&A-traject	-	-	nvt	
Doelen					Zowel de hoofd- als subdoelen worden niet SMART geformuleerd. Wel worden er verschillende benoemd en zijn ze het eens over het hoofddoel. Echter wordt dat in de geschreven module anders geformuleerd. Verder geeft Therapeut B aan dat ze wat meer duidelijkheid wil en meer oefeningen die beter aansluiten bij het doel. Therapeut A wil meer ruimte om aan doelen te werken en om te kunnen herhalen, vooral bij de moeilijkere thema's en doelen.	Er wordt wel een hoofddoel van de gehele module benoemd, maar deze wordt niet onderverdeeld in subdoelen. Zo nu en dan wordt er wel een doel benoemd bij een werkvorm, maar dit is in een concrete vorm weergegeven, waardoor geen van de (hoofd)doelen voldoet aan de vormvoorwaarden (NLP Mij, 2009) of aan SMART (Carriëretijger, z.d.)
	Hoofd- en subdoelen		+ -	+ -	Uiteindelijk komen de therapeuten overeen tot een hoofddoel. Hier wordt echter niet over SMART besproken. Opvallend is dat ze allebei dit doel kiezen boven het beschreven doel in de module. Subdoelen worden ook beschreven, komen niet helemaal overeen, maar vullen elkaar wel aan. In de praktijk benoemen ze vaak de thema's die bovenaan staan en noemen ze niet	Het doel van de module wordt wel benoemd (hoofddoel), maar dit wordt niet onderverdeeld in subdoelen. Wel wordt regelmatig het doel van een werkvorm kort aangehaald.

					specifiek doelen, omdat dat te groot klinkt.	
Beschrijving van de interventie-aanpak			+ -	+ -		
	Architectuur van de interventie		+ -	+ -		
		Onderdelen	+	+ -	Er worden een aantal werkvormen benoemd, maar er wordt verder niet specifiek gesproken uit wat voor onderdelen een sessie bestaat.	Wordt kort benoemd met wat voor soort opdrachten er wordt gewerkt (schrijf-, doe- en denkopdrachten) en het doel daarvan.
		Volgorde	+	+	Wordt benoemd door Therapeut B	Volgorde is bekend, want de interventie wordt per bijeenkomst beschreven.
		Frequentie	+ -	+	Frequentie wordt benoemd	Er wordt benoemd hoeveel bijeenkomsten de AHT bevat, maar niet in welke regelmaat zij plaatsvinden.
		Intensiteit	-	+ -	Intensiteit wordt niks specifiek over gezegd, maar valt onder frequentie en duur	
		Duur	+	+	Opvallend was dat er eerst een verschil in duur werd aangegeven, maar dit is verhelderd.	Er wordt onderaan bij de eerste bijeenkomst benoemd dat iedere sessie de volgende opbouw heeft: drie kwartier-pauze-drie kwartier.
	Inhoud van de interventie		+ -	+ -		
		Concrete activiteiten/ in fasen	+ -	+	Er worden een aantal werkvormen van een sessie benoemd. Ook wordt daarbij aangegeven waarom die wordt gedaan.	Er wordt zo nu en dan een werkvorm benoemd. Echter ontbreekt het hierbij aan verdere uitleg.

		Rol van de therapeut	+ -	+	Wordt duidelijk besproken. Hier zitten kleine verschillen in, maar uiteindelijk sluit het bij elkaar aan.	Wordt enkel besproken bij de eerste bijeenkomst. Wel ontbreekt hier ook de positie. Bij de overige bijeenkomsten wordt niets benoemd.
		Materialen	-	+ -	Bij de bespreking van de randvoorwaarden wordt gesproken dat er sportmaterialen nodig zijn die je nodig hebt bij een werkvorm. Er wordt verder niet aangegeven per werkvorm wat dat is.	Er wordt niet geschreven welke (vaktherapie)specifieke materialen benodigd zijn.
Theoretische onderbouwing van de interventie-aanpak			-	+ -		Geen enkele categorie komt aan bod in de AHT.
	Factoren die het probleem veroorzaken		-	+ -	Therapeut B vertelt dat ze een stukje van schematherapieën gebruiken om te kijken wat uit het verleden van een cliënt littekens heeft achtergelaten. Ook benoemt ze dat ze soms kijken en uitleggen hoe verstoord gedrag heeft kunnen ontstaan.	
	Factoren die d.m.v. de interventie behandeld worden		-	+	Bij topic 2, de probleembeschrijving worden verschillende factoren benoemd.	
	Verantwoording vanuit de praktijk		-	+ -		
		Theoretische referentiekaders	-	-	Ze weten niet vanuit welke theorie de module is geschreven	
		Vaktherapeutische behandelvisie	-	+	Tijdens het interview wordt duidelijk dat er verschillende behandelvisies worden ingezet,	

					waar beide therapeuten achter staan.	
		Praktijkervaring	-	+ -	Door op te noemen wat ze in de praktijk uitvoeren, komen er veel theoretische aspecten aan bod. Niet alles wordt letterlijk verantwoord, maar de behandelstrategieën en behandelvisies wel.	
	Werkzame elementen		-	+ -		
		Beschrijving van veronderstelde samenhang	-	+	Er worden verschillende elementen benoemd die voor de therapeuten werkzaam zijn binnen de samenhang. Hierin zijn een aantal overeenkomsten en een aantal aanvullingen op elkaar.	
		Literatuuronderbouwing	-	-	Er is geen sprake van literatuuronderbouwing van de interventie-aanpak	
Rand-voorwaarden en kosten uitvoering-interventie-aanpak			-	+ -		Geen enkele categorie komt aan bod in de AHT.
	Uitvoering		-	+ -		
		Materialen	-	+ -	Wordt kort benoemd dat sportmaterialen nodig zijn die bij de oefeningen aangeboden worden. Ook wordt benoemd dat zij deze uit een potje bekostigen. Er wordt niet specifiek vermeld welke materialen er nodig zijn.	

		Organisatorische randvoorwaarden	-	+	Deze worden voornamelijk in de enquête benoemd en komen ook redelijk overeen. Hetgene wat verschilt zijn nog extra randvoorwaarden die ook passend zijn.	
		Randvoorwaarden voor de cliënt	-	+	De therapeuten benoemen verschillende randvoorwaarden, maar ze zijn wel allemaal aannemelijk om toe te voegen.	
	Opleiding en competenties		-	+		
		Welke opleiding en training(en)	-	+	De opleidingen en eventuele extra kennis wordt benoemd.	
		Kosten van de interventie	-	+	Therapeut B weet te vertellen dat ze een potje hebben voor de aanschaf van materialen. Therapeut A legt uit hoe het zit met de vergoeding van een zorgverzekeraar.	
		Locatie en uitvoerders	-	+	Wordt benoemd	
		Kwaliteitsbewaking	-	+	Er wordt benoemd dat de therapie eindigt met evaluaties met de cliënten over de module en de therapeuten.	
Subtypen			-	+ -	Zie onderstaand	Er wordt geen variatie op het geschreven product aangegeven.
	Variatie van/op het beschreven product		-	+ -	Er bestaat een module AR op maat. Dat is geschreven door een dramatherapeut en geschikt voor individuele cliënten. Verder passen ze hun eigen therapie continu aan, maar dat doen ze zelf en is dus niet geschreven.	

Ontwikkel- geschiedenis			-	+ -	De PMT'ers weten dat module werd opgezet door een behandelaar of psycholoog en een PMT'er. Dat hebben ze gedaan door naar de problematiek te kijken. Ze beschrijven echter nog niks over de betrokkenheid van de doelgroep en ze weten niet waarom er voor deze opbouw en thema's is gekozen.	Er wordt niks beschreven over de ontwikkelgeschiedenis van het product.
	Betrokkenheid doelgroep		-	-	De verwachting is dat de doelgroep niet betrokken is, maar dit is niet zeker.	
Literatuur			-	-	Het is niet bekend op welke literatuur de module gebaseerd is.	Er wordt geen gebruik gemaakt van literatuur. Wellicht dat er wel werkvormen of andere aspecten van de theorie op literatuur gebaseerd zijn, maar dit is niet benoemd.
	APA-conform		-	-		

Tabel 1 + = De module van Kliniek X of de praktische uitvoering van de AHT voldoet aan de eisen van de (hoofd-/sub-)categorie die beschreven staan in het 'Werkblad Module Basis' (2018).

- = De module van Kliniek X of de praktische uitvoering van de AHT voldoet niet aan de eisen of de desbetreffende categorie ontbreekt volledig.

+ - = De module van Kliniek X of de praktische uitvoering van de AHT voldoet deels aan de eisen.

Bijlage 4: Enquête Kliniek X - Therapeut B

Hallo Therapeut B en Therapeut A,

Bij de eerste deelvraag van mijn onderzoek vergelijk ik de AGRESSIEHANTERINGSTHERAPIE met het 'Werkblad Module Basis' van de Commissie Product- en Module Ontwikkeling van de FVB Vaktherapie (2018). Zo zie ik waar de module van Kliniek X wel aan voldoet en waar er ruimte voor verbetering ligt. Omdat ik niet heb gezien hoe de module wordt uitgevoerd en omdat het er in de praktijk vaak anders aan toe gaat, heb ik een tweede deelvraag opgesteld, die de praktische uitvoering in kaart zal brengen.

Om antwoord te kunnen geven op mijn tweede deelvraag (In hoeverre voldoet de praktische uitvoering van de agressiehanteringstherapie aan de eisen van het CPMO van de FVB?), zou ik graag informatie van jullie verkrijgen. Als eerste wil ik graag een enquête door jullie beiden in laten vullen. Vervolgens zal er nog een interview volgen om de informatie aan te vullen.

Hoe meer informatie ik via de enquête verkrijg, hoe concreter het interview zal zijn. Daarom zou het fijn zijn als jullie de enquête zo uitgebreid mogelijk invullen. Graag heb ik dat jullie dit apart van elkaar doen, omdat ik zo meer informatie verkrijg, meerdere inzichten ontvang en kan kijken naar de verschillen en overeenkomsten van de antwoorden.

De vragen zijn per topic ingedeeld. Zo nu en dan staat er bij een vraag iets tussen haakjes, dit is een hulpmiddel om de vraag te beantwoorden, maar (extra) eigen invulling mag natuurlijk ook. Wanneer er een vraag wordt gesteld die niet wordt benoemd in de AHT, dan graag beantwoorden hoe je dat zou willen zien.

Alvast bedankt voor de moeite!

Topic 1 Ontwikkelgeschiedenis:

- Hoe is de AHT tot stand gekomen?

AHT is tot stand gekomen door een basis psycholoog en een Psychomotorische therapeut bij elkaar zijn gekomen en hebben gekeken naar de problematiek van de cliënten. Daardoor is er een module ontstaan.

- Wat is de context waarin AHT wordt gegeven (instelling, welk deel behandeling, etc.)?

AHT wordt aangeboden binnen Kliniek X in de PMT zaal. Deze module wordt aangeboden aan cliënten die een opname programma hebben afgerond. Dat is meestal na 6 weken. In die 6 weken wordt een zorgplan gehouden waar samen met de cliënt en behandelaar gekeken wordt naar de hulpvraag.

Topic 2 Probleembeschrijving:

- Wat is het probleem/zijn de problemen die de cliënten hebben, waar tijdens de AHT aan gewerkt gaat worden?

Binnen AHT staat 'agressie' centraal. De problemen waar de cliënten vaak mee zitten is dat zij emoties op een agressie manier uiten omdat zij niet anders kunnen omgaan met emoties. Vaak komen er gedachtes en observeren en interpreteren bij kijken.

Zij uiten dan agressie vanuit emotie en vaak onder invloed van middelen.

- Wat zouden de gevolgen zijn wanneer de cliënt onbehandeld blijft? (cliënt, omgeving, maatschappij)

Voor de cliënt is het vaak moeilijk om met bepaalde emoties om te gaan waardoor zij die op een verkeerde manier blijven uiten waardoor er schade voor een ander en omgeving kan ontstaan. Zelf blijft de cliënt daardoor in de problemen zitten en kan er tbs met dwang als gevolg uit komen.

- Bij welke achterliggende oorzaken en gevolgen van de problematiek sluit de AHT aan?

Oorzaak: Verwaarlozing, tekorten in basis behoefte zoals : hechting, veiligheid.

Nog meer oorzaken kunnen zijn: mishandeling zowel fysiek als geestelijk, pesten, middelen misbruik, discriminatie.

Gevolg: opkropping, afstoten van mensen, ontkende emoties, middelen gebruik, antisociale persoonlijkheidsstoornis, emotie regulatie probleem.

Topic 3 Doelgroep; verwijzing en selectie:

- Hoe worden cliënten aangemeld voor de AHT (door wie, informatie die wordt doorgegeven, cliënt op de hoogte, etc.)?

De cliënt krijgt vaak vanuit de reclassering en rechter een eis waar ze aan moeten werken tijdens een behandeling.

Los daarvan wordt er gekeken naar delict of die iets met agressie te maken heeft en dan vanuit het opname programma wordt er in het zorgplan de observatie punten besproken die gezien zijn vanuit de therapeuten en vanuit de afdeling en hoofdbehandelaar. Daar wordt dan een voorstel gedaan aan de cliënt. Als de cliënt zich daar ook in kan vinden dan wordt hij aan gemeld. Als het ook een eis is van hoger hand dan wordt de cliënt ook aangemeld.

Wordt er een intake gehouden, zo ja hoe?

De cliënt wordt vanuit de behandelaar op de hoogte gebracht dat de aanmelding gedaan is. Als de therapeuten die binnen hebben gaan zij langs bij de cliënt en leggen dan kort de inhoudt en het doel van de module uit.

Topic 4 Doelgroep; (Contra-)indicatie

- Wat zijn de indicaties om deel te nemen aan de AHT?

Indicatie:

Agressie delicten, verstoorde emotie regulatie

- Vanwege welke reden of omstandigheid zou de therapie niet geschikt kunnen zijn bij een cliënt binnen de geïndiceerde doelgroep?

Minder geschikt:

Als ze niks met agressie te maken hebben.

Cliënten die nog vol in de ontkenning en weerstand zitten voor überhaupt een therapie te volgen

Niet in de groep kunnen zitten.

IQ lagen is dan 60

Topic 5 Doelen:

- Wat is het hoofddoel van de AHT?

Hoofddoel van AHT is inzicht geven waardoor er agressie is ontstaan en hoe jezelf meer grip kan krijgen je agressieve gedrag. Waardoor er uiteindelijk minder agressie incidenten ontstaan.

Wat zijn de subdoelen van de AHT?

Bij de module AHT zijn de belangrijke subdoelen nodig om je eind resultaat te behalen en dat is het leren herkennen van lichaamssignalen, emoties herkennen en onderscheiden, gedachtes die invloed hebben en helpende gedachtes. Je eigen gedrag herkennen.

Topic 6 Architectuur van de interventie:

- Hoe is de agressiehanteringstherapie opgebouwd? (aantal sessies; frequentie van de sessie; duur van de sessie; fasen in de therapie; doel per fase;)

De therapie bestaat als volgt:

Bijeenkomst 1: inleiding over de wat houdt de module in

Bijeenkomst 2: Voor en nadelen van agressie

Bijeenkomst 3: Ontstaan van agressie

Bijeenkomst 4: 5 G's beschrijven agressie incident

Bijeenkomst 5: Observaties en interpretaties

Bijeenkomst 6: Niet helpende en helpende gedachtes

Bijeenkomst 7: Niet helpende en helpende gedachtes deel 2

Bijeenkomst 8: Emoties

Bijeenkomst 9 : Emoties deel 2

Bijeenkomst 10: Gedrag beheersen

Bijeenkomst 11: anti- agressieplan

Bijeenkomst 12: evaluaties

Bijeenkomst 13 tm/... zijn de individuen sessie waarbij wel de groep aanwezig is maar dat dan 1 iemand van de groep centraal staat met het thema die de cliënt nog een keer wilt aanpakken. Afhankelijk van de aantal deelnemers duurt dan nog de AHT.

Alle therapieën zijn 1 keer in de week van 70 minuten.

- Hoe wordt de therapie afgerond? (Follow up, evaluatie, sessie 11)

Evaluaties waarin de cliënten feedback mogen geven over de module en aan ons en wij geven de cliënt een certificaat met een evaluatie van hun deelname.

- Geven jullie psycho-educatie? Zo ja, hoe wordt die vormgegeven?

Nee psycho-educatie wordt gegeven bij Training.

Topic 7 Inhoud van de interventie:

- Kun je een aantal voorbeelden van concrete activiteiten omschrijven per sessie/fase?

Bij sessie 1 is kennis maken belangrijk en hoe beweeg je in de zaal en doen we vaak ring hockey waar het component winnen en verliezen inzit.

Bij sessie 5 observeren en interpreteren doen wij vaak 'vak verdedigen' waar bij de cliënt de taak krijgt om de Ander buiten het vak te houden. De andere die kijken moeten observeren wat ze zien aan lichaamssignalen zonder daar een interpretatie aan te geven.

Bij sessie 10

Doen wij vaak prellbal waarbij het spel net anders gaat dan bij andere bal sporten en dan is de vraag hoe leer je nieuw gedrag aan en moet je iets anders doen dan wat je gewent bent.

- Welke attitude nemen jullie aan tijdens de AHT? (als er meerdere attitudes zijn graag aangeven op welk moment welke attitude)

Binnen AHT proberen we vooral op het samen te zitten omdat je moet ontdekken samen hoe de emoties en agressie werkt.

Mocht er dreigende situaties ontstaan of serieus genomen worden door de cliënten dan nemen we een leidende rol aan waarin zij meer begrenzen.

Topic 8 Theoretische onderbouwing van de interventie-aanpak:

- Hoe wordt de huidige AHT vanuit de theorie en vakliteratuur onderbouwd?

Bij de huidige AHT zijn er geen theoretische bronnen vermeld.

- Welke vaktherapeutische behandelvisies komen aan bod?

Het belangrijkste waar wij voorstaan is de cliënten laten ervaren wat er gebeurt in hun lijf qua emoties, beweging en reactie van andere daarop. Wij willen inzicht geven in wat gedrag kan oproepen op ander gedrag.

Topic 9 Randvoorwaarden en kosten uitvoering interventie-aanpak: Uitvoering, opleiding en competenties

- Welke randvoorwaarden zijn nodig bij de AHT? (opleiding/cursus, materiaal, kosten, mogelijkheden cliënt voor deelname, etc.)

AHT kan gegeven worden als je HBO PMT opleiding hebt gedaan waarbij enige achtergrond en ervaring met agressie, verslaving en persoonlijkheidsstoornissen een voorkeus zijn.

AHT kan plaats vinden in een sportzaal, met sportmaterialen, uitgangen.

Maximaal 8 cliënten.

2 PMT-er en of 1 Psycholoog en 1 PMT-er

Topic 10 Subtypen:

- Zijn er voor bepaalde cliënten ook aanpassingen/varianties (groep of individueel, verschillende diagnoses)?

De aanpassingen die gemaakt worden is afhankelijk hoe de groep loopt, reageert op elkaar en hoe snel zij dingen wel of niet oppakken. Je past continue je therapie aan.

Als een cliënt toch groeps ongeschikt blijkt te zijn dan kunnen we in overleg overwegen iets anders aan te bieden. Zelfde geldt met verschillende diagnoses.

Bijlage 5: Enquête Kliniek X – Therapeut A

Hallo Therapeut B en Therapeut A,

Bij de eerste deelvraag van mijn onderzoek vergelijk ik de AHT met het 'Werkblad Module Basis' van de Commissie Product- en Module Ontwikkeling van de FVB Vaktherapie (2018). Zo zie ik waar de module van Kliniek X wel aan voldoet en waar er ruimte voor verbetering ligt. Omdat ik niet heb gezien hoe de module wordt uitgevoerd en omdat het er in de praktijk vaak anders aan toe gaat, heb ik een tweede deelvraag opgesteld, die de praktische uitvoering in kaart zal brengen.

Om antwoord te kunnen geven op mijn tweede deelvraag (In hoeverre voldoet de praktische uitvoering van de agressiehanteringstherapie aan de eisen van het CPMO van de FVB?), zou ik graag informatie van jullie verkrijgen. Als eerste wil ik graag een enquête door jullie beiden in laten vullen. Vervolgens zal er nog een interview volgen om de informatie aan te vullen.

Hoe meer informatie ik via de enquête verkrijg, hoe concreter het interview zal zijn. Daarom zou het fijn zijn als jullie de enquête zo uitgebreid mogelijk invullen. Graag heb ik dat jullie dit apart van elkaar doen, omdat ik zo meer informatie verkrijg, meerdere inzichten ontvang en kan kijken naar de verschillen en overeenkomsten van de antwoorden.

De vragen zijn per topic ingedeeld. Zo nu en dan staat er bij een vraag iets tussen haakjes, dit is een hulpmiddel om de vraag te beantwoorden, maar (extra) eigen invulling mag natuurlijk ook. Wanneer er een vraag wordt gesteld die niet wordt benoemd in de AHT, dan graag beantwoorden hoe je dat zou willen zien.

Alvast bedankt voor de moeite!

Topic 1 Ontwikkelgeschiedenis:

- Hoe is de AHT tot stand gekomen?

Binnen Kliniek X werden er veel problematieken gezien die te maken hebben met agressie. Vanuit deze observatie is er besloten dat er hier een therapie voor ontwikkelend moest worden. Vanuit ervaringen was er bekend dat alleen CGT (cognitieve gedrags therapie) en alleen PMT niet voldoende zou zijn. Hierdoor is er een keuze gemaakt om dit samen te voegen binnen de AHT. De module is ontwikkeld door een behandelaar die hier al lange tijd werkt en een collega van PMT.

Hoe zij hebben besloten hoe de opbouw van de module eruit moest komen te zien en welke thema's en behandeld moesten worden weet ik niet.

- Wat is de context waarin AHT wordt gegeven (instelling, welk deel behandeling, etc.)?

AHT wordt aangeboden binnen een groep die bestaat uit maximaal 8 cliënten. De therapie wordt 1x in de week 60 min aangeboden en gegeven door een psychotherapeut en een PMT'er. De behandelaar besluit wanneer de therapie in de behandeling toepasselijk is. Vaak is dit al vrij vroeg in de behandeling.

Cliënten hebben allemaal een agressie problematiek, deze kan er wel verschillend uitzien. Over het algemeen allemaal extenaliserende agressie en agressie die voort komt vanuit een antisociale problematiek.

Topic 2 Probleembeschrijving:

- Wat is het probleem/zijn de problemen die de cliënten hebben, waar tijdens de AHT aan gewerkt gaat worden?

- Agressie probleem
 - o Fysiek
 - o Verbaal
 - o Extinaliserend
- Impulsiviteit
- Uiten van emoties en gevoelens
- Leren herknenn van emoteis en geveolens
- Leren hereknenn van lichaamssiganlen.

- Wat zouden de gevolgen zijn wanneer de cliënt onbehandeld blijft? (cliënt, omgeving, maatschappij)

De cliënt zal agressie in blijven zetten op momenten wanneer hij overvraagd wordt of iets voor elkaar willen krijgen. Heeft niet geleerd hoe je verschillende situatie kunt aanpakken zonder agressie in te zetten. (bv. In gesprek gaan).

- Bij welke achterliggende oorzaken en gevolgen van de problematiek sluit de AHT aan?

Bij cliënten met een persoonlijkheid problematiek.

(ik snap de vraag niet helemaal)

Topic 3 Doelgroep; verwijzing en selectie:

- Hoe worden cliënten aangemeld voor de AHT (door wie, informatie die wordt doorgegeven,

Cliënten worden aangemeld door behandelaar. Informatie die wordt doorgegeven is de informatie die in het dossier staat. Deze kan door de therapeut ingelezen worden.

Daarnaast wordt informatie van andere therapieën door gegeven door middel van dagelijkse rapportages. Het is helaas niet mogelijk om deze altijd gelezen te hebben.

Client wordt op de hoogte gebracht door behandelaar (dit is ook niet altijd het geval). Tijdens een behandel plan vindt er afstemming plaatst over de voortgang van de therapie.

cliënt op de hoogte, etc.)?

- Wordt er een intake gehouden, zo ja hoe?

Als cliënten zijn aangemeld worden ze uitgenodigd door therapeuten. Bij deze uitnodiging wordt kort verteld wat de therapie inhoudt en of ze er open voor staan. Hier wordt informatie gedeeld zoals hoe vaak de therapie plaats gaat vinden, welk tijdstip en door wie het gegeven wordt. Tijdens de eerste bijeenkomst wordt er met de gehele groep persoonlijke doelstellingen geformuleerd.

Topic 4 Doelgroep; (Contra-)indicatie

- Wat zijn de indicaties om deel te nemen aan de AHT?

- Agressie gedrag wat van invloed is geweest ten tijden van je delict.
- Impulsiviteit
- Agressie inzetten als middel om dingen voor elkaar te krijgen.

- Vanwege welke reden of omstandigheid zou de therapie niet geschikt kunnen zijn bij een cliënt binnen de geïndiceerde doelgroep?

- Psychose
- Agressie gericht op zichzelf (automutilatie)
- ongemotiveerd

Topic 5 Doelen:

- Wat is het hoofddoel van de AHT?

- Bewust worden van eigen gedrag en handelen en waarom er bij iemand agressie ontstaat, welke emotie speelt een rol, dit herkennen en dan anders gaan handelen.

- Wat zijn de subdoelen van de AHT?

- Leren herkennen van lichaamssignalen
- Leren herkennen van oplopende spanning
-

Topic 6 Architectuur van de interventie:

- Hoe is de agressiehanteringstherapie opgebouwd? (aantal sessies; frequentie van de sessie; duur van de sessie; fasen in de therapie; doel per fase;)

- 16 sessies en daarna nog een sessie per individuele cliënt die mee doet. Dit is wel een groeps sessie maar 1 iemand staat dan centraal.
- 1x in de week/ 60 minuten
- Wordt gegeven door een PMT en een psychotherapeut
- Doel per fase staat beschreven bij iedere losse bijeenkomst (titel van de bijeenkomst)

- Hoe wordt de therapie afgerond? (Follow up, evaluatie, sessie 11)

Door iedereen eenmaal centraal te zetten, evaluatie van het proces, uitreiking van het certificaat.

- Geven jullie psycho-educatie? Zo ja, hoe wordt die vormgegeven?

Er wordt niet concreet psycho educatie gegeven. Samen met een psychotherapeut wordt er wel een stuk cgt bij betrokken (cognitieve gedrags- therapie)

Topic 7 Inhoud van de interventie:

- Kun je een aantal voorbeelden van concrete activiteiten omschrijven per sessie/fase?

Zie oefeningen die staan omschreven in de module

- Welke attitude nemen jullie aan tijdens de AHT? (als er meerdere attitudes zijn graag aangeven op welk moment welke attitude)

- Empathisch (start therapie, begrip tonen voor situatie waar ze terecht in zijn gekomen)
- Duidelijk en structuur (loopt als een rode draag door alle therapieën heen, waardoor je betrouwbaar bent)
- Macho (tijdens oefeningen, cliënten in de ervaring te zetten)
- Boven, onder en naast de cliënt. (om cliënten in de ervaring te zetten)

Topic 8 Theoretische onderbouwing van de interventie-aanpak:

- Hoe wordt de huidige AHT vanuit de theorie en vakliteratuur onderbouwd?

Omdat ik de module zelf niet heb geschreven weet ik niet vanuit welke theorie de module is geschreven.

- Welke vaktherapeutische behandelvisies komen aan bod?

- Schema therapie
- CGT (cognitieve gedragstherapie)
- In contact staan met je eigen lichaam
- Leren door te ervaren

Topic 9 Randvoorwaarden en kosten uitvoering interventie-aanpak: Uitvoering, opleiding en competenties

- Welke randvoorwaarden zijn nodig bij de AHT? (opleiding/cursus, materiaal, kosten, mogelijkheden cliënt voor deelname, etc.)

Opleiding PMT, kennis over CGT, kennis over ontstaan agressie en hoe hiermee om te gaan.

Kosten worden gedekt omdat je intern werkt, zodra je een therapie aanbied wordt dit verhaald op de zorgverzekeraar.

Materiaal wat je nodig hebt bij de oefeningen die aangeboden worden

Topic 10 Subtypen:

- Zijn er voor bepaalde cliënten ook aanpassingen/varianties (groep of individueel, verschillende diagnoses)?

Je past continue de basis die staat aan, aan de huidige groep waardoor het aansluit bij de cliënt.

Daarnaast wordt er een modulele AR- op maat aangeboden voor individuele cliënten.

Bijlage 6: Transcriptie interview Therapeut B

I= interviewer

G= Geïnterviewde, Therapeut B

I: En haal je ze dan dus eigenlijk ook een beetje uit hun comfortzone? Dus waardoor

G: Ja, vooral eruit halen ja, ja.

I: Uhm verder viel het mij op dat bij bijeenkomst 5 wordt pionvoetbal als werkvorm in de module geschreven, terwijl jullie in de praktijk dan vakverdedigen.

G: Nog een keer. Wat, wat staat wat zei je. Hè huh? Pionvoetbal?

I: Bij bijeenkomst 5

G: Ja.

I: Bij de module op papier, staat pionvoetbal als werkvorm.

G: Ja.

I: En dan doen jullie in de praktijk vakverdedigen.

G: Ja.

I: Wat vindt jij passender en waarom?

G: Uhm nouja ze kunnen allebei, maar wij doen eigenlijk kiezen wij ervoor voor het vakverdedigen, omdat we in vakverdedigen moeten wij dus een ruimte van hun binnendringen zegmaar. En hun zijn heel erg van hè 'dit is van mij' en als ze eraan komen dan, nou ja dan slaan ze erop los. En uh het gaat er vooral om dat de ander gaat zien wat het bij de ander doet en of je dus kan zien dat er spanning oploopt bij iemand en hoe ga je daar dan dus op reageren.

I: [Bevestigend geluid]

G: Stel je dan je grens of of blijf je doorgaan en wacht je tot het inderdaad ontploft.

I: Ja. En dat komt dan dus meer tot uiting bij het vakverdedigen?

G: Ja, want dan zit de anderen moeten dan ook echt gaan kijken van wat er gebeurt en binnen pionvoetbal ben je zo actief bezig dat er eigenlijk zoveel gebeurt dat anderen dat niet eens altijd meer zien.

I: [Bevestigend geluid]

G: En dan blijven ze het erop gooien 'ja, maar pionvoetbal of pionvoetbal vind ik leuk en dan mag je fysiek worden, want dat hoort bij de sport.'

I: Ja, ja

G: Ja. Het enige is dan natuurlijk hoeft dat helemaal niet, maar voor hun misschien wel.

I: Oké. Uhm dan heb ik nog weer zo'n verschilletje. Uhm dat is van bijeenkomst 8. Dat is van gedrag beheersen. Dan staat er eigenlijk geen werkvorm benoemd in de module terwijl jullie in de praktijk dan prellbal doen?

G: Ja.

I: Wat vindt jij passender en waarom?

G: Prellbal ...

I: [Bevestigend geluid]

Bijlage 7: Transcriptie interview Therapeut A

I= Interviewer

G= Geïnterviewde, Therapeut A

I: Ja [lacht]

G: En dan uiteindelijk gaan we ze ook wel laten zien dat je heel veel agressie vanuit bepaalde emoties hebt en dat dat ook een hele invloed hebben, maar wij zien hier vooral cliënten die het instrumenteel inzetten.

I: [Bevestigend geluid]

G: Alleen wij weten dat dat niet alleen daar vandaan komt. Dat daar vaak wel een emotie achterligt. Maar dat we nu dan gaan proberen in deze modules, daar naar te gaan naar te kijken.

I: Ja, en dan bedoel je bijvoorbeeld het verdriet ofzoiets? Wat dat

G: Wat zei je?

I: Dan bedoel je bijvoorbeeld net als uhm net werd benoemt dat met verdriet bijvoorbeeld komt dat ze daarom agressie laten zien.

G: [Bevestigend geluid]. Ja.

I: Oke. Uhm verder maak ik ook op uit de enquêtes dat de cliënten moeite hebben met emoties, lichaamssignalen en gevoelens.

G: [Bevestigend geluid].

I: Dat klopt ook weer?

G: Ja.

I: Uhm en wat voor aanvullingen heb je daar nog op?

G: Uhm nou ja daarom is het heel erg de combinatie ook geworden met PMT en niet alleen maar cognitieve gedragstherapie, omdat we ze dus dan heel erg in het gevoel zetten met een oefening. We hebben hier een keer een cliënt gehad die uh die uh zei dat die geen angst kende en spanning enzo.

I: [Bevestigend geluid]

G: Toen hebben we hem dus op een tafel gezet en dan zo achterover laten vallen, weet je wel, dat de groep op moet laten vangen.

I: Ja.

G: En dan wordt de emotie veel groter, waardoor dat die wel gaan voelen. En dan uhm ja het gaat er niet om dat ze dan de emotie niet meer kunnen ontkennen, want dat gaan ze toch wel doen, maar ook wat meer uhm dat je dat ze 't dan ervaren en dat je het dan erover kunt hebben over de lichaamssignalen die er gebeuren. Dus daardoor is het eigenlijk ook vooral een combinatie geworden tussen PMT en cognitieve gedragstherapie.

I: Oké. Uhm verder wordt er ook in de enquête gesproken over uhm middelengebruik en dat dat. Hoe heeft dat invloed op de emoties, lichaamssignalen en gevoelens?

G: uh ja als je heel veel aan middelen zit dan ga je de andere emoties en gevoelens onderdrukken. Dus cliënten zijn dat vaak gaan gebruiken om uh emotie en gevoelens die ze hebben te onderdrukken, daardoor leren ze niet meer om die te uiten.

I: [Bevestigend geluid]

Bijlage 8: Horizontale vergelijking enquêtes en interviews

Topic 1 Ontwikkelgeschiedenis

Vraag en toelichting	Antwoord R1	Antwoord R2	Bevindingen
1. Hoe is de AHT tot stand gekomen? Toelichting: Met deze vraag wilde ik tot inzicht komen hoe de module is ontwikkelt, aangezien hier nergens iets over geschreven staat.	AHT is tot stand gekomen doordat een basis psycholoog en een Psychomotorische therapeut bij elkaar zijn gekomen en hebben gekeken naar de problematiek van de cliënten. Daardoor is er een module ontstaan.	Binnen Kliniek X werden er veel problematieken gezien die te maken hebben met agressie. Vanuit deze observatie is er besloten dat er hier een therapie voor ontwikkelt moest worden. Vanuit ervaringen was er bekend dat alleen CGT (cognitieve gedragstherapie) en alleen PMT niet voldoende zou zijn. Hierdoor is er een keuze gemaakt om dit samen te voegen binnen de AHT. De module is ontwikkelt door een behandelaar die hier al lange tijd werkt en een collega van PMT. Hoe zij hebben besloten hoe de opbouw van de module eruit moest komen te zien en welke thema's er behandeld moesten worden weet ik niet.	De respondenten zeggen beiden dat er naar de problematiek werd gekeken en dat er toen een behandelaar/psycholoog en een PMT'er samen deze module hebben ontwikkelt. Ze weten dus wel wie het heeft ontwikkelt en waarom, maar ze geven niks aan over het proces.
2. Heb jij een idee hoe ze tot de thema's en werkvormen in de module zijn gekomen? Doorvraag: Weet jij of er ook naar andere plekken of literatuur is gekeken? Toelichting: Deze vraag werd aan R1 gesteld, nadat R2 in aangaf dat ze niet wist hoe er was besloten dat de opbouw van de module eruit moest komen te zien en welke thema's er behandeld moesten worden.	Op de werkvormen betreft PMT, hebben de PMT'ers zelf de meeste invloed gehad door te kijken welk thema er is en welke oefeningen je daar het beste bij kan bedenken. Doorvraag antwoord: Nee, en ik kan dat er ook niet in vinden eigenlijk. Ik zie nergens bronvermelding	-	Het is onbekend hoe er tot deze opbouw, werkvormen en thema's is gekomen.

3. Ik haal uit jullie enquêtes dat er bij de ontwikkeling vooral wordt gekeken naar de problematieken. En dat het dan werd opgezet door een behandelaar of een psycholoog en een PMT'er. Dat klopt hè? Toelichting: Met deze vraag wilde ik kijken of ik de antwoorden uit de enquêtes zo goed had samengevat.	Ja. [Knikt].	[Bevestigend geluid]	Beide respondenten gaan akkoord met de uitspraak dat de module is ontwikkelt doordat er gekeken werd naar de problematieken en dat het werd opgezet door een behandelaar of een psycholoog en een PMT'er.
4. Was de doelgroep betrokken bij de moduleontwikkeling en op wat voor manier? Toelichting: Officieel hoort er bij de ontwikkelgeschiedenis ook beschreven te worden wat de betrokkenheid van de doelgroep hierin was. Echter ontbreekt dit, dus is hiernaar gevraagd.	Het is niet zo dat ze dat aan de cliënt zelf dat gevraagd hebben, denk ik.	De module is al heel lang geleden gemaakt voordat ik hier werkte, dus daar heb ik geen idee van, maar ik denk het niet.	Beide respondenten denken dat de cliënten niet betrokken zijn bij de moduleontwikkeling.
3. Wat is de context waarin AHT wordt gegeven (instelling, welk deel behandeling, etc.)? Toelichting: Er mist op papier wat info betreffende de context. Hier is geen aparte topic voor gemaakt, dus heb ik dat bij de enquête toegevoegd.	AHT wordt aangeboden binnen Kliniek X in de PMT zaal. Deze module wordt aangeboden aan cliënten die een opname programma hebben afgerond. Dat is meestal na 6 weken. In die 6 weken wordt een zorgplan gehouden waar samen met de cliënt en behandelaar gekeken wordt naar de hulpvraag.	AHT wordt aangeboden binnen een groep die bestaat uit maximaal 8 cliënten. De therapie wordt 1x in de week 60 min aangeboden en gegeven door een psychotherapeut en een PMT'er. De behandelaar besluit wanneer de therapie in de behandeling toepasselijk is. Vaak is dit al vrij vroeg in de behandeling.	AHT wordt binnen Kliniek X aangeboden in een zaal aan een groep van maximaal 8 cliënten door een PMT'er en een psychotherapeut. Beiden geven ook aan dat de behandelaar bekijkt wanneer en of AHT van toepassing is.

Topic 2 Probleembeschrijving

Vraag en toelichting	Antwoord R1	Antwoord R2	Bevindingen
1. Wat is het probleem/zijn de problemen die de cliënten hebben, waar tijdens de AHT aan gewerkt gaat worden? Toelichting: Bij een probleembeschrijving hoort een omschrijving van de problemen van cliënten waar tijdens de AHT aan wordt gewerkt. Dit was niet duidelijk, dus is het uitgevraagd.	Binnen AHT staat 'agressie' centraal. De problemen waar de cliënten vaak mee zitten is dat zij emoties op een agressieve manier uiten omdat zij niet anders kunnen omgaan met emoties. Vaak komen er gedachtes en observeren en interpreteren bij kijken. Zij uiten dan agressie vanuit emotie en vaak onder invloed van middelen.	- Agressie probleem - o Fysiek - o Verbaal - o Externaliserend - Impulsiviteit - Uiten van emoties en gevoelens - Leren herkennen van emoties en gevoelens - Leren herkennen van lichaamssignalen.	De respondenten benoemen beiden het omgaan met emoties en het uiten van agressie. Ze richten zich beiden op hetzelfde, maar hier kan nog meer op doorgevraagd worden.
2. Het grootste probleem waar de AHT zich op richt is natuurlijk agressie, maar wat voor soorten onderscheiden jullie hierin? Toelichting: In de probleemanalyse worden al verschillende soorten agressie besproken, maar het is nog onduidelijk welke agressie ze in de praktijk onderscheiden.	Alle vormen eigenlijk, want agressie maken we heel breed. De non-verbale agressie komt heel erg naar voren. Instrumentele agressie en inderdaad de fysieke agressie. Dat zijn de drie hoofdlijnen waar we wel echt op richten.	Ja, we richten ons eigenlijk vooral op fysieke agressie en dan zien we hier veel cliënten met in instrumentele agressie. Uiteindelijk gaan we ze ook wel laten zien dat je heel veel agressie vanuit bepaalde emoties hebt en dat dat ook een hele invloed heeft, maar wij zien hier vooral cliënten die het instrumenteel inzetten.	Beide respondenten benoemen fysieke en instrumentale agressie. Hierin komen ze dus ook redelijk overeen al benoemt R1 ook nog non-verbale agressie en R2 benoemt de emoties die onder de agressie zitten.
3. Uit de enquêtes maakte ik op dat de cliënten moeite hebben met emoties, lichaamssignalen en gevoelens. Klopt dat? Toelichting: Met de eerste vraag wilde ik checken of mijn conclusie van de gestelde vraag juist was. Door middel van de tweede vraag wilde ik kijken of er nog meer aspecten zijn waar cliënten moeite mee hebben.	Ja. Doorvraag: En heb je daar nog aanvullingen op van waar dat ze dan nog meer moeite mee hebben? In deze module komen we er vooral achter dat emoties herkennen, dat dat echt heel moeilijk is. Dat is het hoofdpunt, want bij hun is het gewoon allemaal terecht en is het vooral allemaal boos, maar ze zien niet in	Ja. Doorvraag: En heb je daar nog aanvullingen op van waar dat ze dan nog meer moeite mee hebben? Daarom is het de combinatie ook geworden met PMT en niet alleen maar cognitieve gedragstherapie, omdat we ze dan in het gevoel zetten met een oefening. En dan wordt de emotie veel groter, waardoor ze die wel gaan voelen. En dan hebben ze het	Het herkennen van meerdere emoties is van groot belang en daar is PMT volgens R2 wel werkzaam in, aangezien ze dan in de ervaring worden gezet en een emotie kunnen vergroten, zodat ze het erover kunnen hebben.

	dat onder boosheid ook misschien wel verdriet of angst zitten.	ervaren en kun je het over de lichaamssignalen hebben.	
4. Er wordt in de enquêtes ook gesproken dat middelengebruik effect heeft hierop, maar wat voor invloed heeft middelengebruik dan op de emoties, lichaamssignalen en gevoelens? Toelichting: Deze vraag wordt gesteld aangezien dit wordt benoemd als een van de 'problemen'.	Ja, middelengebruik kunnen of dingen versterken als we het hebben over cocaïne; dan kan je heel de wereld aan, dan voel je niks en dan ben je vaker opgefokt. En bij blowen wordt je juist heel rustig en dempt alles af. Dus dan is er ook weinig emotie en kunnen ze beter allerlei dingen laten gaan en dan als het uitgewerkt is, komt het als een bom binnen en dan zijn ze boos waardoor er dus ook een delict ontstaat. Terwijl daarvoor misschien wel dingen spelen waardoor ze überhaupt zijn gaan gebruiken en dan de agressie ontstaat. Dus de gewone emotie zoals die echt is op dat moment, die kennen ze bijna niet, want op het moment dat ze merken dat iets pijn doet, gaan ze iets gebruiken. Nu moeten ze op een nuchtere manier aan hun lichaamssignalen en emoties werken. En dat kennen ze alleen maar onderdrukt, dus dat gaat vaak niet goed	Als je heel veel aan middelen zit dan ga je de andere emoties en gevoelens onderdrukken. Dus cliënten zijn vaak gaan gebruiken om emotie en gevoelens die ze hebben te onderdrukken, daardoor leren ze niet meer om die te uiten. Dat moet er op een gegeven moment toch uit en dan komt er vaak een agressie-incident. Dus zeker heeft dat invloed. Ze herkennen vaak alleen de emotie boos, omdat alles dus omzet in boos.	Beide therapeuten zijn van mening dat middelengebruik veel invloed heeft op de emoties, lichaamssignalen en gevoelens. Cliënten willen dat onderdrukken met behulp van middelen, maar uiteindelijk is het middel uitgewerkt en dan slaat alles binnen als een bom, waardoor er een delict ontstaat. Hierdoor herkennen ze vaak alleen de emotie boos, omdat ze die overhouden en de rest onderdrukken.
5. Wat zouden de gevolgen zijn wanneer de cliënt onbehandeld blijft? (cliënt, omgeving, maatschappij) Toelichting: Door te beschrijven wat de gevolgen zijn als de behandeling van het probleem achterwege blijft, wordt het belang van de behandeling duidelijker (Van der Beek & Van den Bos, 2018)	Voor de cliënt is het vaak moeilijk om met bepaalde emoties om te gaan waardoor zij die op een verkeerde manier blijven uiten waardoor er schade voor een ander en omgeving kan ontstaan. Zelf blijft de cliënt daardoor in de problemen zitten en kan er tbs met dwang als gevolg uit komen.	De cliënt zal agressie in blijven zetten op momenten wanneer hij overvraagd wordt of iets voor elkaar willen krijgen. Heeft niet geleerd hoe je verschillende situatie kunt aanpakken zonder agressie in te zetten. (bv. In gesprek gaan).	Beide respondenten zijn het eens dat agressie geuit zal blijven worden. Ook wordt door R1 benoemd dat dit schade voor een ander en de omgeving kan veroorzaken en dat hierdoor de cliënt ook tbs met dwang opgelegd zou kunnen krijgen.

6. Als gevolg wanneer een cliënt geen AHT krijgt aangeboden, dan wordt er benoemd dat het schade kan aanrichten voor een ander en de omgeving. Hoe kan die schade eruit zien? Toelichting: In de enquête werd gesproken over schade aan de omgeving. Om eigen invulling tegen te gaan is dit uitgevraagd.	Bij materiële agressie betekent dat gaten in de muur of dat er met dingen gesmeten wordt. Bij fysieke agressie is er ook schade aan de mens, want dan is het nog steeds dat ze meteen slaan. Dus dan is het niet alleen voor hunzelf, maar zeker ook de omgeving gaat daar dan last van krijgen. Doorvraag: En dat is dan dus vaak een soort van mishandeling? Ja. Dat kan binnen huiselijke kring zijn tegen hun partner, maar dat kan ook natuurlijk gewoon op straat zijn tegen politie, auto's, etc. Alle geweldsdelicten die je kent, die komen daar vandaan.	Dat kan heel verschillend zijn. Dat kan in het verkeer een incident zijn dat de cliënt iemand aanvalt, dat kan in relationele sferen zijn. Dus agressie naar de partner toe. En dat kan zijn van dat er gewoon een keer een klap uit wordt gedeeld tot een gevecht waarin moord uiteindelijk eindigt. Ja, dat kan echt heel breed zijn.	Na het doorvragen is gebleken dat beide respondenten benoemen dat met schade voor de omgeving onder andere agressie naar de partner kan zijn. Beiden benoemen ook dat dit heel breed is en bijvoorbeeld ook op straat kan zijn. Alle geweldsdelicten hebben hiermee te maken.
7. Wat zouden de gevolgen voor de maatschappij zijn als de cliënten geen behandeling kregen? Toelichting: In de enquête werd dit gedeelte in de antwoorden overgeslagen, dus heb ik dit in het interview terug laten komen.	Het vorige antwoord, en dan zeg ik fysieke schade aanrichten, zowel aan mensen, maar ook dus aan materialen. Denk maar aan voetbalrellen. Dat hoort er ook allemaal bij.	Nou ja ook die agressie-problemen. En dat ze dan ook incidenten hebben dat als je bijvoorbeeld naar een restaurant gaat en dat als een cliënt dan niet z'n zin krijgt dat daar dan ook agressie-incidenten kunnen ontstaan.	Beide respondenten zeggen dat er veel overeenkomst is met de gevolgen voor de omgeving. Wel benoemt R1 nog de schade aan materialen in een andere context en benoemt R2 dat zonder behandeling van de cliënten je in alledaagse omgevingen agressie tegen zou kunnen komen.
8. Bij welke achterliggende oorzaken en gevolgen van de problematiek sluit de AHT aan? Toelichting:	Oorzaak: Verwaarlozing, tekorten in basis behoefte zoals : hechting, veiligheid. Nog meer oorzaken kunnen zijn: mishandeling zowel fysiek als geestelijk, pesten, middelen misbruik, discriminatie. Gevolg: opkropping, afstoten van mensen, ontkende emoties, middelen gebruik,	Bij cliënten met een persoonlijkheid problematiek? (ik snap de vraag niet helemaal)	R2 begreep de vraag niet, maar R1 benoemt duidelijke oorzaken en gevolgen die de vraag al beantwoorden.

Om inzichtelijk te krijgen bij welke oorzaken en gevolgen van de problematiek de module zich aansluit. Dit komt dus ook voor bij de cliënten van de respondenten.	antisociale persoonlijkheidsstoornis, emotie regulatie probleem.		
---	--	--	--

Topic 3 Doelgroep; verwijzing en selectie

Vraag en toelichting	Antwoord R1	Antwoord R2	Bevindingen
1. Hoe worden cliënten aangemeld voor de AHT (door wie, informatie die wordt doorgegeven, cliënt op de hoogte, etc.)? Toelichting: Om meer te weten te komen over de aanmelding was het van belang om dit uit te vragen. Door met een open vraag te beginnen kon ik bij de interviews verder doorvragen.	De cliënt krijgt vaak vanuit de reclassering en rechter een eis waar ze aan moeten werken tijdens een behandeling. Los daarvan wordt er gekeken naar het delict of die iets met agressie te maken heeft en dan vanuit het opnameprogramma worden er in het zorgplan de observatie punten besproken die gezien zijn vanuit de therapeuten, vanuit de afdeling en vanuit de hoofdbehandelaar. Daar wordt dan een voorstel gedaan aan de cliënt. Als de cliënt zich daar ook in kan vinden dan wordt hij aan gemeld. Als het ook een eis is van hoger hand dan wordt de cliënt ook aangemeld.	Cliënten worden aangemeld door behandelaar. Informatie die wordt doorgegeven is de informatie die in het dossier staat. Deze kan door de therapeut ingelezen worden. Daarnaast wordt informatie van andere therapieën door gegeven door middel van dagelijkse rapportages. Het is helaas niet mogelijk om deze altijd gelezen te hebben. De cliënt wordt op de hoogte gebracht door behandelaar (dit is ook niet altijd het geval). Tijdens een behandelplan vindt er afstemming plaatst over de voortgang van de therapie.	R1 zegt dat cliënten aangemeld kunnen worden vanuit een hogere hand of vanuit de hoofdbehandelaar. Mocht dit vanuit het tweede zijn dan gaat er een bespreking aan vooraf met therapeuten, vanuit de afdeling en de hoofdbehandelaar waarin observatiepunten worden besproken. Ook wordt er gekeken of het delict iets met agressie te maken had en dat stelt de hoofdbehandelaar een behandeling voor aan de cliënt. R2 zegt ook dat de hoofdbehandelaar aanmeldt, maar spreekt niet van een hogere hand. Wel wordt door haar benoemd dat informatie die wordt doorgegeven in een dossier staan, wat ingelezen kan worden. Ook wordt er door andere therapieën informatie doorgegeven aan de hand van dagelijkse rapportages, die niet altijd gelezen worden. Ook wordt een cliënt niet altijd op de hoogte gebracht door een behandelaar.
2. Uit de enquêtes heb ik de conclusie getrokken dat jullie twee opties voor een verwijzing hebben. Dat is of door een directe eis van de hogere hand of door een bespreking van de therapeuten, de afdeling en de hoofdbehandelaar. Klopt dat?	Ja.	[Bevestigend geluid]	Beide respondenten gaan akkoord met de conclusie.

Toelichting: Door middel van deze vraag, wilde ik kijken of mijn conclusie klopte en ik de antwoorden dus goed had samengevat.			
3. En dan bij die tweede optie, dus de bespreking van de therapeuten, de afdeling en de hoofdbehandelaar. Wie is er dan doorslaggevend, die dus doorverwijst naar jullie AHT? Toelichting: Het was nog onduidelijk wie nu daadwerkelijk de verwijzer is. Dus werd dit duidelijker verwoordt.	De behandelaar vaak, maar dat is dan wel overlegd. Wij kunnen advies aandragen en een behandelaar ook. En hij is degene die het ook echt wel naar de cliënt gaat communiceren en ook degene is die dat echt op gaat leggen.	De behandelaar.	Beide respondenten zeggen dat de behandelaar doorslaggevend is.
4. Wordt er een intake gehouden, zo ja hoe? Toelichting: Vaak is een intake de eerste kennismaking, maar hier was geen informatie over bekend. Dus werd dit uitgevraagd.	De cliënt wordt vanuit de behandelaar op de hoogte gebracht dat de aanmelding gedaan is. Als de therapeuten die binnen hebben gaan zij langs bij de cliënt en leggen dan kort de inhoud en het doel van de module uit.	Als cliënten zijn aangemeld worden ze uitgenodigd door therapeuten. Bij deze uitnodiging wordt kort verteld wat de therapie inhoudt en of ze er open voor staan. Hier wordt informatie gedeeld zoals hoe vaak de therapie plaats gaat vinden, welk tijdstip en door wie het gegeven wordt. Tijdens de eerste bijeenkomst wordt er met de gehele groep persoonlijke doelstellingen geformuleerd.	Beide respondenten verwoorden dat zodra cliënten zijn aangemeld er een gesprek plaats vindt tussen de cliënt en de therapeut. Dan wordt de module inhoudelijk doorgenomen. Ook worden wat praktische randzaken besproken
5. In de enquêtes wordt ook besproken dat bij de intake voornamelijk de inhoud van de agressiehanteringstraining wordt besproken en of de cliënt ervoor open staat. Maar bij een intake hoort officieel ook een anamnese en de uitbreiding van de achtergrond van de problematiek en van de leefsituatie, etc. Hoe weten jullie die informatie?	Die weten wij vanuit het dossier. Doorvraag: En dat wordt erin gezet door? Volgens mij een groot gedeelte door de behandelaar en sommige stukken ook vanuit de diagnostiek. En als ze vanuit een andere instelling komen dan is er al vaak een Pro Justitia rapport die al een diagnose heeft gedaan. Vaak is dat bij	Dat is denk ik het verschil tussen klinisch en niet-klinisch. Dat je als iemand niet klinisch is helemaal een anamnese hebt. En hier in een klinische setting, is dat al gedaan door een behandelaar en hebben wij het brondocument waarin we alles terug kunnen lezen en de cliënt zit daar ook gewoon niet meer op te wachten. Dan ben je ze meteen kwijt.	Beide respondenten verwoorden dat de informatie uit het dossier gehaald kan worden, wat grotendeels door de behandelaar wordt aangemaakt. Verder wordt door R1 verteld dat ook een deel van de informatie die ze hebben wordt verkregen via een Pro Justitia rapport van het Pieter Baan Centrum.

Toelichting: Deze vraag werd gesteld om theorie te koppelen aan de praktijk en dus de informatie over de intake te vergroten.	het Pieter Baan Centrum dan gedaan. En vaak staat die er ook op. Doorvraag: Wat is het Pieter Baan Centrum? Dat is diagnostisch onderzoek. Zij voeren daar echt onderzoek naar de cliënt en welke problematiek daar het beste bij past. Doorvraag: En is dat dan ook uitgebreider? Ja, dat is best een uitgebreid rapport.	Doorvraag: Dus dan haal je dat voornamelijk eigenlijk uit het dossier? Ja, ja.	
6. Het viel me op in jouw enquête dat rapportages niet altijd doorgelezen kunnen worden en dat een cliënt niet altijd op de hoogte wordt gebracht door een behandelaar. Wat vindt je daarvan? Toelichting: Deze vraag werd enkel aan R2 gesteld nadat zij iets opvallends aangaf in haar enquête, dus hier heb ik meer op doorgevraagd bij het interview	-	Nou dat vind ik wel slecht eigenlijk, want we moeten met z'n allen een behandeling neerzetten. En wat een behandelaar besluit moet ook bij een cliënt liggen. Dat moet niet via ons bij de cliënt komen. En dat ik m'n rapportages niet altijd kan doorlezen, dat heeft iets met m'n eigen planning te maken, maar dat heeft ook te maken met de ruimte die we van onze werkgever krijgen, maar daardoor niet altijd goed voorbereid de therapie in kunnen gaan, waardoor ik niet altijd weet hoe een cliënt erbij zit of wat er gebeurt is. Wanneer ze een incident hebben gehad op de afdeling dan is dat juist mooi om mee te nemen bij agressiehanteringstherapie. Doorvraag: En zie je daar een oplossing voor? Ja, dat we wat meer ruimte en tijd krijgen. Het is een kwestie van geld en als je geen cliënt ziet, krijg je ook geen geld, dus dat is lastig. Ja dat is de werkdruk in de zorg.	R2 vindt het slecht, omdat ze met z'n allen een behandeling neer moeten zetten. Ze vindt dat een cliënt door de behandelaar op de hoogte moet worden gebracht en er niet via hen achter moet komen. Het gedeelte van de rapportages wijdt ze deels aan zichzelf toe, maar ook deels aan de organisatie, omdat ze niet genoeg ruimte en tijd krijgen, maar dat is een geld kwestie. Dit linkt ze ook aan de werkdruk in de zorg. Tevens doet ze dit ook bij het gedeelte van de behandelaar.

		Doorvraag: Is vooral een organisatorisch dingetje dan eigenlijk? Ja. En met de behandelaar is ook een organisatorisch dingetje.	
--	--	---	--

Topic 4 Doelgroep; (contra-)indicatie

Vraag en toelichting	Antwoord R1	Antwoord R2	Bevindingen
1. Wat zijn de indicaties om deel te nemen aan de AHT? Toelichting: De indicaties ontbraken nog, terwijl deze wel van belang zijn om te weten.	- Agressie delicten - Verstoorde emotieregulatie	- Agressief gedrag wat van invloed is geweest ten tijden van je delict. - Impulsiviteit - Agressie inzetten als middel om dingen voor elkaar te krijgen.	Beide respondenten benoemen als indicatie dat er agressief gedrag bij het delict moet zijn geweest. Verder worden er verschillende indicaties genoemd.
2. Dan heb ik een lijstje met indicaties die worden aangegeven in jullie enquêtes en dan mag je aangeven wat je daarvan vindt. Dat is agressie bij delicten, verstoorde emotiesregulatie, impulsiviteit en agressie inzetten als middel om dingen voor elkaar te krijgen. Wat vindt je van dat lijstje? Toelichting: Door de indicaties samen te voegen, weet ik meteen of ze het eens zijn met de door de ander gestelde indicaties. Daarnaast horen ze alles op een rijtje, dus merken ze ook of er nog iets ontbreekt.	Ja, die klopt. Doorvraag: En heb je daar nog aanvullingen op? Nee, dit is wel de hoofdreden waarbij het ingezet wordt ja.	Ja, daar ben ik het wel mee eens ja. Doorvraag: En heb je daar nog aanvullingen op? Nee, nee, eigenlijk niet. Dat zijn ze wel.	De respondenten zijn het allebei eens met het lijstje wat is gebaseerd op de gegeven antwoorden uit de enquête betreffende de indicaties.

3. Hoe weten jullie of een cliënt ook aan die indicaties voldoet? Toelichting: Deze vraag is gesteld om beter inzicht te krijgen in hoe de therapeuten van de indicaties weten.	Dat halen we voor een deel uit het dossier natuurlijk, want er staat daar een hoop in. Wij zijn natuurlijk niet bij een delict geweest, dus wij moeten dat van papier geloven. En in opname zien we al een bepaald gedrag en zien we ook hoe een cliënt functioneert bijvoorbeeld als we 'm prikkelen in de zaal. En we horen natuurlijk ook wat terug van de afdeling en hoe hij communiceert met andere cliënten. Doorvraag: Dan zien jullie het dus eigenlijk ook terug op die andere momenten? Ja.	Dat ligt eigenlijk vooral bij de behandelaar. De behandelaar heeft de hoofdlijn en die heeft ook de stoornissen die een cliënt heeft en die is de rode draad in alles. En die beslist ook of de cliënt dat nodig heeft. Daarna gaan wij de casestudy doen om te weten of iemand meer op instrumentele agressie, impulsiviteit of emotieregulatie zit bijvoorbeeld. Doorvraag: Krijgen jullie van de behandelaar dan doorgegeven wat Het hoofdding is? Ja.	Hetgeen wat overeenkomt is dat beide respondenten zeggen dat ze wat uit het dossier halen. Volgens R1 doen ze dat en zien/horen ze al wat terug op andere momenten over de cliënt. Volgens R2 gaat de behandelaar hier grotendeels over en die beslist ook of de cliënt AHT nodig heeft en geeft door wat het hoofddoel is.
4. Welke kenmerken zijn dan ook echt specifieke kenmerken van de cliënt waar de behandeling zich op richt? Toelichting: Om te kijken waar de behandeling zich het meest op richt, werd deze vraag gesteld.	Ze gaan natuurlijk ook kijken naar een stukje verleden wat erin getriggerd heeft dat hij zo geworden is. Maar als een delict echt agressie heeft veroorzaakt, dan is dat wel een van de hoofddoelen die echt moet gaan verminderen.	Bijgevoegd achter vraag: maar dat wordt dan dus eigenlijk bepaald door die behandelaar? Want dat is wat ik een beetje begrijp? Nee, dat bepalen wij wel. Alleen de behandelaar die die meldt een cliënt aan en dan kunnen we een dossierstudie doen en wij kennen cliënten ook al wel. Daarna heb je overleg met behandelaar en sociotherapeuten. Wat er speelt, wat er nu op de voorgrond gaat en waar eerst aan gewerkt moet worden. Maar in allereerste zin bepaalt het delict eigenlijk en de delict-analyse, hoe het delict dus ontstaan is waar je aan moet gaan werken, want dat is waarom ze een error hebben gekregen en een delict hebben gedaan en dat moeten we voorkomen.	Volgens R1 is, als een delict agressie heeft veroorzaakt, agressie een van de kenmerken waaraan gewerkt moet worden. Volgens R2 bepaalt het delict en de delict-analyse waaraan gewerkt moet worden, omdat dat het punt is waarom ze een delict hebben gepleegd en dat moet worden voorkomen. Beiden zeggen dus wel dat dit uit het delict blijkt.

5. Vanwege welke reden of omstandigheid zou de therapie niet geschikt kunnen zijn bij een cliënt binnen de geïndiceerde doelgroep? Toelichting: Naast indicaties wilde ik ook graag weten wat de contra-indicaties zijn.	Minder geschikt: - Als ze niks met agressie te maken hebben. - Cliënten die nog vol in de ontkenning en weerstand zitten om überhaupt een therapie te volgen - Niet in de groep kunnen zitten. - IQ lager dan 60	- Psychose - Agressie gericht op zichzelf (automutilatie) - ongemotiveerd	De respondenten benoemen verschillende redenen wanneer de therapie niet geschikt zou kunnen zijn voor een cliënt binnen de geïndiceerde doelgroep.
6. Dan heb ik nog zo'n lijstje, maar dan nu met de contra-indicaties Dus wanneer cliënten minder geschikt zijn voor AHT. De eerste is als ze niks met agressie te maken hebben, als cliënten nog vol in de weerstand zitten voor überhaupt een therapie te volgen, als cliënten niet in de groep kunnen zitten, als ze een IQ lager dan 60 hebben, psychose, agressie gericht op zichzelf en ongemotiveerd zijn. Ben je ook met dat lijstje het eens? Toelichting: Net als bij het lijstje van indicaties, wilde ik kijken of ze het eens waren met de, door de ander gestelde, contra-indicaties.	Ja.	Ja. Doorvraag: Heb je daar nog aanvullingen op? Nee, ook nee.	Beide respondenten zijn het eens met de samengevoegde contra-indicaties uit de enquêtes.
7. Wie bepaalt er of een cliënt voldoet aan die contra-indicaties? Toelichting: Deze vraag is gesteld om te kijken of er iets gedaan werd als blijkt dat een cliënt voldoet aan een contra-indicatie, wie er dan bepaalt of diegene daaraan voldoet en wat er dan mee dan gedaan wordt.	Wij. Doorvraag: En wat is dan het gevolg daarvan? Dan gaan we kijken wat dan wel een passende therapie zou kunnen zijn. Zeker als ze niet op een groep kunnen functioneren kan hij alsnog wel agressie	Daar zitten wij, Therapeut B en ik, wel wat meer achter, maar ook een stukje ligt bij de behandelaar, want de behandelaar ziet of iemand überhaupt geen problemen in agressie heeft. Dat is dan een contra-indicatie, dus dan wordt de cliënt al niet aangemeld. Maar soms meldt de behandelaar ook wel aan, alleen dan zien wij iets dat wij hem niet	Beide respondenten geven aan dat zij bepalen of een cliënt voldoet aan contra-indicaties. Wanneer ze tot de conclusie komen dat iemand aan een contra-indicatie voldoet, gaan ze op zoek naar een passend aanbod. R2 benoemt dat de behandelaar wel in eerste instantie al bepaalt of iemand

	hebben, maar dan proberen wij een agressievorm individueel aan te bieden. En als dat niet binnen de PMT mag kijken we of een andere werkvorm past. We proberen wel iets anders voor de cliënt te creëren en als hij nog niet behandelingsgeschikt is dan is dat echt iets waar ze op de afdeling aan moeten werken om ervoor te zorgen dat 'ie behandelingsgeschikt gaat zijn. Doorvraag: Dus dan wordt er iets passends voor gezocht? Ja, ja.	kunnen behandelen op agressie of dat de veiligheid in de zaal niet gegarandeerd kan worden. Dan gaan wij in gesprek met de behandelaar. Niet bij alles is een behandeling voor agressie gecontra-indiceerd, maar is een groep bijvoorbeeld gecontra-indiceerd. Dan heeft die cliënt nog wel agressiehanteringstherapie nodig alleen gaan we het op een andere manier aanbieden of niet via deze module. Doorvraag: Mijn volgende vraag zou zijn wat het gevolg is als een cliënt voldoet aan een van die contra-indicaties, maar daar kan ik dan eigenlijk bij stellen dat het jullie op zoek gaan naar een passend aanbod? Ja, want eigenlijk alleen bij die eerste contra-indicatie, dat er geen agressie in het delict zit, is echt een contra-indicatie waardoor je geen AHT nodig hebt, maar bij al die anderen hebben ze AHT nodig.	problemen met agressie heeft, dus die heeft hier ook een aandeel in.
--	---	---	---

Topic 5 Doelen

Vraag en toelichting	Antwoord R1	Antwoord R2	Bevindingen
1. Wat is het hoofddoel van de AHT? Toelichting: Er staat een hoofddoel benoemd op papier, maar ik wilde weten wat de therapeuten zelf het doel vinden en wat ze dus benoemen.	Hoofddoel van AHT is inzicht geven waardoor er agressie is ontstaan en hoe jezelf meer grip kan krijgen je agressieve gedrag. Waardoor er uiteindelijk minder agressie incidenten ontstaan.	Bewust worden van eigen gedrag en handelen en waarom er bij iemand agressie ontstaat, welke emotie speelt een rol, dit herkennen en dan anders gaan handelen.	De respondenten benoemen allebei het aspect waarom er agressie is ontstaan. R2 gaat hier nog iets dieper op in en benoemt de emoties die daarmee te maken hebben. Beiden geven ook een soortgelijk einddoel aan, waarbij er dus wordt gewerkt aan een gedragsverandering.

2. Uit de antwoorden van jullie enquête lijkt het erop neer te komen dat jullie in de praktijk zeggen dat het hoofddoel is om inzicht te krijgen in de agressie en dan tot een gedragsverandering te komen. Klopt dat? Toelichting: Aangezien beide respondenten een antwoord gaven wat anders verwoord werd, heb ik hier een lijn in getrokken en gekeken of ze het hiermee eens zijn.	Ja.	Ja.	Beide respondenten zijn het eens met het gestelde hoofddoel wat in de praktijk wordt benoemd.
3. Op papier wordt gezegd dat het doel is om agressief gedrag onder controle te krijgen en te stoppen. Welk doel vindt jij dan passender voor de praktijk en waarom? Toelichting: Er dit moment waren er twee hoofddoelen, dus door middel van deze vraag wilde ik weten welke passender is en dus kan worden aangehouden.	ik denk vooral het inzicht krijgen in hun agressie en daar gedragsverandering in aan te brengen. Ik denk dat je het niet volledig kan afleren, want ik denk dat als het eenmaal een beetje in je zit dan zal je altijd je temperament wel een beetje houden. Ik denk wel dat je van tevoren meer inzicht kan krijgen wat de triggers zijn, waardoor je die agressie gaat doen. Daar heb je enigszins wel invloed op en kun je keuzes in maken.	Ik vind het eigenlijk hetzelfde doel, alleen hij wordt met een andere woordkeuze omschreven. En ik vind 'agressie stoppen' niet helemaal kloppen. Dus ik vind die eerste die jij zei beter. Want bij agressie gaat het er niet om dat ze niet meer boos mogen zijn. Het gaat erom dat ze het op een andere manier uiten.	Beide respondenten vinden het doel wat zij in de praktijk zeggen beter passen dan het doel wat op papier staat.
4. Wat zijn de subdoelen van de AHT? Toelichting: Een hoofddoel hoort onderverdeelt te worden in subdoelen, maar dit staat niet in de geschreven module, dus werd dit nagevraagd.	Bij de module AHT zijn de subdoelen nodig om je eindresultaat te behalen en dat is het leren herkennen van lichaamssignalen, emoties herkennen en onderscheiden, gedachtes die invloed hebben en helpende gedachtes. Je eigen gedrag herkennen.	- Leren herkennen van lichaamssignalen - Leren herkennen van oplopende spanning	Beide respondenten benoemen als eerste het herkennen van lichaamssignalen. Dan benoemt R2 ook nog het leren herkennen van oplopende spanning en R1 benoemt emoties herkennen en onderscheiden, gedachtes die invloed hebben en helpende gedachtes en je eigen gedrag herkennen.

5. En dan over de subdoelen; benoemen jullie die in de praktijk en hoe worden die dan benoemd? Toelichting: Ik wilde graag weten hoe het in de praktijk gaat met de subdoelen. Worden die wel of niet benoemd en hoe gaan ze hiermee om?	Die komen eigenlijk naar voren met de thema's die we bespreken in de therapieën die elke week weer terugkomen. Dus al die subdoelen linken we terug op het gedrag of op het gevoel en dat dat maakt dat iemand zo reageert en ook naar de triggers. En zo proberen we steeds de terugkoppeling te maken. Doorvraag: En dat is dan eigenlijk dus ook meteen een sessiedoel? Ja. Meteen. Ja. Doorvraag: En dat zijn dan dus de thema's die bovenaan bij die module staan elke keer? Ja, ja.	Het is niet dat we letterlijk zeggen 'joh dit subdoel, dit subdoel, dat subdoel en dat heb je nu behaalt, behaalt behaalt'. Het is meer dat we dan per thema werken, per sessies en dat daarin die verschillende doelen voorbij komen. Maar het is niet dat het ene doel is afgesloten en dan niet meer terugkomt. Het is een beetje verweven in heel de module. Doorvraag: Dus je gebruikt het meer als een thema en dan benoem je het de rest van de therapieën ook nog als ze daarmee bezig zijn. Ja, ja dat blijft terugkomen. Alleen er komt langzaamaan steeds iets bij. Doorvraag: Werken jullie per sessie dan met een doel of werken jullie ook met een thema? Ja, ik vind dat eigenlijk gewoon hetzelfde, want we werken wel met een doel, maar het is meer gewoon een thema. Het is meer de benaming. Soms als je het hier noemt als doel dan wordt het iets heel groots voor cliënten en ze moeten iets gaan halen en afvinken. Maar als je het een thema noemt, dan wordt het opeens veel kleiner.	Door allebei de respondenten worden de thema's aangehaald die boven de sessies staan in de geschreven module. Ook benoemen ze dat die vaker terugkomen. R1 benoemt ook nog dat ze de subdoelen linken aan het gedrag of gevoel wat maakt dat iemand zo reageert. R2 laat nog weten dat ze het liever een thema noemt aangezien dat bij de doelgroep beter past, omdat dat het kleiner laat klinken.
6. Wat zou jij zelf graag anders zien met betrekking tot de doelen van de AHT wanneer je naar het verschil kijkt tussen de praktijk en de geschreven module?	Het mag wel concreter uitgeschreven zijn, waardoor het wat duidelijker is, want ik vind de geschreven module nog altijd een beetje vaag. Het is vrijblijvend. Wij passen zelf dingen aan en schrijven dat er iedere keer bij en dat zal je toch altijd wel krijgen, maar iets wat	Dat we soms wat meer ruimte hebben om aan de doelen te werken. Dat het wat makkelijker terugkomt en dat sommige moeilijkere thema's of doelen wat vaker terugkomen gedurende de module alleen dan telkens op een andere manier, waardoor je blijft herhalen. Dat is belangrijk. Zeker bij de	Er zijn verschillende antwoorden gegeven. Zo geeft R1 aan dat ze wat meer duidelijkheid wil en meer oefeningen die beter aansluiten bij het doel. R2 wil meer ruimte om aan doelen te werken en om te kunnen herhalen,

Toelichting: Door een hele open vraag met betrekking tot de doelen te stellen werd nog extra informatie vergaard over wat minder handig is bij de geschreven module.	duidelijkheid en iets meer oefeningen die wat passender zijn dat zou wel fijner zijn. Doorvraag: Dus dan ook dat de oefeningen beter aansluiten bij het doel bedoel je? Ja.	iets minder intelligente cliënten. En die hebben we hier wel wat meer. Herhaling is dus heel belangrijk. Dat het op verschillende manieren, op verschillende plekken terugkomt.	vooral bij de moeilijkerere thema's en doelen.
--	--	---	---

Topic 6 Architectuur van de interventie

Vraag en toelichting	Antwoord R1	Antwoord R2	Bevindingen
1. Hoe is de agressiehanteringstherapie opgebouwd? (aantal sessies; frequentie van de sessie; duur van de sessie; fasen in de therapie; doel per fase;) Toelichting: Er was al redelijk veel bekend via de geschreven module over de architectuur van de interventie. Door deze open vraag te stellen, kon gecheckt worden of dit overeenkomt en of er nog andere aanvullingen zijn, die niet besproken zijn in de geschreven module.	De therapie bestaat als volgt: Bijeenkomst 1: inleiding over de wat houdt de module in Bijeenkomst 2: Voor en nadelen van agressie Bijeenkomst 3: Ontstaan van agressie Bijeenkomst 4: 5 G's beschrijven agressie incident Bijeenkomst 5: Observaties en interpretaties Bijeenkomst 6: Niet helpende en helpende gedachten Bijeenkomst 7: Niet helpende en helpende gedachten deel 2 Bijeenkomst 8: Emoties Bijeenkomst 9 : Emoties deel 2 Bijeenkomst 10: Gedrag beheersen Bijeenkomst 11: anti- agressieplan Bijeenkomst 12: evaluaties Bijeenkomst 13 tm/... zijn de individuele sessies waarbij de groep aanwezig is maar dat dan 1 iemand van de groep centraal staat met het thema die de cliënt nog een keer wil aanpakken. Afhankelijk van de aantal deelnemers duurt dan nog de AHT. Alle therapieën zijn 1 keer in de week van 70 minuten.	- 13 sessies en daarna nog een sessie per individuele cliënt die mee doet. Dit is wel een groepsessie maar 1 iemand staat dan centraal. - 1x in de week/ 60 minuten - Wordt gegeven door een PMT en een psychotherapeut - Doel per fase staat beschreven bij iedere losse bijeenkomst (titel van de bijeenkomst)	R1 heeft alle thema's per bijeenkomst benoemd. Opvallend is dat die niet compleet met de geschreven module overeen komen. Een ander opvallend verschil is dat volgens R1 een sessie 70 minuten duurt en volgens R2 60 minuten. Verder komen ze wel overeen met het feit over de sessies na de evaluaties.
2. Bij de geschreven module wordt de zesde bijeenkomst 'ontremmende en remmende gedachten' genoemd, terwijl jullie die in de enquête 'helpende en niet helpende gedachten' noemen. Wat vindt jij passender en waarom?	Helpende en niet helpende. Omdat remmende en ontremmende gedachten voor hun iets heel lastigs is om te snappen. Helpend is voor hun wel een duidelijk begrip. En in veel andere therapieën praten ze ook over helpend en niet helpend. Dat komt veel	Helpende en niet helpende gedachten. Ik denk dat remmende en niet remmende gedachten meer theoretisch is, dus ik denk dat het daarom zo is genoemd in de module. Over het algemeen zien we hier dat ook de andere therapieën allemaal de woordkeuze helpende	De respondenten zeggen eensgezind helpende en niet helpende gedachten. Ook geven ze beide aan dat dit makkelijker en duidelijker is voor de cliënten. Tevens wordt dit ook zo bij andere therapieën zo genoemd, dus is

Toelichting: Om verschillen tussen de geschreven module en de praktijk toe te lichten, is deze vraag gesteld.	vaker terug. Dus om een lijn te houden is dat makkelijker dan remmend en ontremmend.	en niet helpende gedachten gebruiken. Dus dan heb je gewoon voor iedereen eenzelfde benaming, wat helderder is voor cliënten. En helpende en niet helpende gedachten is een makkelijkere woordkeuze, waardoor dat die voor cliënten makkelijker te begrijpen is.	het verstandig om hier een lijn in te trekken.
3. In de praktijk voeren jullie tweemaal het thema van bijeenkomst zes uit, dat is van de helpende en de niet helpende gedachten, en tweemaal het thema emoties, terwijl dat die in de module maar een keer worden beschreven. Wat vindt jij passender en waarom? Toelichting: Om verschillen tussen de geschreven module en de praktijk toe te lichten, is deze vraag gesteld.	Twee, omdat wij er in de praktijk steeds vaker achter komen dat in 1 sessie van een uur het teveel stof is om voor cliënten begrijpend te maken. Dus het is gewoon goed voor hun om er twee keer bij stil te staan en twee keer hard aan te werken. Ze hebben net iets meer tijd nodig. Zeker met emoties. Daar zou je er misschien wel drie aan kunnen wijten, want het zijn emoties; een van de moeilijkste onderdelen voor de cliënten hier. Doorvraag: Waarom worden er dan geen drie bij emoties gebruikt? Omdat je die tijd niet hebt qua module aanbieden en vervolgstap voor die cliënt.	Ik vind twee keer. Het is een heel groot thema en onze blokken zijn korter geworden, waardoor je er minder tijd aan hebt te besteden. En bij emotie gaf Therapeut B al aan twee keer, maar ik zeg misschien wel zelfs vier keer. Want je hebt die vier basisemoties; bang, blij, boos en bedroefd. En dan kan je bij iedere basisemotie echt een keer een hele therapie stilstaan. Ik merk zelf in de praktijk dat we daar ook wel steeds meer naartoe gaan.	Ook hierbij zijn de respondenten het eens over de verschillen. Beiden vinden dat de thema's 'helpende en niet helpende gedachten' en 'emoties' tweemaal uitgevoerd mogen worden. Ook geven ze aan dat bij emoties zelfs 3 of 4 sessie nodig zouden zijn, omdat dat een van de moeilijkste onderdelen is.
4. Er zaten ook wat verschillen tussen de enquêtes en de module in hoelang een sessie nou precies duurt. Dus hoelang duurt een sessie? Toelichting: Na verschillende sessieduren te hebben gelezen, werd door middel van deze vraag duidelijkheid gecreëerd.	De geschreven sessie is ontstaan met anderhalf uur. Maar omdat wij zelf organisatorisch roosters moeten aanpassen, waardoor we andere tijden moeten gaan aanhouden in blokken, is alles teruggedraaid naar een uur en nu zelfs 50 minuten. We hebben weer een verandering gehad, daardoor is het teruggedraaid naar een uur. Dus niet omdat wij dat willen, maar gewoon omdat dat van de organisatie moest. Doorvraag: dus houd ik dan een uur aan nou dan? ik zou nu even een uur aanhouden.	Interviewer: Hier was jij net bij Therapeut B bij, maar dat was zestig minuten wat dat jullie net ook zeiden? Ja.	Er is nogal wat geschuif geweest tussen de duur, maar er wordt 60 minuten aangehouden.

Hoe wordt de therapie afgerond? (Follow up, evaluatie, sessie 11) Toelichting: Er was geen informatie bekend over wat er gebeurde als de sessies waren afgerond, dus is dit uitgevraagd.	Evaluaties waarin de cliënten feedback mogen geven over de module en aan ons en wij geven de cliënt een certificaat met een evaluatie van hun deelname.	Door iedereen eenmaal centraal te zetten, evaluatie van het proces, uitreiking van het certificaat.	Beide respondenten hebben het over evaluaties en een certificaatuitreiking. Hierin komen ze dus overeen.
Geven jullie psycho-educatie? Zo ja, hoe wordt die vormgegeven? Toelichting: Hier was geen informatie over bekend, dus is dit uitgevraagd.	Nee psycho-educatie wordt gegeven bij training.	Er wordt niet concreet psycho educatie gegeven. Samen met een psychotherapeut wordt er wel een stuk CGT bij betrokken (cognitieve gedrags- therapie).	Er wordt geen psycho-educatie gegeven. Wel wordt er met een psychotherapeut een stuk CGT bij betrokken.

Topic 7 Inhoud van de interventie

Vraag en toelichting	Antwoord R1	Antwoord R2	Bevindingen
1. Kun je een aantal voorbeelden van concrete activiteiten omschrijven per sessie/fase? Toelichting: Volgens de begrippenlijst in bijlage 2 behoort dit tot een van de aspecten bij de inhoud van een interventie, dus is dit nagevraagd.	Bij sessie 1 is kennis maken belangrijk en hoe beweeg je in de zaal. Dan doen we vaak ringhockey waar het component winnen en verliezen in zit. Bij sessie 5, observeren en interpreteren, doen wij vaak 'vak verdedigen' waarbij de cliënt de taak krijgt om de ander buiten het vak te houden. De anderen die kijken moeten observeren wat zij zien aan lichaamssignalen zonder daar een interpretatie aan te geven. Bij sessie 10 doen wij vaak prellbal, waarbij het spel net anders gaat dan bij andere balsporten. Dan is de vraag 'hoe leer je nieuw gedrag aan en moet je iets anders doen dan wat je gewent bent?'.	Zie oefeningen die staan omschreven in de module	R1 weet per fase een concrete werkvorm te benoemen, met daarbij een korte uitleg wat er gebeurt.
2. Bij bijeenkomst 5 wordt pionvoetbal als werkvorm in de module geschreven,	Ze kunnen allebei, maar wij kiezen voor het vakverdedigen, omdat we bij vakverdedigen een ruimte van hun binnendringen. Het gaat er vooral om dat de een gaat zien wat het bij	Ik vind beiden wel passend alleen op het moment doen we vaak vakverdedigen, omdat dat op het moment beter passend is bij de cliëntenpopulatie die we hebben.	Allebei de respondenten geven aan dat beide werkvormen kunnen, alleen dat ze momenteel voor vakverdedigen kiezen. R2 haalt aan dat het nu beter bij de

terwijl jullie in de praktijk dan vakverdedigen. Wat vindt jij passender en waarom? Toelichting: Dit verschil viel op bij het vragen naar de inhoud van de interventie. Dus is dit uitgevraagd.	de ander doet en of je dus kan zien dat er spanning oploopt bij iemand en hoe ga je daar dan op reageren. Doorvraag: En dat komt dan dus meer tot uiting bij het vakverdedigen? Ja, want de anderen moeten dan ook echt gaan kijken wat er gebeurt en binnen pionvoetbal ben je zo actief bezig dat er eigenlijk zoveel gebeurt dat anderen dat niet eens altijd meer zien.	Ze komen dan wat meer in dat gevoel en met pionvoetbal kun je meer in het spel wegschuiven. En daar willen we niet naartoe, dat ze goedpratens gaan inzetten waarom dat ze die agressie wel mogen inzetten. Doorvraag: Dus dan bedoel je bijvoorbeeld van dat het dan bij het spel hoort? Juist.	cliëntenpopulatie past en R1 zegt dat spanning bij een ander beter te zien is tijdens vakverdedigen.
3. Nog een verschil is bij bijeenkomst acht en dat is van gedrag beheersen. Daar staat geen werkvorm benoemd, terwijl dat jullie dan prellbal doen. Wat vindt jij passender en waarom? Toelichting: Dit verschil viel op bij het vragen naar de inhoud van de interventie. Dus is dit uitgevraagd.	Prellbal . Prellball is een spel, waarin je net anders moet doen dan anders. Dus dan moet je echt een ander gedrag gaan inzetten. En in dit spel moet je dus ook een andere handeling inzetten en dat gaat gepaard met heel veel frustratie. Daarin kunnen ze wel ervaren dat je ook dingen mag leren en als spanning oploopt dat je dus ook wel eens terug kan vallen in oud gedrag. En dat is niet erg, mits je wel kan herstellen.	Ja prellbal, omdat dat een oefening is waarbij je heel erg gaat doen wat je gewend bent om te doen. En prellbal is een spelvorm, wat heel erg lijkt op volleybal, tafeltennis, tennis. Alleen het is allemaal net iets anders, waardoor dat ze gaan merken van, hé, maar ik denk dat ik het al kan, maar als ik net iets nieuws moet gaan leren in een andere setting, dan ga ik weer terug naar m'n oude gedrag.	Beide respondenten vinden prellball passender. Ook geven ze allebei aan dat je dan ander gedrag moet inzetten dan je gewend bent, waardoor cliënten er ook achter kunnen komen dat ze dan terug kunnen vallen in oud gedrag.
4. Welke attitude nemen jullie aan tijdens de AHT? (als er meerdere attitudes zijn graag aangeven op welk moment welke attitude) Toelichting: Bij de rol van de therapeut hoort ook de attitude, dus vandaar dat deze is aangevraagd.	Binnen AHT proberen we vooral op het samen te zitten, omdat je samen moet ontdekken hoe de emoties en agressie werken. Mochten er dreigende situaties ontstaan dan nemen we een leidende rol aan waarin wij meer begrenzen.	- Empathisch (start therapie, begrip tonen voor situatie waar ze in terecht zijn gekomen) - Duidelijk en structuur (loopt als een rode draad door alle therapieën heen, waardoor je betrouwbaar bent) - Macho (tijdens oefeningen, cliënten in de ervaring te zetten) - Boven, onder en naast de cliënt. (om cliënten in de ervaring te zetten)	R1 heeft het over een attitude die dus op het samen zit, met uitzondering van dreigende situaties, dan worden ze meer leidend. R2 benoemt verschillende attitudes uit de Roos van Leary waarmee cliënten in de ervaring worden gezet.

5. Is er verschil in die attitude als je kijkt naar de begin-, midden- en eindfase? En wat voor verschil? Toelichting: Door verschillen in de antwoorden van de vorige vraag en verwachtte verschillen tussen de fases is er met behulp van deze vraag nog meer doorgevraagd.	Het verschil, en dan praat ik even vanuit mezelf, is dat in het begin we redelijk mild zijn. Dus dan is er wat ruimte om nog niet te veel te hoeven zeggen. We proberen wat te prikkelen, maar nog niet te veel door te prikkelen. later gaan we steeds harder confronteren en zijn we wat directer en staan we wat meer boven in plaats van heel veel samen.	Dat ligt eraan hoe de cliënt meedoet en wat de cliënt nodig heeft. Aan het begin is het meer ernaast en onder, omdat je de cliënt in de zaal wil krijgen. Naarmate dat je verder bent, ga je wat meer naar het confronteren en ga je ze ook wat meer in het voelen zetten. Dan moeten ze al wel zelf draagkracht ervaren, want als je ze meteen in die ervaring van het voelen zet, dan klappen ze dicht en lopen ze weg en dan gaan ze weer doen wat ze altijd doen.	R1 geeft bij deze vraag een antwoord wat ook in de buurt komt van het antwoord van R2 bij de vorige vraag. Hierbij benoemt ze voornamelijk verschil in de houding aan de hand van de Roos van Leary bij het begin en einde. Bij de uitleg komen beide respondenten overeen met dat ze in het begin wat meer op het samen zitten en dan meer gaan confronteren.
6. En is er ooit een uitzondering in die attitude? Toelichting: Om te weten of deze attitude standaard wordt aangenomen, of dat hier variatie in zit, is deze vraag gesteld.	Ja, dat is echt afhankelijk van hoe de cliënt reageert. Als de groep niet helemaal veilig is, zullen we ook niet direct confronteren tenzij we weten dat ze ook goed opgevangen kunnen worden. Dus dat is dan vooral wisselend als je gevaar erin ziet. Dat ligt echt aan de reacties, hoe de sfeer is en hoe het aanvoelt.	Ja, want geen mens is hetzelfde en soms heeft iemand ook gewoon een schop onder z'n reet nodig. Dan ben je er al meteen boven. We proberen er naast te staan, maar we hebben hier een aantal basisregels en als iemand die verbreekt, dan is het niet in het begin 'ja en nu mag het nog wel en straks niet'. Dan wissel je van attitude en is het 'nee, dit mag niet.'. Doorvraag: Dus het is vooral als ze niet de regels volgen of eigenlijk ook een beetje als ze dan die contra-indicaties tonen? Ja, dat ja, ja.	Beide respondenten geven aan dat het afhankelijk is van de cliënt. R1 geeft als voorbeeld dat als je ergens gevaar in ziet, je wisselt van attitude. R2 benoemt het verbreken van regels als uitzondering en ook het voldoen aan een contra-indicatie komt ter sprake.
7. Uit de enquêtes en uit jullie antwoorden hoor ik vooral de rechterhelft van de Roos van Leary. Wanneer kies je ervoor om de linkerkant aan te nemen? Toelichting:	Als we echt al halverwege zijn en we merken dat er nog steeds weinig uit de cliënt komt of dat de cliënt relatief nog veel napraat van een andere cliënt, dan gaan we wel een beetje tegen. Dan gaan we die echt wel meer proberen te prikkelen, waardoor we de anderen ook wel wat ruimte ontnemen om veel te praten. Misschien moet die juist wel leren om meer te gaan luisteren	Ja, die neem je eigenlijk niet vaak of snel aan, want tegen roept tegen op. En dan ga je botsen en ga je niet verder komen. En je wil nou juist samen met de cliënt verder komen. En daarin neem je wel die confronterende rol, maar dat vind is niet echt tegen. Als cliënten zich niet aan afspraken houden, zich niet willen inzetten of er is geen gedragsverandering te zien, dan ga je wel meer	R1 benoemt dat de linkershelft wordt aangenomen als er weinig uit de cliënt komt of dat de cliënt nog veel napraat van een andere cliënt. Daarmee willen ze ze uit hun comfortzone halen. R2 benoemt dat ze niet vaak de linkershelft aanneemt, omdat dat ook tegen oproept. Ze neemt wel ooit een confronterende rol wanneer cliënten

Het viel me op dat er veel werd gesproken over naast elkaar staan. Dus vroeg ik me af hoe het zit met de linkerhelft, de tegenhelft	en dan krijg je ook meteen een hele andere dynamiek. Doorvraag: En haal je ze dan dus eigenlijk ook een beetje uit hun comfortzone? Ja, vooral eruit halen ja, ja.	naar het tegen, maar ik vind tegen dan niet helemaal de goede benaming, maar dan ga je wat meer naar het confronteren en het op de feiten zetten. En dan ga je samen proberen om weer terug in die samen te komen.	zich niet aan afspraken houden, zich niet willen inzetten of als er geen gedragsverandering te zien is. Maar dan zou ze dat nog niet als tegen benoemen.
---	---	--	---

Topic 8 Theoretische onderbouwing van de interventie-aanpak

Vraag en toelichting	Antwoord R1	Antwoord R2	Bevindingen
1. Hoe wordt de huidige AHT vanuit de theorie en vakliteratuur onderbouwd? Toelichting: Een module hoort door literatuur onderbouwd te worden die met APA goed wordt vermeld. Doordat dit niet te zien was in de geschreven module, is dit nagevraagd.	Bij de huidige AHT zijn er geen theoretische bronnen vermeld.	Omdat ik de module zelf niet heb geschreven weet ik niet vanuit welke theorie de module is geschreven.	Er worden geen bronnen vermeld, is het ook niet bekend of de module hierop gebaseerd is
2. Welke vaktherapeutische behandelvisies komen aan bod? Toelichting: Om te kunnen verantwoorden vanuit de praktijk, is deze vraag gesteld. Ook wordt hierdoor wat theorie benoemd.	Het belangrijkste waar wij voor staan is de cliënten laten ervaren wat er gebeurt in hun lijf qua emoties, beweging en reactie van anderen daarop. Wij willen inzicht geven in wat gedrag kan oproepen op ander gedrag.	- Schema therapie - CGT (cognitieve gedragstherapie) - In contact staan met je eigen lichaam - Leren door te ervaren	Beide therapeuten benoemen verschillende behandelvisies, die in het interview samen zullen worden gevat, zodat er op doorgevraagd kan worden. Opvallend is dat beide respondenten uitdrukkelijk het leren door te ervaren benoemen.
3. In de enquêtes benoemen jullie weer een lijstje met vaktherapeutische behandelvisies en daar haal ik de volgende aspecten uit. Dat is ten eerste	Ja, die klopt ook naar mijn idee nog steeds.	Wat bedoel je met waarnemingsposities? Antwoord interviewer: Dat is een begrip wat wij vanuit school hebben geleerd met de	Beide respondenten staan achter het lijstje met vaktherapeutische behandelvisies.

denken, voelen en handelen. Dan hebben we eigenlijk de behandelstrategieën en dan benoemen jullie vooral ervaringsgericht en oefengericht. Dan hebben we cognitieve gedragstherapie, schematherapie en de waarnemingsposities. Wat vindt je van dat lijstje? Toelichting: De antwoorden van de enquêtes zijn samengevoegd om te kijken of ze ook achter de antwoorden van een ander staan en achter de begrippen die hieraan zijn gekoppeld.		eerste, tweede en derde positie. Hierbij kijk je dus vanuit jezelf, vanuit de cliënt en vanuit een soort van helicopterview. Ja, nee, die zetten we inderdaad heel erg in. Ja.	
4. Bij die behandelstrategieën doen jullie dus vooral ervaringsgericht en oefengericht. En dan wordt conflictgericht eigenlijk niet echt benoemd, maar wordt daar wel gebruik van gemaakt? Toelichting: Deze vraag is gesteld om meer inzicht te krijgen in de types behandeling.	Soms. Deze therapie zetten wij in ieder geval niet in om conflicten uit te lokken. We laten ze gewoon echt ervaren en als door een situatie een conflict ontstaat, dan heb je dus een heel mooi onderwerp. Dan kan je het er meteen over hebben waarom het conflict ontstaat, maar het is niet dat wij direct het conflict opzoeken. Doorvraag: En daar hoort een beetje van het verleden meenemen bij, bij dat conflictgericht. Wordt dat wel ook toegepast? Ja, want dat komt continu terug, want in het begin hebben we ook een oefening ‘stap in de cirkel’. En als iemand bijvoorbeeld heel gesloten blijft, maar we weten wel het een en ander wat triggers zijn. Dan halen we dat er wel steeds bij.	Nee, daar wordt minder of eigenlijk niet gebruik van gemaakt. Dat is eigenlijk iets wat al op de afdeling gebeurt. Dus we zetten ze hier vooral in de ervaring zodat ze dan ook handvatten krijgen om het daarna toe te passen Doorvraag: Oké. En daar behoort ook een beetje waar het vandaan komt bij, dus het verleden. Gebruiken jullie dat wel veel? Cliënten willen vaak niet over het verleden praten bij ons. Wij hebben wel dossierstudie gedaan, dus we weten wel iets van het verleden, maar vaak zien we dat dat bij psychotherapie veel meer in wordt gezet. Dat zit er wel een stukje in, maar we hebben het eigenlijk hier vooral over die thema's die in het mapje staan.	Beide respondenten geven in eerste instantie aan dat er niet tot nauwelijks conflictgericht gewerkt wordt. Nadat verduidelijkt wordt dat het begrip voornamelijk met het verleden van cliënten te maken heeft en de verdieping hiernaartoe, geeft R1 aan dat dat continu terugkomt, dat ze vaak terugkoppelen aan triggers. R2 geeft aan dat cliënten niet over het verleden willen praten bij de AHT, wel doen cliënten dit bij andere therapieën.

		Doorvraag: Dus je zegt wel kort waar het vandaan komt, maar daar ga je dan niet verder op in, bedoel je dan? Nee, en dat doen we bij individuele therapieën wel, maar in de groep minder.	
5. Worden er door jullie theoretische factoren benoemd tijdens de therapie die een rol spelen bij de oorzaak van de problematiek? Toelichting: Deze vraag werd gesteld om te weten te komen of er in de praktijk door middel van theorie/literatuur een terugkoppeling wordt gemaakt voor cliënten naar de oorzaak van de problematiek.	Ja. Wij gebruiken dan een stukje van de schematherapieën. Dan hebben we het vooral over wat je in het verleden meemaakt dat dat bepaalde littekens achterlaat waardoor je nu bent zoals je bent. En soms, komen de basisbehoeftes erbij om uit te leggen welke je nodig hebt en dat als je tekort hebt gehad in veiligheid of in hechting dat er verstoord gedrag ontstaat. En proberen jullie die dan met de agressiehanteringstherapie te beïnvloeden? Of is dat iets wat gewoon besproken wordt? Dat wordt besproken.	We hebben de helpende en niet-helpende gedachten. Wanneer ze die roepen of uitspreken schrijven we die vaak op het bord en die gaan we daarna met de groep analyseren. En dan zie je heel erg die helpende en niet-helpende gedachten terugkomen. Hoe proberen jullie dat dan te beïnvloeden? Dat doen jullie dan eigenlijk dus door bewustwording toch? Ja, ja. En door middel van PMT oefeningen, want daardoor is het ook echt een combinatie geworden tussen CGT en PMT, omdat je kan vertellen dat je tot 10 moet tellen, maar als je het ervaart, dan ervaar je ook dat de spanning alweer aan het zakken is.	R2 benoemt voornamelijk de helpende en niet-helpende gedachten, maar verder maakt ze geen koppeling met de oorzaak van de problematiek. R1 vertelt daarentegen dat ze een stukje van schematherapieën gebruiken om te kenen wat uit het verleden van een cliënt littekens heeft achtergelaten. Ook benoemt ze dat ze soms kijken en uitleggen hoe verstoord gedrag heeft kunnen ontstaan. R1 zegt dat ze haar benoemde onderwerp beïnvloeden door dat te bespreken. R2 benoemt de combi van CGT en PMT, omdat je dan ook meteen de theorie ervaart.
6. Welke elementen zij voor jou werkzaam binnen de therapie, die zowel bijdragen aan de doelen, aan de doelgroep en die bijdragen aan een goede uitvoering? Toelichting: Om de werkzame elementen te weten te komen, is het van belang om deze vraag te stellen. Ook hoort hierbij dat ze	Voor mij werkzaam is, is als de indicatie klopt. Dus dat een cliënt in deze groep geplaatst wordt als het ook echt van toepassing is. Wat fijn zou zijn is dat die natuurlijk ook behandeling wil, dus dat hij er zelf ook last van ervaart. Want dan kan je veel meer openingen vinden en kan je veel meer doelgericht werken en resultaat bereiken.	Ik vind zelf heel werkzaam dat we een combinatie hebben van een psychotherapeut en een PMT'er, omdat je merkt dat PMT'ers veel meer in de ervaring gaan zitten. De theoretische onderbouwing, die weten we wel, maar we hebben heel erg de neiging om die weg te laten. In ieder geval, ik. Dan is het wel mooi als je een psychotherapeut erbij hebt die dat stukje schematherapie er wat makkelijker bij betreft of dat stukje cognitieve gedragstherapie, waardoor dat het een	Beide respondenten benoemen dat de therapie in groepsvorm een werkzaam element is. Verder benoemt R1 nog dat ze het werkzaam vindt als cliënten eerlijk en transparant zijn. R2 benoemt de samenwerking tussen PMT en een psychotherapeut, omdat je dan een goede balans hebt tussen ervaren en een stukje schema- of cognitieve therapie.

aan de drie bovengenoemde bijdragen voldoen.	Dat vind ik persoonlijk het fijnste als ze in deze groep komen. Ja, ik denk dat ik dat eigenlijk wel het belangrijkste vind. Doorvraag: En die last ervaren vindt je dan het allerbelangrijkste hè? Ja. En ook een stukje in het eerlijk zijn, zich openstellen en transparant zijn, want dat doen wij ook en dat verwacht ik ook van de cliënt als hij komt. Doorvraag: Oké, want waarom is dat heel werkzaam voor jou? Omdat alleen als je transparant bent en eerlijk erover bent, je naar jezelf kan kijken en dan kan je dat delen en daar verandering in aanbrengen. Zolang je dat niet bent naar jezelf toe, maar ook niet naar een ander toe, komt er ook geen verandering.	totaalplaatje wordt. Dus dat vind ik heel fijn werken. De cliënten die in de groep zitten, vind ik ook fijn werken. De groepsdynamiek werkt heel goed, maar het kan ook heel erg tegenwerken.	
---	--	---	--

Topic 9 Randvoorwaarden en kosten uitvoering interventie-aanpak: Uitvoering, opleiding en competenties

Vraag en toelichting	Antwoord R1	Antwoord R2	Bevindingen
1. Welke randvoorwaarden zijn nodig bij de AHT? (opleiding/cursus, materiaal, kosten, mogelijkheden cliënt voor deelname, etc.) Toelichting: Dit kwam niet aan bod in de geschreven module, dus is dit uitgevraagd.	AHT kan gegeven worden als je een HBO PMT opleiding hebt gedaan, waarbij enige achtergrond en ervaring met agressie, verslaving en persoonlijkheidsstoornissen een voorkeur zijn. AHT kan plaats vinden in een sportzaal met sportmaterialen en uitgangen. Maximaal 8 cliënten, 2 PMT-ers en/of 1 Psycholoog en 1 PMT-er	Opleiding PMT, kennis over CGT, kennis over ontstaan agressie en hoe hiermee om te gaan. Kosten worden gedekt omdat je intern werkt, zodra je een therapie aanbied wordt dit verhaald op de zorgverzekeraar. Materiaal wat je nodig hebt bij de oefeningen die aangeboden worden	Beide respondenten benoemen als randvoorwaarden een opleiding PMT, kennis over agressie en sportmaterialen. Verder benoemt R1 ook kennis en ervaring met verslaving en/of persoonlijkheidsstoornissen. En de AHT vindt plaats in een sportzaal met maximaal 8 cliënten en 2 PMT-ers en/of 1 Psycholoog en 1 PMT-er.

			R2 benoemt nog kennis over CGT. Ook benoemt ze dat de kosten van de therapie worden verhaald bij de zorgverzekeraar.
2. In de enquête worden uitgangen bij de zaal genoemd als randvoorwaarden. Kun je uitleggen waarom die noodzakelijk zijn? Toelichting: Deze vraag werd gesteld, zodat niet zelf werd ingevuld waarom dit als randvoorwaarde werd benoemd.	Op het moment dat er een incident ontstaat dat je dan vluchtwegen hebt. En als de cliënt luchtpauze nodig heeft, dat die op die manier ook even uit de situatie kan stappen en weer in kan stappen zodra het nodig is.	Ja, als er spanningen oplopen of wat dan ook, dat mensen de ruimte voelen om weg te kunnen lopen, maar ook dat je zelf weg kunt lopen. Of als er een incident is dat er van alle kanten mensen naar binnen kunnen komen.	Uitgangen zijn een randvoorwaarde, omdat het kan dienen als vluchtweg bij een incident, maar ook juist als ingang, zodat anderen dan ook naar binnen kunnen. Verder dient het voor de cliënt ook als veilige plek om even uit te stappen.
3. Wat kun jij vertellen over de kosten van de therapie? Toelichting: Door R1 werd hier niks over gezegd in de enquête, dus is dit via een open vraag ter sprake gebracht.	Ja weinig denk ik. Dan heb je het over de zaal en over het personeel die je moet betalen en de cliënten die kosten natuurlijk ook wat, maar die betalen natuurlijk ook weer bedden. En de materialen die we gebruiken. Dus de slijtage van de materialen dan hè. Doorvraag: En hoe wordt dat dan eigenlijk betaald? Want normaal gesproken dan moet je dat zelf via jouw zorgverzekering of uit eigen zak betalen. Hoe werkt dat dan bij jullie doelgroep? Voor onze doelgroep krijg je bedprijzen [Therapeut A op de achtergrond zegt 'nee, je hebt een bedprijs']. Kijk dat weet Therapeut A wat beter, dat weet ik dan minder. Therapeut A vertelt het zo wel. Als we het hebben in ieder over materialenkosten dan hebben wij gewoon een potje, maar dat is los van alleen deze therapie en dan hebben wij gewoon een potje om materialen te aan schaffen.		R1 weet minder over hoe de kosten worden betaald. Wel weet ze dat je kosten hebt aan de zaal, het personeel, materiaal en aan de cliënt. De materialenkosten hebben ze een potje voor, waarmee ze zelf nieuwe benodigdheden aan kunnen schaffen.

	Doorvraag: En dat potje dat heeft iedere therapie om een keer in de zoveel tijd iets zelf aan te schaffen? [Knikt]		
4. De kosten van de therapie worden volgens jouw enquête verhaald bij de zorgverzekeraar. Klopt het dan dat die zorgverzekeraar dus eigenlijk betaalt voor de therapie?		Het ligt eraan welke juridische titel je hebt. Een TBS-bed levert tussen de 600 en 800 euro per dag op, maar daar wordt dagbesteding, onderwijs, arbeid, de sociotherapeut en het eten uit betaald. De therapie die ze krijgen moeten wij ook registreren en dan wordt er bewezen dat diegene therapie volgt en dan wordt het inderdaad verhaald op de zorgverzekeraar. Alleen de TBS'er is verzekerd door de justitie, dus dan wordt het gewoon bij het ministerie en bij justitie verhaald. Doorvraag: Wanneer ik therapie nodig zou hebben, dan betaal ik zelf vanuit mijn verzekering of vanuit mijn eigen portemonnee, maar voor die cliënten gebeurt dat meer vanuit justitie dan, die aanvulling? Ja, ja. Dat ligt er dus aan welke juridische titel je hebt, want iemand met een RM moet zelf zijn zorgverzekering betalen, iemand met een TBS maatregel daar betaalt de justitie de zorgverzekering van, dus ik denk dat het uiteindelijk wel verhaald wordt bij de zorgverzekering. Alleen is het iemand anders die hem betaald.	R2 denkt dat de uiteindelijke kosten van een cliënt worden verhaald bij een zorgverzekeraar. Het ligt er wel aan welke maatregel je hebt, via welke weg dat loopt. Bij RM betaal je zelf voor je zorgverzekering, terwijl bij TBS de justitie de zorgverzekering betaalt.
5. Zijn er ook randvoorwaarden voor een cliënt om deel te nemen?	Voor de cliënt is het denk ik belangrijk dat ze weg kunnen. En een rustige ruimte, dus je moet niet al te veel materialen neergezet hebben. Ze moeten rustig kunnen	Oeh, ja, motivatie. Ik denk dat die vooral het belangrijkste is. En ze moeten niet te teveel fysieke beperkingen hebben, want dan wordt het PMT stukje moeilijker. En dat kan wel,	Beide respondenten benoemen verschillende randvoorwaarden, maar ze zijn wel allemaal aannemelijk om toe te voegen. R1 benoemt dat het belangrijk

Toelichting: In de enquêtes werden enkel randvoorwaarden vanuit de therapeut benoemd, maar niet voor de cliënt.	binnenkomen zonder dat er al te veel staat, want dat roept te veel op.	maar dan wordt het weer individueel, want anders moet je namelijk continue alles aanpassen op de fysieke beperkingen.	is dat cliënten weg kunnen en dat een ruimte rustig is, zonder dat er bij binnenkomst al veel klaar staat. R2 benoemt motivatie en niet teveel fysieke beperkingen.
---	---	--	--

Topic 10 Subtypen

Vraag en toelichting	Antwoord R1	Antwoord R2	Bevindingen
1. Zijn er voor bepaalde cliënten ook aanpassingen/varianties (groep of individueel, verschillende diagnoses)? Toelichting: In de geschreven module stonden geen varianties beschreven op het huidige product.	De aanpassingen die gemaakt worden is afhankelijk van hoe de groep loopt, reageert op elkaar en hoe snel zij dingen oppakken. Je past continue je therapie aan. Als een cliënt toch groepsongeschikt blijkt te zijn, dan kunnen we in overleg overwegen iets anders aan te bieden. Datzelfde geldt met verschillende diagnoses.	Je past continue de basis aan, aan de huidige groep waardoor het aansluit bij de cliënt. Daarnaast wordt er een module AR- op maat aangeboden voor individuele cliënten.	Beide respondenten benoemen dat je continu de basis van de therapie aanpast afhankelijk van de groep. R1 benoemt dat er ook iets anders aangeboden kan worden als iemand groepsongeschikt blijkt te zijn. Datzelfde geldt bij verschillende diagnoses. R2 benoemt een module speciaal voor individuele cliënten.
2. In de enquêtes wordt aangegeven dat je je aanpast afhankelijk van de groep. Wordt daarmee bedoelt dat je inspeelt op de vraag, dus je moet je altijd aanpassen. Of zijn er ook echt beschreven aanpassingen? Toelichting: Deze vraag functioneerde ter verduidelijking om eigen invulling te voorkomen.	Nee, wij passen onszelf continu aan.	Oh, nee nee. Wij hebben niet beschreven aanpassingen. Dat doen we zelf.	Allebei de respondenten zeggen dat ze zichzelf aanpassen, dus dat er geen beschreven aanpassingen zijn.
3. Er wordt een keer in de enquêtes gesproken over een module 'agressieregulatie op maat' voor individuele cliënten. Wat houdt dat in?	Ja. AR op maat is een hele dikke map en er zitten heel veel losse modules in, waarin dus ook verschillende thema's naar voren komen. Zoals nu in deze module dan worden alle thema's kort	Ja, dat is een module geschreven door een dramatherapeut. Maar die is gericht op de individuele cliënt, dus dat is ook gericht op agressie hanteringstherapie alleen dan voor cliënten die niet groepsongeschikt zijn. Het is een	Wanneer beide antwoorden worden samengevoegd is AR op maat een module geschreven door een dramatherapeut, die zich op individuele trajecten richt. Hierbij wordt specifiek

Toelichting: Deze vraag werd gesteld om te verduidelijken wat een beschreven module inhoud, want deze werd nergens op papier genoemd.	behandelt. Daar heb je de modules los, maar dan zijn die net wat langer en dan is het echt een individueel traject, dus dat is vaak een langer traject. Doorvraag: Maar dan bevat het wel dezelfde thema's enzovoorts? Ja, maar in het geval van AR op maat, nemen we van tevoren ook een vragenlijst af en dan komen echt de punten naar voren waarin bijvoorbeeld agressie ontstaat. Doorvraag: Dus je gaat eigenlijk al meteen veel specifieker te werk? Ja	vorm van agressiehanteringstherapie. Alleen heeft zij een eigen module geschreven en ontwikkelt. Doorvraag: Gebruiken jullie die vaak? Die gebruiken we eigenlijk vooral bij de individuele cliënten.	op een thema ingegaan, waar je achter komt door een vragenlijst.
4. wat voor aanvullingen heb je zelf nog op de verschillen tussen de geschreven module en de praktijk? Toelichting: Door middel van deze vraag werd gekeken of de respondenten zelf nog iets kwijt wilden wat ze opviel.	Ik mis gewoon een soort aanvulling qua oefening. Dat vind ik een hele belangrijke. En ik denk dat het stukje netwerk daar ook in meegenomen moet gaan worden en die staat hier niet, maar je netwerk heeft degelijk wel invloed op agressie. En daar mag wel wat breder naar gekeken worden. En dat mis ik Doorvraag: Het systeem van de cliënt? Ja, zeker. Ja.	Ja dat de geschreven module wel echt verouderd is en dat wij met pen heel veel dingen er al bij hebben geschreven, waardoor die wel weer passend is bij de praktijk. En qua slimheid vind ik dat de cliënten, de populatie, wordt gewoon dommer om het even heel plat te zeggen. Dus daar zit echt wat verschil. Geld speelt op dit moment wat meer een kwestie en niet dat wij geen geld hebben, maar dat daardoor blokken korter zijn geworden, je de groep nog maar alleen moet draaien en eigenlijk dus niet meer met z'n tweeën draait. Dat zijn wel dingen die van invloed zijn, maar niet altijd positief.	R1 mist een aanvulling betreft de oefeningen. Ze vindt dat hier het netwerk en het systeem van de cliënt in meegenomen moet worden, aangezien dat van invloed is op de agressie. R2 vindt de geschreven module verouderd. Ze merkt dat de cliëntenpopulatie minder slim is geworden. Ook speelt geld volgens haar meer een kwestie, waardoor blokken korter zijn en je de groep vaak in je eentje draait.

Bijlage 9: Zoekschema

Auteur	Titel	Zoektermen	Database	Aantal Hits	Jaar	Naam website, boek, tijdschrift, etc.
Carrière tijger	SMART doelen stellen	SMART doelen	Google	1.290.000	z.d.	http://www.carrieretijger.nl/functioneren/management/leiden/nggeven/doelen-stellen/smart
De Lange en Bosscher	Psychomotorische therapie in de praktijk	psychomotorische therapie	Google Scholar	10.100	2005	https://www.boompsychologie.nl/media/4/9789076754499.pdf
Fossati, Acquarini, Feeney, Borroni, etc.	Alexithymia and attachment insecurities in impulsive aggression.	Impulsive aggression (tijdsperiode vanaf 2007)	Google Scholar	40.600	2009	Attachment & Human Development
Gerhart, Holman, Seymour, Dinges en Ronan	Group Process as a Mechanism of Change in the Group Treatment of Anger and Aggression.	cognitive behavior therapy AND aggression	PubMed	968	2015	
Hoek, Meessen, Nijkamp, etc.	Herkennen, onderscheiden en verwoorden van emoties middels psychomotorische therapie voor (jong) volwassen patiënten in de forensische psychiatrie: een basisvaardigheid voor agressieregulatie.	psychomotorische therapie agressieregulatie	Databank Vaktherapie	5	2015	https://www.databankvaktherapie.nl/download/?id=97733
Hornsveld, Van Dam- Baggen, Leenaars en Jonkers	Agressiehanteringstherapie voor forensisch-psychiatrische patiënten	Agressiehanteringsther apie AND forensisch	Google Scholar	46	2004	Tijdschrift voor Psychotherapie

